

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Klinische Machbarkeitsstudie zur praktischen Anwendung der deutschen Kurzversion
des autobiographischen Gedächtnis Interviews (D-AMI-SF) mit depressiven
Patienten

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Magdalena Adan
aus Beuthen

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. U. Förstermann

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 21. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	II
1 Einleitung	
2 Literaturdiskussion.....	2
2.1 Depressionen	2
2.1.1 Ätiologie, Inzidenz und Prävalenz	2
2.1.2 Verlauf	2
2.1.3 Symptome	3
2.1.4 Behandlung	3
2.2 Elektrokonvulsionstherapie	6
2.2.1 Historie und Methode.....	6
2.2.2 Indikation und Nebenwirkungen	6
2.3 Gedächtnis.....	8
2.3.1 Gedächtnisstörungen.....	10
2.3.2 Das Autobiographic Memory Interview zur Erfassung von Gedächtnisstörungen durch Elektrokonvulsionstherapie	11
2.4 Ziele der Studie	12
3 Material und Methoden	13
3.1 Zielgrößen.....	13
3.2 Durchführung der Rekrutierung.....	13
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
3.3.1 Einschlusskriterien.....	14
3.3.2 Ausschlusskriterien.....	15
3.4 Klinische und neuropsychologische Testungen	15
3.4.1 Psychometrie.....	15
3.4.2 Neuropsychologische Testverfahren.....	18
3.5 Vergleichsstudie von M. Semkovska und T. O'Grady , 2017.....	22
3.6 Zeitlicher Ablauf der Studie	22
3.7 Statistische Verfahren	24
4 Ergebnisse	24
4.1 Soziodemographische und klinische Daten der Patienten.....	24
4.2 Ergebnisse der Testungen	26
4.2.1 Hamilton Depression Rating Scale-17 (HAMD-17)	26
4.2.2 Inventar Depressiver Symptome (IDS)	26
4.2.3 Clinical Global Impression (CGI).....	27
4.2.4 Mini-Mental-Status-Test (MMST)	28
4.2.5 Deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF)	29
4.2.6 Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My).....	31

5	Diskussion.....	32
	5.2 Durchführbarkeit und Limitationen des D-AMI- SF.....	33
	5.3 Ausblick und weiterführende Überlegungen	34
6	Zusammenfassung	35
7	Literaturverzeichnis	36
8	Anhang	39
9	Danksagung.....	118
10	Tabellarischer Lebenslauf	119

Abkürzungsverzeichnis

ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
AMI	Autobiographic Memory Interviews
AMI-SF	Autobiographic Memory Interview – Short Form
CGI	Clinical Global Impression
CRH	Corticotropin Releasing Hormone
D-AMI-SF	deutsche Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis-Interviews
DSM-5	Diagnostischem und Statistischem Manual Psychischer Störungen
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
GSE-My	Global Self-Evaluation-Memory
HAMD-17	Hamilton Depression Rating Scale-17
ICD-10	Internationalen Klassifikation psychischer Störungen
IDS	Inventar Depressiver Symptome
IDS-C	Inventar Depressiver Symptome - Fremdbeurteilungsversion
IDS-SR	Inventar Depressiver Symptome - Selbstbeurteilungsversion
IPT	interpersonelle Psychotherapie
MAO	Monoaminoxidase
MAOI	Monoaminoxidase-Inhibitoren
M.I.N.I	Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview
MMSE	Mini-Mental State Examination
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MWT-B	Mehrfach-Wortschatz-Test
NSMRI	nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
rTMS	repetitive transkranielle Magnetstimulation
SF-36	Short Form-36 Fragebogen
SSRI	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSNRI	Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
TRD	therapieresistente Depression
TZA	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Normentabelle für IQ-Punkte und Standardwerte des (MWT-B)	19
Tabelle 2: soziodemographische und klinische Daten der Patienten.....	25
Abbildung 1: Übersicht über die verschiedenen Formen des Gedächtnis nach dem Drei-Speicher-Modell von Atkinson und Shiffrin.	9
Abbildung 2: Graphische Darstellung zur Rekrutierung der Patienten.....	14
Abbildung 3: Graphische Darstellung des Studiendesigns, n = Anzahl der Patienten.....	23
Abbildung 4: HAMD-17 Werte im Prä-Post-Vergleich	26
Abbildung 5: IDS-SR-Werte im Prä-Post-Vergleich	27
Abbildung 6: CGI-Werte im Prä-Post-Vergleich.....	28
Abbildung 7: MMST-Werte im Prä-Post-Vergleich.....	29
Abbildung 8: D-AMI-SF Werte im Prä-Post-Vergleich.....	30
Abbildung 9: Amnesie-Score.....	31
Abbildung 10: GSE-My Werte im Prä-Post-Vergleich.....	32

1 Einleitung

Die Depression ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 16-20% in Deutschland (BÄK et al., 2022).

