

De Montgomery-Åsberg beoordelingsschaal voor depressie

door E.G.Th.M. Hartong en J.G. Goekoop

Inleiding

Sinds de jaren vijftig hebben veel buitenlandse onderzoekers zich beziggehouden met de ontwikkeling van vragenlijsten en beoordelingsschalen voor depressiviteit (Hamilton 1960, Beck, Ward, Mendelson, Mock en Erbaugh 1961, Zung 1965). Deze belangstelling voor de problematiek van intensiteitsbeoordeling is in Nederland niet op vergelijkbare wijze tot ontwikkeling gekomen. Hoewel Nederlandse vertalingen van de schaal van Hamilton (HAM-D) en de schalen van Zung (SDS), Beck (BDI) en Von Zerssen (BFS en DS) veelvuldig worden toegepast, heeft het gebruik van verschillende versies van deze schalen er echter toe geleid, dat de Nederlandse situatie, wat standaardisering en vergelijkbaarheid betreft, eigenlijk bedroevend is.

Met dit onderzoek naar de eigenschappen van vertaalde versies van de HAM-D en de beoordelingsschaal voor depressie van Montgomery en Åsberg (MADRS) hebben wij geprobeerd in deze situatie verbetering te brengen. De reden waarom deze twee schalen voor een vergelijkend onderzoek zijn uitgekozen, is nauw verbonden met het probleem van de geschiktheid van een schaal voor de te onderzoeken populatie. In het kader van depressieonderzoek in Endegeest moesten de eigenschappen aansluiten bij ernstig depressieve, recent opgenomen patiënten. Hier toe kozen wij voor de beoordeling die via een interview met de patiënt tot stand komt (in het vervolg 'beoordelingsschalen' genoemd). De zelfbeoordelingsvragenlijsten lijken aantrekkelijk omdat nauwelijks een beroep wordt gedaan op de (kostbare) tijd van de onderzoekers en omdat de patiënt zonder tussenkomst van een ander zijn oordeel kan geven. Uit algemeen beschouwende artikelen (Hamilton 1969, 1974, Von Zerssen, Strian en Schwarz 1974) en ook uit onderzoek met de SDS

Schrijvers zijn respectievelijk als arts-assistent en als psychiater werkzaam in het Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest te Oegstgeest.

(Zung 1969, Caroll, Fiebling en Blashki 1973, Feinberg, Caroll, Smouse en Rawson 1981) en de BDI (Metcalfe en Goldman 1965, Bailey en Copen 1976, Bech, Gram, Dein, Jacobsen, Vitger en Bolwig 1975, Czernik 1982, Kearns, Cruickshank, McGuigan, Riley, Shaw en Snaith 1982, Prusoff, Klerman en Paykel 1972), blijkt echter dat voor patiënten met ernstige depressies, in verband met de psychomotore remming en de vaak voorkomende stoornissen in het inzicht, een zelfbeoordelingschaal minder geschikt is. Om deze reden werd besloten tot het gebruik van beoordelingsschalen. Van de reeds vertaalde en veel gebruikte schalen bleef alleen de HAM-D over. Deze schaal is het meest toegepast bij depressie (o.a. Bech 1981) en is het 'standaardinstrument' geworden voor de bepaling van de depressiviteit van patiënten door psychiaters (Caroll e.a. 1973). De HAM-D heeft in eerste instantie vooral de aandacht op zich gevestigd door de grote interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bovendien wordt de schaal frequent gebruikt voor de validering van nieuwe schalen. Wij hebben gebruik gemaakt van de 17-item-versie (Hamilton 1960) in de vertaling van Dijkstra (Dijkstra 1974). De vier items dagschommelingen, depersonalisatie en derealisatie, achterdocht en dwangverschijnselen worden niet in deze versie van de schaal opgenomen. Dagschommelingen geven weinig informatie over de mate van depressiviteit en de overige drie symptomen komen te weinig voor om zinvol in een intensiteitsschaal te worden opgenomen (Hamilton 1960).

