

Hamilton Depressionsskala 7-Item Kurzform

<p>1.) Depressive Verstimmung (Traurigkeit, Trübsal blasen, melancholisch sein, weinerlich sein)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fühlten Sie sich in der letzten Woche traurig oder depressiv? • wie oft und wie lange fühlten Sie sich so? 	<ul style="list-style-type: none"> () 0 fehlend () 1 wird nur auf Nachfrage berichtet () 2 spontan verbal berichtet () 3 nicht verbale Äußerungen (Gesichtsausdruck, Stimme, Weinerlichkeit) () 4 der Patient berichtet, verbal und nonverbal, dass er sich ausschließlich in diesem Zustand befunden hat.
<p>2.) Schuldgefühle (Kritik an sich selbst und Selbstvorwürfe)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fühlten Sie sich in der vergangenen Woche schuldig wegen etwas, was Sie getan haben, oder dass Sie andere schlecht behandelt haben? • Fühlen Sie sich durch ihre Krankheit gestraft ? 	<ul style="list-style-type: none"> () 0 fehlend () 1 Selbstvorwürfe () 2 Schuldgefühle, Grübeln über Fehler der Vergangenheit () 3 gegenwärtige Krankheit wird als Strafe empfunden, wahnhafte Schuld () 4 der Patient hört eine beschuldigende Stimme oder hat bedrohliche visuelle Halluzinationen
<p>3.) Interesse, Freude, Aktivitätslevel, (Arbeit und Aktivitäten des täglichen Lebens)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie bei der Arbeit und zu hause so produktiv wie früher? • haben Sie weiter Interesse an den Dingen, die Sie normalerweise interessieren? 	<ul style="list-style-type: none"> () 0 keine Schwierigkeiten () 1 Erschöpfung, Schwächegefühl, Gedanken nicht zur Arbeit oder den Hobbies in der Lage zu sein () 2 Interesseverlust an Aktivitäten (direkt oder indirekt durch Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Unschlüssigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit () 3 verminderte Leistungsfähigkeit oder verminderte Zeit mit Aktivität. () 4 der Patient hat wegen seiner Symptome aufgehört zu arbeiten
<p>4.) Anspannung und Nervosität (psychische Angst)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fühlten Sie sich stärker angespannt oder nervös während der letzten Woche ? • haben Sie vermehrt gegrübelt ? 	<ul style="list-style-type: none"> () 0 keine Schwierigkeiten () 1 subjektive Anspannung und Reizbarkeit () 2 Sich Sorgen machen über Kleinigkeiten () 3 offensichtlicher ängstlicher Gesichtsausdruck () 4 Angst wird ohne Nachfragen berichtet
<p>5.) körperliche Angstsymptome Wie sehr haben Sie die folgenden Symptome in der letzten Woche belastet: <i>(es werden nur die Symptome gezählt, die eindeutig nicht einer Nebenwirkung eines Medikamentes entsprechen)</i> Hatten sie in der letzten Woche eines der folgenden Symptome: <i>Gastrointestinale Symptome:</i> trockener Mund, Blähungen, Durchfall, <i>Bauchkrämpfe, Gefäßsymptome:</i> Herzklopfen, Kopfschmerzen, <i>Atemwege:</i> Hyperventilation, Luftnot, <i>andere:</i> Harndrang, Schweißausbrüche</p>	<ul style="list-style-type: none"> () 0 keine () 1 leicht () 2 mäßig () 3 schwer () 4 stark behindernd

<p>6.) Energielevel, (körperliche Symptome) Wie energievoll waren Sie die letzte Woche ? Fühlten Sie sich müde? Hatten Sie irgendwelche Schmerzen oder ein Schweregefühl in ihren Gliedern, dem Rücken oder dem Kopf?</p>	<p>() 0 keine () 1 Schweregefühl in den Gliedern, dem Rücken oder dem Kopf, Muskelschmerzen, Energieverlust und Müdigkeit () 2 jedes eindeutige Symptom wird mit 2 Punkten bewertet</p>
<p>7.) Suizidalität (Gedanken, Pläne, Versuche)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hatten Sie Gedanken, dass das Leben nicht lebenswert ist, und es besser wäre, wenn Sie tot wären? • Hatten Sie Gedanken sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen? • Haben sie sich selbst verletzt? 	<p>() 0 keine () 1 empfindet sein Leben nicht als lebenswert () 2 wünscht sich zu sterben (oder alle Gedanken, dass er lieber sterben würde) () 3 Suizidgedanken () 4 Suizidversuch (für jeden Suizidversuch 4 Punkte)</p>
	<p>Gesamtpunktzahl:</p>