Zu den etablierten Therapieverfahren zur Behandlung einer Depression gehören die Psychotherapie und die Psychopharmakotherapie. Oftmals zeigt sich jedoch trotz zahlreicher Behandlungen eine therapieresistente Depression (TRD), die als ein Nicht-Ansprechen auf zwei Standardpharmakotherapien mit unterschiedlichen Wirkmechanismen von adäquater Dauer und Dosis (ca. 6 Wochen pro Medikament) definiert ist (BÄK et al., 2022). Die Häufigkeit von TRD liegt bei etwa 30 - 50% (Souery et al., 2007). Andere Therapieformen zur Behandlung einer Depression sind unter anderem die sogenannten somatischen Verfahren wie bspw. die Lichttherapie, Wachtherapie/Schlafentzug oder die neurostimulatorischen Verfahren wie bspw. die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) und die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (BÄK, 2022). Studien haben gezeigt, dass die EKT bei TRD wirksamer ist als jede andere Behandlung in dieser Indikation (Gábor and Laszlo, 2005, Pagnin et al., 2004, Group, 2003, Haq et al., 2015).

Die EKT ist weltweit ein etablierter therapeutischer Standard bei TRD (Grözinger et al., 2018, FDA, 2011) und soll laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression (BÄK et al., 2022) für die Behandlung von therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden und insbesondere auch im höheren Lebensalter oder bei psychotischer Symptomatik. Jedoch aufgrund von heutzutage immer noch häufig auftretenden kognitiven Nebenwirkungen, und hier besonders einer anterograden (Unfähigkeit, neue Erinnerungen zu bilden) und retrograden Amnesie (Verlust bereits bestehender Erinnerungen aus der Vergangenheit) des autobiographischen Gedächtnisses (Sackeim et al., 2007, Lisanby et al., 2000), hat die EKT eine vergleichsweise niedrige Anwendungsrate. Das autobiographische Gedächtnis dient als ein wesentlicher Bestandteil der eigenen Identität und Kontinuität, da es die Aufrechterhaltung der eigenen Vergangenheit ermöglicht (Semkovska and McLoughlin, 2013). Die Angst vor einem dauerhaften Verlust des autobiographischen Gedächtnisses durch die EKT ist einer der wichtigen Gründe für die mangelnde Akzeptanz und Nutzung der EKT in der klinischen Praxis. Zudem kommt noch das anhaltende Stigma bezüglich der EKT (Grözinger, 2016).

Die moderne EKT hingegen ist ein sicheres Verfahren mit einem Mortalitätsrisiko von 1 : 50.000 (Folkerts et al., 2003) sowie einer Gefahr für ein vital bedrohliches Ereignis von 1 : 30.000 (Grözinger, 2016). Zur Objektivierung einer retrograden Amnesie nach einer EKT wird wissenschaftlich am häufigsten das Autobiographic Memory Interview – Short Form (AMI-SF) (McElhiney et al., 2001) verwendet (Sackeim, 2014). In Deutschland existiert bislang keine Übersetzung des AMI-SF. Um die praktische Anwendung einer deutschen Version AMI-SF zu

untersuchen, wurde der AMI-SF von einem akkreditierten Übersetzungsbüro vom Englischen ins Deutsche und wieder zurück ins Englische übersetzt. Die Überlegung war, auch im deutschen Sprachraum, eine retrograde Amnesie potenziell verursacht durch die EKT systematisch erfassen zu können. So ist das Ziel dieser „D-AMI-SF Machbarkeitsstudie“, zu prüfen, ob die deutsche Version der Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis-Interviews (D-AMI) in der klinischen Praxis durchführbar ist. Des Weiteren sollen mögliche Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis bei depressiven Patienten im Verlauf von 6 Wochen untersucht werden.

2 Literaturdiskussion

2.1 Depressionen

2.1.1 Ätiologie, Inzidenz und Prävalenz

Die Depression ist eine psychische Erkrankung und gehört zu der Gruppe der affektiven Störungen (Freyberger and Drilling, 2019). Laut World Health Organisation betrifft die Erkrankung momentan ca. 5% der weltweiten Bevölkerung (WHO, 2023). Frauen sind dabei doppelt so häufig betroffen wie Männer (BÄK et al., 2022). Es gibt zahlreiche Modelle und Hypothesen, welche die Entstehung einer Depression veranschaulichen, wie zum Beispiel die Monoamin-Hypothese (Delgado, 2000) oder das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Goh and Agius, 2010). Laut der Monoamin-Hypothese wird eine Depression durch ein Ungleichgewicht an bestimmten Botenstoffen im Gehirn wie bspw. von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin hervorgerufen, während das Vulnerabilitäts-Stress-Modell annimmt, dass die Kombination der Vulnerabilität einer Person sowie verschiedene Stressereignisse die Bedingungen für eine Depression darstellen. Letztendlich ist davon auszugehen, dass eine Depression auf ein Zusammenspiel genetischer, neurobiologischer und psychosozialer Faktoren zurückzuführen ist (Schneider, 2017).

2.1.2 Verlauf

Die Depression verläuft typischerweise episodisch, d.h. die Dauer der jeweiligen Krankheitsphasen ist begrenzt. Eine depressive Episode kann vollständig remittieren oder eine Residualsymptomatik hinterlassen, welche wiederum das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht. Bei mehreren depressiven Episoden spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung. Hält die depressive Symptomatik über 2 Jahre ohne Besserung oder Remission an, so nennt man dies eine chronische oder persistierende Depression (BÄK et al., 2022).