De depressieschaal van Montgomery en Åsberg werd voor het eerst gepubliceerd in 1979. De schaal kreeg in de literatuur snel bekendheid. Aan de schaal werd een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Montgomery e.a. 1979, Kearns e.a. 1982), een hoge correlatie met de HAM-D en een grotere gevoeligheid voor veranderingen van de depressie in de loop van de tijd toegeschreven (Montgomery e.a. 1979, Hamilton 1982). De MADRS bestaat uit tien zeer toegankelijke, in omgangstaal gestelde items, die elk op een zeven-puntsschaal worden gescoord. In de veronderstelling dat de MADRS ook voor Nederlands depressieonderzoek bij zowel lichte, matige als ernstige depressies goede eigenschappen zou kunnen bezitten, werd de Nederlandse versie (vertaling door J.G.G., zie Appendix I) geselecteerd en onderzocht op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, consistentie en correlatie met de HAM-D.

Methoden

In totaal werden 79 patiënten onderzocht, van wie 27 mannen en 52 vrouwen. Leeftijden varieerden van 21 tot 90 jaar (gemiddeld 56,2 jaar, mediaan 55 jaar). De patiënten werden onderzocht tijdens een klinische opname. De selectie van de patiënten berustte bij de behandelend arts en viel samen met de aanvraag voor een dexamethason suppressietest. De klinische diagnostiek geschiedde volgens de DSM-III en werd naderhand geverifieerd door de onderzoekers. Bij 49 patiënten werd een

depressie i.e.z. of een dysthyme stoornis geconstateerd. Bij 21 patiënten werd een organisch cerebrale aandoening aanwezig geacht. Het betrof primair degeneratieve dementie, multi-infarct dementie, organisch affectieve stoornis, amnestische stoornis en dementie bij M. Huntington. Negen patiënten hadden een psychotische stoornis zonder depressie i.e.z., dat wil zeggen schizofrene stoornis, een atypische psychose of een schizo-affectieve stoornis. Op de dag waarop de bloedmonsters voor de dexamethason suppressietests werden afgenomen, of de direct hieropvolgende dag werden de patiënten beoordeeld. Het interview duurde ongeveer 30 minuten en vond vrijwel steeds plaats in een rustig vertrek op de afdeling waar de patiënt was opgenomen. Vragen richtten zich op een periode van zeven dagen voorafgaande aan de onderzoeksdatum. De beoordelingen op de HAM-D werden zoveel mogelijk verricht volgens de aanwijzingen van Hamilton (Hamilton 1967).

Om verschillen in interpretatie van de tekst te bespreken werden argumenten voor sterk afwijkende itemscores uitgewisseld. De scores zijn dus niet na afloop aangepast, wel is door deze methode een onnodige verlaging van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ten gevolge van semantische verwarring vermeden.

Een gebruikelijke maat voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de mate van correlatie tussen de totaalscores. Bij de 23 gemeenschappelijke beoordelingen (tabel 2) werd de correlatiecoëfficiënt van Spearman ($r(s)$) berekend. Tevens werden interbeoordelaarsbetrouwbaarheden berekend met behulp van variantieanalyse (Maxwell 1968, 1971, 1977). Hierbij is $r(1)$ een maat voor de overeenstemming tussen de beoordelaars en $r(5)$ een maat voor de overeenstemming van deze twee beoordelaars met twee hypothetische, aselekt gekozen, beoordelaars. De interne consistentie is weergegeven door middel van de zogenaamde alfa-betrouwbaarheid volgens Cronbach (Cronbach 1951). De afwisselende scoringswijze op de 3 en 5-punts-items van de HAM-D leidt ertoe dat de berekeningen slechts mogelijk zijn, wanneer de items worden gewogen. Wij hebben, naar het advies van Hamilton (1974) de itemscore op de 5-punts-items als volgt gewijzigd: 0 en 1 bleven ongewijzigd, hogere scores werden als 2 gescoord. De gelijktijdige validiteit (Eng. concurrent validity) van twee schalen wordt berekend aan de hand van de correlatiecoëfficiënt ($r(s)$) van de totaalscores.

Resultaten

Tabel 1 geeft een overzicht van alle beoordelingen. In totaal werden door onderzoeker 1 met de HAM-D 88 beoordelingen bij 74 patiënten en met de MADRS 93 beoordelingen bij 78 patiënten ingevuld. Ten behoeve van het testen van verschillen in de eigenschappen van de schalen bij verschillende stoornissen werd het eerder genoemde onderscheid in diagnostische categorieën, te weten organisch cerebrale aan-

doeningen, psychotische stoornissen zonder depressie i.e.z. en de groep depressie i.e.z. en dysthyme stoornis, aangehouden.