2.1.3 Symptome

Bei den Symptomen einer Depression unterscheidet man zwischen drei Hauptsymptomen und sieben Zusatzsymptomen (BÄK et al., 2022).

Hauptsymptome:

- Gedrückte Grundstimmung
- Anhedonie (Verlust von Interessen und Freude)
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Nebensymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Reduziertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Suizidgedanken
- Schlafstörungen
- Appetitmangel

Der Schweregrad der Depression hängt jeweils von der aktuellen Symptomatik des Patienten ab und kann als eine leichte, mittelgradige, oder schwere depressive Episode eingestuft werden, wobei die Letztere von psychotischen Symptomen begleitet werden kann (BÄK et al., 2022). Der Schweregrad richtet sich nach der Anzahl vorliegender Haupt- und Zusatzsymptomen, wobei die Symptome über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen vorhanden sein müssen. Laut der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) (Dilling et al., 1993) müssen für eine leichte depressive Episode mindestens 2 Haupt- und 2 Nebensymptome, für eine mittelgradige depressiven Episode neben den 2 Haupt- noch 3-4 Nebensymptome und bei einer schweren depressiven Episode müssen alle 3 Hauptsymptome sowie mindestens 4 Nebensymptome vorliegen.

2.1.4 Behandlung

Laut der aktuellen Nationalen VersorgungsLeitlinie für Unipolare Depression (BÄK et al., 2022) wird bei der Behandlung einer Depression zwischen Akuttherapie, Erhaltungstherapie und der Rezidivprophylaxe unterschieden. Die Akuttherapie hat das Ziel den Leidensdruck und die akute depressive Symptomatik zu reduzieren (BÄK et al., 2022). Im Anschluss soll zur weiteren Stabilisierung eine Erhaltungstherapie durchgeführt werden. Auch wenn die Symptomatik vorerst vermindert ist und allgemein eine Besserung der depressiven Beschwerden sichtbar ist, so ist die depressive Episode an sich noch nicht überwunden. Durch die Erhaltungstherapie

sollt ein Rückfall der Erkrankung vermieden werden. Die Nationalen VersorgungsLeitlinie für Unipolare Depression empfiehlt hier die Fortführung einer Psychotherapie bis ca.18 Monate und die Fortführung einer antidepressiven Medikation für weitere 6-12 Monate. Bei Wiederauftreten einer erneuten depressiven Episode nach der Genesung spricht man von einem Rezidiv der Erkrankung. Nach Behandlung der Akuttherapie ist in diesem Fall zudem eine Rezidivprophylaxe notwendig, welche erneute Episoden langfristig verhindern soll. Hierzu sollen die wirksamen Antidepressiva in der Akuttherapie in gleicher Dosierung für mindestens ein weiteres Jahr genommen werden und die Psychotherapie für bis zu 2 Jahren fortgeführt werden (BÄK et al., 2022).

2.1.4.1 Psychotherapie

Bei der Psychotherapie zur Behandlung einer Depression gibt es verschiedene Verfahren, unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie, psychoanalytisch begründete Verfahren, die interpersonelle Psychotherapie (IPT), die systemische Therapie oder die Gesprächstherapie (BÄK et al., 2022) (Schneider, 2017). Von diesen ist die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonellen Psychotherapie am besten belegt (BÄK et al., 2022, Berk and Parker, 2009). Bereits bei einer leichten depressiven Episode sollen laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie für Unipolare Depression „Maßnahmen mit niedriger Intensität (angeleitete Selbsthilfe, gesprächsbasierte Interventionen unter Nutzung psychotherapeutischer Techniken) angeboten werden“ (BÄK et al., 2022).

2.1.4.2 Psychopharmakotherapie

Bei einer mittelgradigen und einer schweren depressiven Episode soll laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie für Unipolare Depression eine medikamentöse antidepressive Behandlung angeboten werden. Hierzu stehen eine Reihe zugelassener Medikamente zur Verfügung, welche sich je nach Wirkmechanismus oder Strukturformel in unterschiedliche Klassen unterteilen lassen (BÄK et al., 2022):

- Tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) wie z.B.: Amitriptylin, Clomipramin.
- Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) wie z.B.: Sertralin oder Fluoxetin. Das ist die am meisten verordnete Wirkstoffklasse bei depressiven Störungen in Deutschland.
- Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI) wie z.B.: Moclobemid. Bei Einnahme der Medikamente dieser Gruppe muss eine bestimmte Diät eingehalten werden, da

durch den Verzehr tyraminhaltiger Nahrungsmittel (z.B. reife Käsesorten) eine Blutdruckkrise ausgelöst werden kann.

- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI) wie z.B.: Venlafaxin oder Duloxetin
- Alpha2-Rezeptor-Antagonisten, wie z.B.: Mirtazapin und Mianserin. Zusätzlich zu der antidepressiven Wirkung durch die Erhöhung der intrasynaptischen Konzentration von Serotonin und Noradrenalin haben die Medikamente dieser Gruppe eine deutliche antihistaminerge Wirkung, was die sedierenden und gewichtssteigernden Eigenschaften erklärt.
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren, wie z.B.: Bupropion
- Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT1/MT) wie z.B.: Agomelatin. Agomelatin hat schlafregulierende Eigenschaften. Inwieweit Agomelatin einen antidepressiven Effekt hat ist noch unklar.

Darüber hinaus gibt es Substanzen, wie bspw. Lithiumsalze, Esketamin und Johanniskraut, die im engeren Sinne nicht zu den Antidepressiva gehören, jedoch eine antidepressive Wirkung zeigen.

Nach Beginn einer Behandlung mit Antidepressiva sollte ab Erreichen der empfohlenen Standarddosierung eine Zeit von 3-4 Wochen (bei älteren Patienten 6 Wochen) abgewartet werden, um einen antidepressiven Effekt beurteilen zu können. Sollte die Medikation nach 3-4 Wochen keine Wirkung zeigen, sollten mögliche Ursachen abgeklärt werden (BÄK et al., 2022). So ist es wichtig bei komorbiden Erkrankungen interagierende Substanzen zu überprüfen. Diese könnten den Serumspiegel des Antidepressivums senken oder erhöhen, sodass dieser nicht im therapeutischen Bereich ist, ggf. muss dann die Dosis des Antidepressivums erhöht oder reduziert werden. Sollte weiterhin kein antidepressiver Effekt erreicht worden sein, so soll zusätzlich eine Psychotherapie angeboten werden. Ebenfalls wird empfohlen das Antidepressivum zu wechseln oder es mit einem zweiten Antidepressivum unterschiedlicher Wirkklasse oder mit einem Antipsychotikum der 2. Generation zu kombinieren oder mit Lithium zu augmentieren (Bschor and Bauer, 2006). Darüber hinaus kann zusätzlich die rTMS durchgeführt werden. Erneut sollte dann eine Zeit von ca. 4 Wochen abgewartet werden. Falls wieder keine Besserung der depressiven Symptomatik zu objektivieren ist, sollte erneut überprüft werden, ob nicht das Antidepressivum gewechselt oder durch ein zweites Antidepressivum, Antipsychotikum oder Lithium ergänzt werden sollte. Falls nach weiteren 4 Wochen immer noch keine Besserung zu sehen ist, soll laut der NVL für unipolare Depressionen die Elektrokonvulsionstherapie durchgeführt werden (BÄK et al., 2022).

2.2 Elektrokonvulsionstherapie

2.2.1 Historie und Methode

Die Historie der EKT geht bis in die 1930er Jahre zurück (Grözinger, 2016). Damals untersuchte Ladislav Meduna zunächst an Tieren, dann ab 1934 an schizophrenen Patienten, die Wirkung von medikamentös (durch Injektionen mit Kampfer) ausgelösten Krampfanfällen. Diese Idee verfolgten Ugo Cerletti und sein Assistent Lucio Bini 1938 in Rom weiter und lösten erstmalig Krampfanfälle mit elektrischem Strom an Menschen aus. Damals war dies unter dem Namen „Elektroschock“ bekannt, was eine positive Bedeutung im Sinne von „Aufbruchsstimmung“ (Grözinger, 2016) wiedergeben sollte. Aufgrund dieser neuen therapeutischen Möglichkeit, kam es zu einer raschen internationalen Ausbreitung des Verfahrens. In 1939 wurde die erste EKT-Behandlung in Deutschland (Erlangen) durchgeführt. 1951 erfolgte die erste EKT mit einem Muskelrelaxans (Suxamethonium).

Heutzutage wird der Patient bei der EKT für einige Minuten in eine Kurznarkose versetzt und die Muskulatur entspannt. Während der gesamten Behandlung werden alle Kreislauffunktionen engmaschig überwacht. Unter diesen geschützten Bedingungen wird mit Hilfe von Elektroden ein generalisierter therapeutischer Krampfanfall ausgelöst. Es ist davon auszugehen, dass die EKT neuroregenerativ wirkt und so die Neubildung und plastische Veränderung von Zellen und Synapsen stimuliert (Grözinger, 2016, Taylor, 2008). Die Behandlung kann durch die Platzierung der Elektroden am Kopf, die Stimulationsintensität sowie andere Parameter für den Patienten individuell angepasst werden (Grözinger, 2016).

2.2.2 Indikation und Nebenwirkungen

Laut der Empfehlung der DGPPN von 2022 (DGPPN, 2022) ist die EKT allgemein indiziert, wenn eine Notwendigkeit für eine schnelle Verbesserung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung besteht, die Risiken der EKT geringer sind als die anderer Behandlungen, aus der Vorgeschichte ein schlechtes Ansprechen auf einschlägige Psychopharmaka (Therapieresistenz) oder ein gutes Ansprechen auf EKT bei früheren Erkrankungsepisoden bekannt ist sind oder wenn Unverträglichkeit oder erhebliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie aufgetreten sind. Darüber hinaus bestehen verschiedene syndromale Indikationen zur EKT, welche jedoch von verschiedenen klinischen Faktoren abhängen und deshalb in der aktuellen Empfehlung der DGPPN von 2022 keine hierarchische Einteilung vorgenommen wird. Eine Indikation zur EKT besteht bei (DGPPN, 2022):