Tabel 1: Aantal, gemiddelde, mediaan en range van de totaalscores van beoordelingen op de HAM-D en de MADRS, onderscheiden op diagnostische categorie en beoordelaar

Diagnostische categorie		Beoordelaar 1		Beoordelaar 2	
		HAM-D	MADRS	HAM-D	MADRS
Alle stoornissen	N	88	93	23	23
	gem.	15.2	20.2	13.6	19
	med.	13	21	8	19
	range	0-36	0-45	0-34	0-46
Depressies	N	56	58	15	15
	gem.	18.5	25.4	18.2	25.2
	med.	19	27	16	28
	range	0-36	2-45	0-34	3-46
Organisch cerebrale aandoening	N	22	25	6	6
	gem.	6.0	7.9	4.2	5.3
	med.	4	5	3	3
	range	2-17	0-24	2-7	0-13
Psychotische stoornissen zonder depressie i.e.z.	N	10	10	2	2
	gem.	17.1	20.5	—	—
	med.	13	20	—	—
	range	5-30	5-43	7 en 8	5 en 20

Tabel 2: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheden van totaalscores ($r(s)$, $r(1)$ en $r(5)$, zie tekst) van 23 beoordelingen op de HAM-D en de MADRS

Diagnostische categorie	HAM-D		MADRS	
Alle stoornissen	N	= 23	N	= 23
	$r(s)$	= .95 °	$r(s)$	= .98 °
	$r(1)$	= .98	$r(1)$	= .99
	$r(5)$	= .97	$r(5)$	= .99
Depressies	N	= 15	N	= 15
	$r(s)$	= .98 °	$r(s)$	= .94 °
	$r(1)$	= .98	$r(1)$	= .99
	$r(5)$	= .98	$r(5)$	= .98
Organisch cerebrale aandoening	N	= 6	N	= 6
	$r(s)$	= .69	$r(s)$	= 1 °

(° = $p < 0.01$)

Betrouwbaarheid (tabel 2)

Ofschoon de resultaten bij de twee psychotische patiënten kunnen wijzen op een positieve correlatie tussen de beoordelingen van de onderzoekers, is de betekenis bij deze aantallen gering. De resultaten zijn daarom niet in de tabel opgenomen. Bij de patiënten met een organisch cerebrale aandoening bleek de berekening van $r(1)$ en $r(5)$ niet geoorloofd.

De hoge waarden van de $r(s)$, $r(1)$ en $r(5)$ bij de depressieve stoornissen zijn geheel in overeenstemming met bekende gegevens over de hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HAM-D. Tevens blijkt dat de overeenstemming tussen de beoordelaars ook op de MADRS zeer hoog is en van dezelfde orde als op de HAM-D, met dit verschil dat voor de MADRS ook bij de organisch cerebrale aandoeningen een sterk positieve correlatie wordt gevonden.

Interne consistentie (tabel 3)

Alfa-betrouwbaarheden groter dan 0.80 tot 0.90 wijzen op een goede interne consistentie. Met uitzondering van de toepassing bij organisch cerebrale aandoeningen blijken de HAM-D en MADRS een goede tot zeer goede interne consistentie te hebben.

Tabel 3: Cronbachs alfa-betrouwbaarheden van de HAM-D en de MADRS

Diagnostische categorie	HAM-D	MADRS
Alle stoornissen	N = 88 alfa = .87	N = 93 alfa = .91
Depressies	N = 56 alfa = .85	N = 58 alfa = .89
Psychotische stoornissen zonder depressie i.e.z.	N = 10 alfa = .90	N = 10 alfa = .98
Organisch cerebrale aandoeningen	N = 22 alfa = .75	N = 25 alfa = .77

Validiteit (tabel 4)

Gezien de geringe aantallen in de groep psychosen en organisch cerebrale aandoeningen bij de beoordelingen door beoordelaar 2 werden de scores in deze groepen niet bij de berekeningen betrokken. De correlaties wijzen op een goede tot zeer goede validiteit bij depressieve stoornissen. Bij de overige psychotische stoornissen en bij de organisch cerebrale stoornissen meten de schalen niet meer zo sterk hetzelfde.