-
- Unipolare Depression / depressive Syndrome
 - Schizophrenie und Schizoaffektive Syndrome
 - Bipolare affektive Störung (inkl. depressive und manische Syndrome, Mischzustände, Rapid Cycling, delirante Manie und delirante Depression)
 - Katatone Syndrome (inklusive perniziöse Katatonie und malignes neuroleptisches Syndrom)
 - Organisch/neuropsychiatrisch bedingte Syndrome der Katatonie, Bipolaren Störung, Schizophrenie, Depression)
 - Therapieresistente schwere Verhaltensstörungen (z.B. schwere (Auto-)Aggression) i.R. neuropsychiatrischer Störungen, Demenzen, Autismus-Spektrum-Störungen und anderer intellektueller Entwicklungsstörungen
 - Autoimmunenzephalitis (mit therapieresistenten, schweren psychiatrischen Symptomen)
 - Therapierefraktäres Parkinson-Syndrom (motorische und psychiatrische Symptome)
 - Therapierefraktärer Status epilepticus
 - Therapieresistente delirante Syndrome (inkl. therapieresistenten Benzodiazepin- oder Barbiturat-Entzugsdelirien)

Heutzutage wird die EKT am häufigsten bei TRD angewendet (Gábor and László, 2005, Group, 2003, Haq et al., 2015, Pagnin et al., 2004, Grözinger, 2016). Die EKT ist weltweit ein etablierter therapeutischer Standard bei TRD (Grözinger et al., 2018, FDA, 2011). Trotzdem wird die EKT in Deutschland bei nur ca. 1,5% der Patienten mit Major Depression angewendet (Timäus et al., 2021). Das ist eine vergleichsweise niedrige Anwendungsrate, wenn man bedenkt, dass die Häufigkeit von TRD bei bis zu 50% liegt (Souery et al., 2007).

Die niedrige Anwendungsrate mag daran liegen, wie die EKT in der Öffentlichkeit dargestellt wird. Diese wird oft als veraltete, grausame und inhumane Behandlungsmethode dargestellt wie zum Beispiel im Film „Einer flog übers Kuckucksnest“ (1975) (Grözinger, 2016). Die häufigsten somatischen Nebenwirkungen sind Herzrhythmusstörungen, hypertensive Blutdruckentgleisungen sowie verlängerte Krampfanfälle, weshalb eine ausführliche somatische Abklärung zur Vermeidung dieser Nebenwirkungen vor einer EKT notwendig ist. Weitere Nebenwirkungen wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel sind meist von kurzer Dauer und können symptomatisch behandelt werden (Grözinger, 2016).

Neben den somatischen sind die kognitiven Nebenwirkungen von großer Bedeutung, welche etwa 80% der Patienten unter einer EKT-Behandlung beklagen (Rose et al., 2003). Zu den kognitiven Nebenwirkungen gehören postiktale Verwirrheitszustände (Grözinger, 2016), Funktionsstörung der globalen Kognition, Aufmerksamkeit, Sprache und exekutiver Funktionen (FDA, 2011, Semkovska and McLoughlin, 2010) sowie eine anterograde und retrograde Amnesie (Kayser et al., 2020, Sackeim et al., 2007). Überwiegend bilden sich die

kognitiven Defizite innerhalb weniger Wochen nach dem Ende der EKT-Behandlung wieder vollständig zurück (Semkovska and McLoughlin, 2010). Es gibt jedoch auch Studien, welche beschreiben, dass die kognitiven Beeinträchtigungen durchaus längere Zeit anhalten (Napierala et al., 2019, Blomberg et al., 2020) und mit Ausnahmen sogar Monate oder auf Dauer persistieren können (Grözinger, 2016). Dies trifft am häufigsten auf retrograde Amnesien des autobiographischen Gedächtnisses zu, welche dann sehr beeinträchtigend und beunruhigend für Patienten und deren Umgebung sind (Lisanby et al., 2000, Sackeim, 2014). Bei bis zu 55% der mit EKT behandelten Patienten¹ sind retrograde Amnesien langanhaltend (Rose et al., 2003) und können die Lebensqualität deshalb erheblich beeinträchtigen (Kayser et al., 2020).

Das Ausmaß der kognitiven Nebenwirkungen hängt von der Auswahl der Stimulationsparameter und der Elektrodenplatzierung ab (Sackeim et al., 2007, Group, 2003, Sackeim et al., 2000, Semkovska et al., 2011, Sackeim, 2014). So haben Patienten nach einer bilateralen EKT mehr kognitive Defizite als Patienten nach einer unilateralen EKT (Sackeim et al., 2007, Semkovska and McLoughlin, 2010). Auch scheint die Intensität der Stimulationsparameter positiv mit kognitiven Defiziten zu korrelieren, was bedeutet, dass je höher die Ladung bei der EKT ist, desto ausgeprägter können die kognitiven Defizite sein (Semkovska and McLoughlin, 2010).

2.3 Gedächtnis

Kognition wird als Sammelbezeichnung für die geistige Aktivität von Menschen verwendet. Das Gedächtnis gehört neben der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Sprache, dem Denken, Problemlösen sowie der Intelligenz zur Kognition (Hänsel et al., 2016). Gedächtnis oder Mnestik bezeichnet die Fähigkeit aufgenommene Informationen umzuwandeln, zu speichern und wieder abzurufen (Kessler et al., 2021). Das Drei-Speicher-Modell von Atkinson und Shiffrin (Atkinson et al., 1968) unterteilt das Gedächtnis nach der Dauer der Speicherung in das sensorische Gedächtnis, Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis.

Sensorisches Gedächtnis:

Das sensorische Gedächtnis lässt sich weiter in das ikonische (sehen) und echoische (hören) Gedächtnis unterteilen. Dort werden Eindrücke für eine Zeitspanne von Millisekunden bewahrt (Kessler et al., 2021).

¹ Die in dieser Doktorarbeit gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

Kurzzeitgedächtnis

Das Kurzzeitgedächtnis, auch Arbeitsgedächtnis genannt, kann Informationen für eine Zeitdauer von 20-30 Sekunden behalten, bevor diese entweder gelöscht oder in das Langzeitgedächtnis übertragen werden (Kessler et al., 2021).

Langzeitgedächtnis

Im Langzeitgedächtnis bleiben Informationen Minuten bis Jahre lang gespeichert. Das Langzeitgedächtnis lässt sich in das explizite (deklarative) und das implizite (nicht-deklarative) Gedächtnis unterteilen. Explizite Inhalte stellen dabei bewusste, sprachlich abrufbare Inhalte dar, wie zum Beispiel: die Hauptstadt von Deutschland oder was man gestern zum Frühstück gegessen hat. Diese Inhalte kann man wiederum in episodisches bzw. autobiografisches (Wissen über die eigene Person bzw. Lebensepisoden) und semantisches (Wissen über die Welt) Wissen unterteilen. Unter implizitem Wissen sind Informationen zu verstehen, welche nicht direkt zugänglich und somit auch nicht sprachlich abrufbar sind, zum Beispiel Fertigkeiten und Gewohnheiten wie Schreiben, Autofahren, Kochen usw. (Kessler et al., 2021). Das Gedächtnis solcher Fertigkeiten wird prozedurales Gedächtnis genannt. Zur Veranschaulichung des Drei-Speicher-Modells von Atkinson und Shiffrin (Atkinson et al., 1968) dient die Abbildung 1.

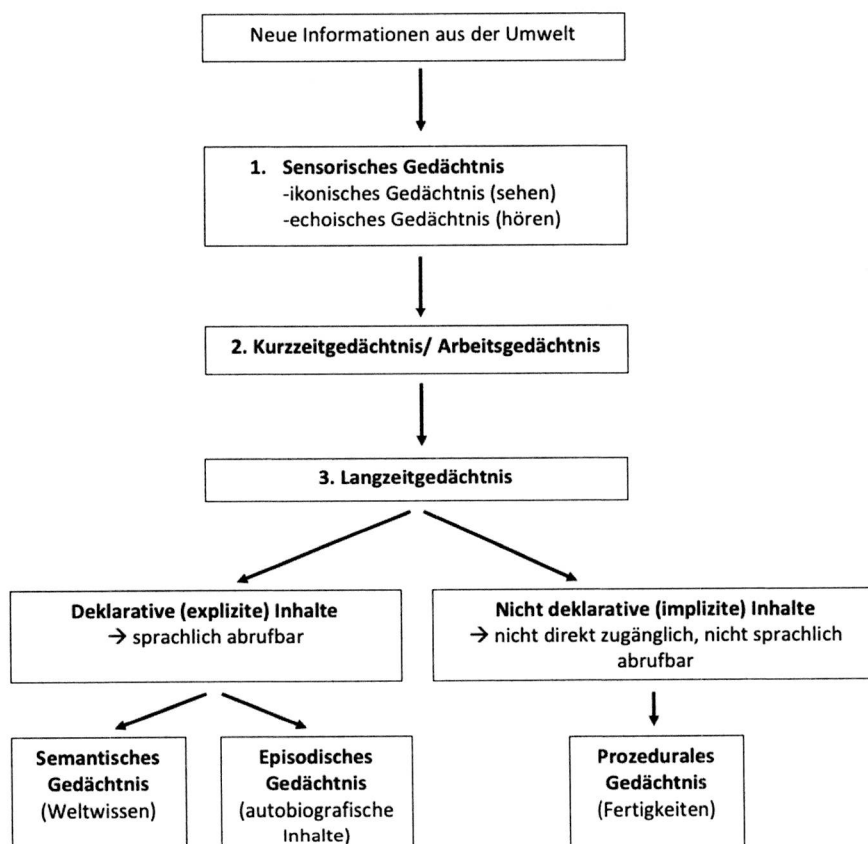


Abbildung 1: Übersicht über die verschiedenen Formen des Gedächtnis nach dem Drei-Speicher-Modell von Atkinson und Shiffrin (Atkinson et al., 1968).