Tabel 4: Correlaties tussen de totaalscores van beoordelingen op de HAM-D en de MADRS door beoordelaar 1 (E.G.Th.M.H.) en beoordelaar 2 (J.G.G.)

Diagnostische categorie	Beoordelaar 1	Beoordelaar 2
Alle stoornissen	N = 87 r(s) = .90 °	N = 23 r(s) = .90 °
Depressies	N = 56 r(s) = .83 °	N = 15 r(s) = .94 °
Psychotische stoornissen zonder depressie i.e.z.	N = 10 r(s) = .65 *	N = 2
Organisch cerebrale aandoeningen	N = 21 r(s) = .75 °	N = 6

(° = $p < 0.01$)

(* = $p < 0.05$)

Discussie

Voor zover ons bekend is dit het eerste onderzoek waarin de eigenschappen van twee Nederlandse vertalingen van beoordelingsschalen worden onderzocht. Eerder onderzoek richtte zich op een vergelijking tussen de HAM-D en de zelfbeoordelingsschaal van Zung (Dijkstra 1974) en op de eigenschappen van een kinderdepressieschaal (Documentatie van tests en testresearch in Nederland 1983).

Onze studie bevestigt de goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de gehanteerde Nederlandse vertaling van HAM-D. De door ons gevonden correlatie tussen twee beoordelaars is hoog voor zover het onderzoek patiënten met een depressie i.e.z. of een dysthyme stoornis betreft. Bij de zes patiënten met een organisch cerebrale aandoening was de overeenstemming tussen de twee beoordelaars daarentegen slecht. Deze bevinding is niet verrassend, daar bij de constructie van de HAM-D ervan is uitgegaan dat de schaal uitsluitend bestemd was voor de beoordeling van depressieve patiënten.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling van de MADRS is groot. Onze resultaten zijn dus in overeenstemming met de resultaten van Montgomery en Åsberg met de Engelse en Zweedse MADRS (Montgomery en Åsberg 1979). De overeenstemming tussen de beide onderzoekers was bij de depressieve patiënten van vrijwel dezelfde orde van grootte als de overeenstemming bij de HAM-D. Bovendien was de correlatie van de beoordelingen bij de patiënten met organisch cerebrale aandoeningen eveneens hoog. Hoewel de aantallen tot nu toe klein zijn, wijzen de resultaten erop dat met de MADRS een betere overeenstemming kan worden bereikt bij verschillende psychiatrische stoornissen dan met de HAM-D. Uitbrei-

ding van dit onderzoek lijkt dan ook zinvol.

In de literatuur over intensiteitsschalen krijgt de interbeoordelaars-betrouwbaarheid dikwijls veel aandacht. Uiteindelijk echter gaat het om het meten van depressiviteit, en daarvoor zijn een goede interne consistentie en een hoge validiteit van belang (b.v. De Groot 1972, Moller en V. Zerssen 1982, 1983, Wittenborn 1972).

De interne consistentie van de MADRS blijkt hoog bij de depressieve patiënten. Alleen bij de patiënten met een organisch cerebrale aandoening zijn de alfa-betrouwbaarheden laag. Dit suggereert dat bij de beoordelingen van deze patiënten een aantal items door de aanwezigheid van de andere psychiatrische stoornis afwijkend hoog of laag gescoord worden. De aanwezigheid van een schizofrene stoornis had in dit onderzoek kennelijk geen storende invloed op de beoordeling van depressieve kenmerken.

De bestudering van de items van de MADRS toont de uiterlijke validiteit (Eng. face validity) van de items van de MADRS. Met de MADRS worden voornamelijk door de patiënt beleefde veranderingen beoordeeld. Van de persoonlijke beleving afgesplitste somatiserings-symptomen komen er niet in voor. Remming en agitatie worden in samenhang met de persoonlijke beleving beoordeeld (zich tonende somberheid, innerlijke gespannenheid). Hierdoor wordt een beter onderscheid ten opzichte van andere vormen van psychomotorie remming mogelijk zoals bij gebruik van neuroleptica of bij schizofrene stoornissen.

Door het accent op veranderingen in de subjectieve belevingen en de in omgangstaal gestelde criteria, waarbij bovendien nog naar niet-omschreven tussengebieden kan worden uitgeweken, is het een plezierige schaal, die weinig aanleiding geeft tot misverstanden, een grote nuancering mogelijk maakt en geschikt is voor verschillende en vooral ook minder intensieve vormen van depressiviteit.

Belangrijker dan de uiterlijke validiteit is de bepaling van de gelijktijdige validiteit (Eng. concurrent validity) door de vergelijking van de MADRS met een als extern criterium geaccepteerde beoordelingsschaal. Uit de vergelijking van de totaalscores op de MADRS met de totaalscores van de HAM-D blijkt, dat de scores van de MADRS sterk correleren met de scores op de HAM-D. Dit wijst op een goede validiteit van MADRS. Tenslotte verdient een door ons niet onderzochte eigenschap van de MADRS speciale aandacht. De items zijn geselecteerd teneinde de gevoeligheid van de schaal voor veranderingen in de depressiviteit hoog te maken (Montgomery en Åsberg 1979). Tevens wordt door Montgomery en Åsberg gesteld dat de schaal ook door psychologen en verpleegkundigen kan worden gescoord. Onderzoek naar deze eigenschappen van de MADRS lijkt zinvol.

De voordelen van het gebruik van beoordelingsschalen zullen duidelijk zijn voor ieder die door statusonderzoek een beeld heeft proberen te krijgen van de toestand van een depressieve patiënt. Wil men bij

depressieonderzoek een maat waardoor de resultaten bij een groot aantal patiënten in enige mate vergelijkbaar worden, dan kan men niet zonder. In de klinische praktijk kan de depressieschaal een hulpmiddel zijn om individuele patiënten periodiek op gestandaardiseerde wijze te beoordelen, zodat de globale klinische indruk niet de enige steun hoeft te zijn voor de beoordeling van de patiënt. In opleidingssituaties maakt men zich met behulp van de depressieschaal een beoordelingswijze eigen, die het noodzakelijk complement is van de dichotomieën van de diagnostische classificatie. Als potentieel nadeel kan gelden dat bij onjuist gebruik, zoals een eenzijdige belangstelling voor het cijfer van de beoordeling, het accent te veel komt te liggen op een onrealistische abstrahering, waardoor aan individuele verschillen in manifestatie van de depressie niet meer wordt toegekomen.

Het is goed erop te wijzen dat er in discussies rond beoordelingsschalen verwarring kan ontstaan, wanneer onvoldoende onderscheid wordt gemaakt tussen diagnostische schalen en intensiteitsschalen. De diagnostische schalen (bijv. de Newcastle schalen van Carney, Roth en Garside 1965 en Guernsey 1971, of het vital syndrome interview van Van Praag 1965) beogen meer greep op de aard van de stoornis. Intensiteitsschalen als de in dit artikel besproken schalen zijn bedoeld om aspecten als ernst en herstel van de depressiviteit, ongeacht de aard van de stoornis, weer te geven. Dit laatste blijkt van belang voor hetgeen werd gesteld ten aanzien van de (on)geschiktheid van de HAM-D voor andere dan depressieve patiënten (Hamilton 1960, 1967, 1982). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en homogeniteit van de MADRS was in de drie door ons onderscheiden categorieën steeds hoog. Dit in tegenstelling tot de resultaten bij de HAM-D. Mogelijk is de toepasbaarheid van de MADRS bij verschillende stoornissen dus groter. Uitbreiding van het onderzoek naar de eigenschappen van de MADRS bij verschillende groepen patiënten lijkt dan ook zinvol.