2.3.1 Gedächtnisstörungen

Unter Gedächtnisstörungen versteht man eine allgemeine oder partielle Beeinträchtigung bei der Aufnahme, der Speicherung oder/und der Wiedergabe von zuvor im Gedächtnis gespeicherten Informationen. Hierbei unterscheidet man zwischen einer Hypomnesie bis hin zur Amnesie, einer Paramnesie, einer Hypermnesie und Pseudoerinnerungen (Payk T, 2021). Bei der Hypomnesie handelt es sich um retro- oder anterograde Gedächtnislücken. Im Gegenteil hierzu steht die Hypermnesie mit einer Steigerung der Erinnerungsfähigkeit und überdurchschnittlichen Gedächtnisleistungen. Als Paramnesie sind Täuschungen oder Verfälschungen der Erinnerungen wie zum Beispiel Déjà-vu-Erlebnisse zu verstehen. Pseudoerinnerungen sind Erinnerungen an Erlebnisse, welche nicht wirklich stattgefunden haben.

Bei der Unterteilung der Gedächtnisstörungen betrachtet man den Zeitpunkt der Schädigung und davon ausgehend, ob sich die Personen an Informationen vor oder nach dem schädigenden Ereignis nicht mehr erinnern können. Wenn das Speichern neuer Gedächtnisinhalte nach dem Ereignis gestört ist, spricht man von einer anterograden Amnesie (Payk T, 2021, Kopelman, 2002). Wenn jedoch Gedächtnisinhalte nicht mehr aufgerufen werden können, welche bereits vor dem schädigenden Ereignis gespeichert waren, dann spricht man von einer retrograden Amnesie.

Gedächtnisstörungen können verschiedene Ursachen haben. Die häufigste Ursache ist eine Verletzung des Gehirns durch z.B. Gehirntumoren, Gehirnerschütterung, Sauerstoffmangel, Entzündungen des Gehirns oder auch Schlaganfällen (Campellone et al., 2019, Kopelman, 2002). Des Weiteren können Ursachen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum oder Vitaminmangel (insbesondere Vitamin B1- oder B12-Mangel) zu Gedächtnisstörungen führen (Campellone et al., 2019, Kopelman, 2002). Psychiatrische Erkrankungen wie bspw. eine Depression oder Schizophrenie können ebenfalls zu Gedächtnisstörungen führen.

Semkovska et al. haben in 2012 eine Studie publiziert, in welcher Gedächtnisstörungen gemessen mit dem Autobiographic Memory Interview-SF (AMI-SF) von depressiven Patienten mit den möglichen Veränderungen einer gesunden Kontrollgruppe verglichen wurden (Semkovska et al., 2012). Die Ergebnisse zeigten, dass depressive Patienten insgesamt weniger Inhalte abrufen können als die gesunde Kontrollgruppe. Eine Theorie ist, dass Gedächtnisstörungen bei Depressionen eine Folgeerscheinung von chronischem Stress sind (Dillon and Pizzagalli, 2018, Sousa et al., 2021). Dabei lässt sich die Stressreaktion beim Menschen auf das Stresshormon Cortisol zurückführen, dessen Ausschüttung durch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse gesteuert wird (Ising, 2011). Bei Stress kommt es zur Aktivierung des Hypothalamus, welcher die Neuropeptide Corticotropin Releasing Hormone (CRH) und Vasopressin freisetzt. Diese gelangen über den Blutkreislauf zur Hypophyse, wo sie die Synthese und Ausschüttung des Adrenocorticotropen Hormons (ACTH) stimulieren, welches wiederum die Freisetzung von Cortisol aus der Nebennierenrinde

aktiviert. Cortisol hat bei einer Stressreaktion überlebensnotwendige Funktionen. So unterbindet Cortisol beispielsweise die Energiezufuhr an restliche Organe und leitet sie stattdessen an die Muskeln und Gehirn weiter, wo sie bei einer Stressreaktion dringend benötigt wird. Nach Beendigung der Stressreaktion ist eine schnelle Rückregulation der Hormone notwendig. Falls dies bei chronischem Stress nicht passiert, kann es zu verschiedenen Störungen im Stoffwechsel, der Immunabwehr, im Herz/Kreislaufsystem und zu Lern- und Gedächtnisstörungen führen (Ising, 2011). So wurde in Tierstudien bspw. Entdeckt, dass durch chronischen Stress eine plastische Umgestaltung des Hippocampus, welcher für das Lernen und Gedächtnis zuständig ist, verursacht wird. So kommt es zu Verkürzung der Dendriten und Unterdrückung der Neuroneogenese (McEwen and Gianaros, 2011).

Das autobiographische Gedächtnis bei gesunden Menschen weist im Verlauf mit der Zeit ebenfalls Defizite auf, was auf die Volumenabnahme der Gehirnmasse im Laufe des Lebens zurückzuführen ist (Luszcz and Bryan, 1999, Fjell and Walhovd, 2010, Head et al., 2008). Studien zeigten, dass gesunde Probanden² im Verlauf der Zeit eine verminderte Erinnerungsfähigkeit haben. So zeigt die Studie Blomberg et al. bei der gesunden Kontrollgruppe nach 6 Monaten eine Verschlechterung der Gedächtnisleistung gemessen mit dem Autobiographic Memory Interview – Short Form (Blomberg et al., 2020).