Literatuur

- Bailey, J., en A. Coppen (1976), A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the Measurement of Depression, *British Journal of Psychiatry*, 128, 486-489.
- Bech, P., L.F. Gram, F. Dein, O. Jacobsen, H. Vitger en T.G. Bolwig (1975), Quantative Rating of Depressive States, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 51, 161-170.
- Bech, P. (1981), Ratingscales for Affective Disorders: their Validity and consistency, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 295.
- Beck, A.T., C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mocken J. Erbaugh (1961), An Inventory for Measuring Depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Carney, M.W.P., M. Roth en R.F. Garside (1965), The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of ECT response, *British Journal of Psychiatry*, 111, 659-674.
- Caroll, B.J., J.M. Fielding en T.G. Blashki (1973), Depression Rating Scales. A

- critical review, *Archives of General Psychiatry*, 28, 361-366.
- Cronbach, L.J. (1951), Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Czernik, A. (1982), *Zur Psychophysiologie und Neuroendokrinologie von Depressionen*, Springer Verlag, Berlin.
- Dijkstra, P. (1974), De zelfbeoordelingsschaal van Zung. In: H.M. v. Praag en H.G.M. Rooymans (red.), *Stemming en ontstemming*, De erven Boon BV, Amsterdam, p. 192-209.
- Dijkstra, P. (1974), Classificatie en statistiek. In: H.M. van Praag en H.G.M. Rooymans (red.), *Stemming en ontstemming*, De erven Boon BV, Amsterdam, p. 98-120.
- Documentatie van tests en testresearch in Nederland (1983) NIP Amsterdam.
- Feinberg, M., B.J. Carroll, P.E. Smouse en S.G. Rawson (1981), The Carroll Rating Scale for Depression. III. Comparison with other Rating Instruments, *British Journal of Psychiatry*, 138, 205-209.
- Gurney, C. (1971), Diagnostic scales for affective disorders. *Proceedings of the Fifth World Conference of Psychiatry, Mexico City*, p. 330.
- Groot, A.D. de (1972), *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Mouton en Co, 's-Gravenhage, p. 236-255.
- Hamilton, M. (1960), A Rating scale for Depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967), Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness, *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hamilton, M. (1969), Standardised Assessment and Recording of Depressive Symptoms, *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, 72, 201-205.
- Hamilton, M. (1974), General Problems of Psychiatric Rating Scales (Especially for Depression), In: Pichot P. (ed.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology, Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 7, Karger, Basel, p. 125-138.
- Hamilton, M. (1982), Symptoms and assessment of depression, In: Paykel, *Handbook of affective disorders* Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Kearns, N.P., C.A. Cruickshank, K.J. McGuigan, S.A. Riley, S.P. Shaw en R.P. Snaith (1982), A Comparison of Depression Rating Scales, *British Journal of Psychiatry*, 141, 45-49.
- Kuder, G.F. en M.W. Richardson (1937), The Theory of the estimation of test reliability, *Psychometrika*, 2, 151-160.
- Maxwell, A.E. en A.E.G. Pilliner (1968), Deriving coefficients of reliability and agreement for ratings, *The British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 21, 105-116.
- Maxwell, A.E. (1971), Agreement Among Raters, *British Journal of Psychiatry*, 118, 659-662.
- Maxwell, A.E. (1977), Coefficients of Agreement between Observers and Their Interpretation, *British Journal of Psychiatry*, 130, 79-83.
- Metcalfe, M., en E. Goldman (1965), Validation of an Inventory for Measuring Depression, *British Journal of Psychiatry*, 111, 240-242.
- Möller, H.J. en D. v. Zerssen (1982), Psychopathometrische Verfahren. I. Allgemeiner Teil, *Der Nervenarzt*, 53, 493-503.
- Möller, H.J., en D. v. Zerssen (1983), Psychopathometrische Verfahren. II. Standardisierte Beurteilungsverfahren, *Der Nervenarzt*, 54, 1-16.
- Montgomery, S.A., en M. Åsberg (1979), A new depression scale designed to be sensitive to change, *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

- Praag, H.M. van, A.M. Uleman en J.C. Spitz (1965), The vital syndrome interview, *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, 68, 329-346.
- Prusoff, B.A., G.L. Klerman en E.S. Paykel (1972), Concordance between Clinical Assessments and Patient Self Report in Depression, *Archives of General Psychiatry*, 26, 546-552.
- Wittenborn, J.R. (1972), Reliability, validity and objectivity of symptom rating scales, *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 154, 79-87.
- Zerssen, D. v., F. Strian en D. Schwarz (1974), Evaluation of depressive states, especially in longitudinal studies, In: Pichot P. (ed.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, 7, Karger, Basel, p. 189-202.
- Zung, W.K. (1965), A Self-Rating Depression Scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W.K. (1969), A Cross Cultural Survey of Symptoms in Depression, *American Journal of Psychiatry*, 126, 154-159.
- Zung, W.K. (1974), The Measurement of Affects: Depression and Anxiety, In: Pichot P. (ed.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology, Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 7, Karger, Basel, p. 170-188.

Appendix I: De Montgomery-Åsberg beoordelingsschaal voor depressie. *British Journal of Psychiatry* (1979) 134, 382-389. Vertaling: J.G. Goekoop.

Instructie. Men scoort tijdens of na een klinisch interview. De vragen worden eerst ruim gesteld, gericht op de aanwezigheid van symptomen. Daarna komen meer gedetailleerde vragen die een nauwkeurige beoordeling van de ernst mogelijk maken. De beoordelaar moet beslissen of het juist is om op de omschreven punten in de schaal te scoren (0, 2, 4, 6) of er tussenin (1, 3, 5).

Het is goed om te weten dat men slechts zelden een depressieve patiënt ziet, die met behulp van de items van de lijst niet kan worden beoordeeld.

Indien van de patiënt geen duidelijke antwoorden kunnen worden verkregen, moeten alle verbandhoudende aanwijzingen evenals informatie uit andere bronnen gebruikt worden om tot een beoordeling te komen, zoals dat ook in de klinische praktijk gebruikelijk is.

De schaal kan voor ieder tijdsinterval gebruikt worden, wekelijks of op andere wijze, als het maar wordt vermeld.

PROJECT	PROJECTNUMMER	DATUM			PATIENT	GEB.DATUM		
ONDERZOEKER		DAG	MND	JR		DAG	MND	JR

MADRS Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

1. *Zich direct tonende somberheid.*

Hieronder wordt verstaan: Moedeloosheid, droefgeestigheid en wanhoop, (meer dan alleen maar voorbijgaande minder goede buien), zoals tot uitdrukking komt in de spraak, de gezichtsuitdrukking en de houding. Beoordeel naar diepte en onvermogen om op te klaren.

0. Geen somberheid.

1.
2. Ziet er ontmoedigd uit, maar klaart zonder moeite op.

3.
4. Lijkt de meeste tijd somber en ongelukkig te zijn.

5.
6. Ziet er voortdurend ellendig uit.

2. *Vermelde somberheid.*

Hieronder wordt verstaan: Vermelding van depressieve stemming, onafhankelijk van het al of niet anderszins tot uitdrukking komen daarvan. Het gaat om weinig levenslust, neerslachtigheid, moedeloosheid, of het gevoel niet meer geholpen te kunnen worden en dat er geen hoop meer is.

0. In daartoe aanleiding gevende omstandigheden soms somber.

1.
2. Somber of neerslachtig maar klaart zonder moeite op.

3.
4. Een alles bepalend en alles overheersend gevoel van somberheid of droefgeestigheid. De stemming kan nog door uitwendige omstandigheden beïnvloed worden.

5.
6. Voortdurende onveranderlijke somberheid, ellende en moedeloosheid.

3. *Innerlijke gespannenheid.*

Hieronder wordt verstaan: Gevoelens van slecht omschrijfbaar onbehagen, zich geprikkeld voelen, een gevoel van innerlijke onrust of spanning oplopend tot paniek, een dreiging of kwelling.

0. Rustig. Alleen vluchtige beleving van spanning.

1.

2. Zo nu en dan een geprikkeld gevoel of een niet goed omschrijfbaar onbehagen.

3.

4. Voortdurende gevoelens van innerlijke spanning of een keer op keer terugkomende paniek die de patiënt niet zonder enige moeite de baas is.

5.

6. Een onverbidelijke dreiging of kwelling. Overweldigende paniek.

4. *Verminderde slaap.*

Hieronder wordt verstaan: De beleving van verminderde duur of diepte in vergelijking tot het normale patroon van de patiënt, wanneer hij gezond is.

0. Slaapt net als anders.

1.

2. Enige moeite met in slaap vallen of enigszins verminderde, lichte onregelmatige slaap.

3.

4. De slaap is minstens twee uur korter of onderbroken gedurende twee uur.

5.

6. Minder dan twee of drie uur slaap.

5. *Verminderde eetlust.*

Hieronder wordt verstaan: Het gevoel van afname van de eetlust in vergelijking met de gezonde toestand. Beoordeel aan de hand van afname van zin in voedsel of de noodzaak om zichzelf tot eten te dwingen.

0. Normale of verminderde eetlust.

1.

2. Enigszins verminderde eetlust.

3.

4. Geen eetlust. Het voedsel smaakt nergens naar.

5.

6. Moet er toe overgehaald worden en bepraat om een hap te eten.

6. *Concentratie problemen.*

Hieronder wordt verstaan: Moeite met het verzamelen van gedachten, oplopend tot volledig onvermogen door gebrek aan concentra-

tie. Beoordeel naar ernst, frequentie en de maat van het resulterende onvermogen.

0. Geen last van concentratiestoornissen.

1.
2. Zo nu en dan moeite met het verzamelen van de gedachten.

3.
4. Moeite met concentreren en het vasthouden van een gedachte, zodat het vermogen om een gesprek te volgen of te lezen vermindert.

5.
6. Zonder zeer veel moeite niet in staat om te lezen of te praten.

7. Moeheid.

Hieronder wordt verstaan: Moeilijkheden met het op gang komen, traagheid bij het beginnen of uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

0. Nauwelijks enige moeite met op gang komen. Geen traagheid.

1.
2. Moeite met het aanvangen van activiteiten.

3.
4. Moeite met het beginnen aan eenvoudige routinematige activiteiten die met inspanning worden volbracht.

5.
6. Volledige moeheid. Niet in staat iets zonder hulp te doen.

8. Afwezigheid van gevoel.

Hieronder wordt verstaan: De subjectieve beleving van verminderde belangstelling voor de omgeving, of voor activiteiten die gewoonlijk plezierig zijn. Het vermogen om met de juiste emotie of het juiste gevoel te reageren op omstandigheden of mensen is verminderd.

0. Normale belangstelling in omgeving en andere mensen.

1.
2. Verminderd vermogen te genieten van de gewone interesses.

3.
4. Verlies van de belangstelling in de omgeving. Verlies van gevoel voor vrienden en kennissen.

5.
6. De beleving emotioneel verlamd te zijn, onvermogen om woede, verdriet of plezier te voelen en een volledig of zelfs pijnlijk gemis aan gevoelens voor nabije verwanten en goede vrienden.

9. Pessimistische denkbeelden.

Hieronder wordt verstaan: Gedachten van schuld, minderwaardigheid, zelfverwijt, zondigheid, wroeging en ondergang.

0. Geen pessimistische gedachten.

1.
2. Wisselende ideeën van falen, zelfverwijt of zelfdeprecieatie.

3.
4. Aanhoudende zelfbeschuldigingen of duidelijk geformuleerde maar nog wel zinnige ideeën over zonde en schuld. Toenemend pessimistisch ten aanzien van de toekomst.

5.
6. Waandenbeelden van ondergang, wroeging, niet goed te maken zonde. Absurde en onbeïnvloedbare zelfbeschuldigingen.

10. Suïcidale gedachten.

Hieronder wordt verstaan: Het gevoel dat het leven niets waard is, dat een natuurlijke dood welkom zou zijn, gedachten over zelfmoord en voorbereidingen voor een zelfmoord. De zelfmoordpogingen op zichzelf mogen geen invloed hebben op de beoordeling.

0. Geniet van het leven, of neemt het zoals het valt.

1.
2. Is het leven moe. Slechts vluchtige suïcidale gedachten.

3.
4. Waarschijnlijk dood beter af. Zelfmoordgedachten komen vaak voor en zelfmoord wordt als een mogelijke oplossing overwogen, zonder specifieke plannen of voornemens.

5.
6. Uitdrukkelijke plannen om zelfmoord te plegen wanneer er een gelegenheid voor is. Actieve voorbereidingen voor zelfmoord.

1. Zich direct tonende somberheid	:	:
2. Vermelde somberheid	:	:
3. Innerlijke gespannenheid	:	:
4. Verminderde slaap	:	:
5. Verminderde eetlust	:	:
6. Concentratieproblemen	:	:
7. Moeheid	:	:
8. Afwezigheid van gevoel	:	:
9. Pessimistische denkbeelden	:	:
10. Suïcidale gedachten	:	+

Totaal : :