2.3.2 Das Autobiographic Memory Interview zur Erfassung von Gedächtnisstörungen durch die Elektrokonvulsionstherapie

Wie bereits unter 2.2.2 beschrieben, wird die retrograde Amnesie des autobiographischen Gedächtnisses als eine häufige und stark belastende kognitive Nebenwirkung der EKT beschrieben (Grözinger, 2016, Lisanby et al., 2000, Rose et al., 2003). Die retrograde Amnesie ist eine Gedächtnislücke, welche sich auf bereits vor dem schädigenden Ereignis, z.B. hier die EKT, gespeicherte Daten zu autobiographischen Inhalten bezieht.

In zahlreichen Studien wurde die Kurzform des Autobiographic Memory Interviews (AMI) (Kopelman et al., 1989), das Autobiographic Memory Interview – Short Form (AMI-SF) (McElhiney et al., 2001), für die Erfassung der retrograden Amnesie des autobiographischen Gedächtnisses verwendet (Sackeim, 2014). Das Autobiographic Memory Interview (AMI) ist ein Interview, welches auf einem ursprünglich von Richard D. Weiner und Kollegen an der Duke Universität genutzten Instrument basiert, welches 1989 vom britischen Neuropsychiater Michael D. Kopelman, der Psychologin Barbara A. Wilson sowie dem britischen Kognitionspsychologen Alan D. Baddeley zur Beurteilung des autobiographischen Gedächtnisses an gesunden und amnestischen Probanden angewandt wurde (McElhiney et

² Die in dieser Doktorarbeit gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

al., 2001, Kopelman et al., 1989). Der AMI erfasst autobiografische Erlebnisse aus dem Vorschulalter, Grundschulalter, Jugendzeit, früherem Erwachsenenalter und der jüngeren Vergangenheit.

Die Kurzform des AMI (Autobiographic Memory Interview – short form, AMI-SF) wird heutzutage häufig verwendet, um das Ausmaß einer retrograden Amnesie bei Patienten nach einer EKT zu messen (McElhiney et al., 2001, FDA, 2011). Der AMI-SF besteht aus sechs Abschnitten, von welchem jeder ein bestimmtes Ereignis oder eine bestimmte Erfahrung, überwiegend innerhalb des letzten Jahres, des Patienten erfragt. Dabei wird der Patient einmal vor der EKT befragt sowie vier Mal in verschiedenen Zeitabständen nach der EKT (eine Woche nach der EKT sowie zwei, vier und sechs Monate nach der EKT). Dabei wird gemessen inwieweit sich der Patient an seine Angaben von vor der EKT erinnern kann. Der Unterschied der Antworten ergibt letztendlich den Amnesia Score (McElhiney et al., 2001). Der Amnesia Score wird im Kapitel 3.4.2.3 deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF) genauer erläutert.

2.4 Ziele der Studie

In Deutschland existiert bislang keine Übersetzung des AMI-SF. Hierzu wurde der AMI-SF von einem akkreditierten Übersetzungsbüro vom Englischen ins Deutsche und wieder zurück ins Englische übersetzt.

Das primäre Ziel dieser D-AMI-SF Machbarkeitsstudie ist es, die deutsche Kurzversion des autobiographischen Gedächtnistests (D-AMI-SF) bei Patienten mit Depressionen zu untersuchen. Es soll überprüft werden, ob die deutsche Kurzversion zur Untersuchung des autobiographischen Gedächtnisses geeignet ist und sich in der klinischen Praxis gut durchführen lässt.

Die sekundären Ziele der Studie sind die Quantifizierung von Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis mit der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF) bei Patienten mit Depressionen im Verlauf von 6 Wochen (prä-post-Vergleich), die Messung von Veränderungen der Depressionsschwere in der Hamilton Depressionsskala (Hamilton Rating Scale for Depression- 17, HAMD-17) (Hamilton, 1960) und dem Inventar Depressiver Symptome (IDS)-SR (Rush et al., 1986) im Verlauf von 6 Wochen (prä-post-Vergleich) sowie die Messung der Veränderung der Selbsteinschätzung von kognitiven Störungen per Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My) (Berman et al., 2008) im Verlauf der 6 Wochen (prä-post-Vergleich).

3 Material und Methoden

3.1 Zielgrößen

Anhand der unter 2.4. beschriebenen Ziele dieser D-AMI-SF Machbarkeitsstudie lassen sich folgende primäre und sekundäre Zielgrößen festlegen:

Primäre Zielgröße:

Überprüfung der praktischen Anwendung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnistests (D-AMI-SF) bei depressiven Patienten.

Sekundäre Zielgrößen:

Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis gemessen mit dem D-AMI-SF prä-post bei Patienten mit Depressionen. Veränderungen der Depressionsschwere gemessen mit dem HAMD-17 und IDS-SR. Veränderung der Selbsteinschätzung von kognitiven Störungen per GSE-MY prä-post.

3.2 Durchführung der Rekrutierung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Datenerhebung in Kooperation mit der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz, durchgeführt. Die Patienten wurden aus dem ambulanten, teilstationären und vollstationären Setting rekrutiert.

Zunächst wurden Patienten, welche diagnostische Kriterien einer Major Depression nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (Dilling et al., 1993) erfüllten, vom Studienarzt auf die Studie angesprochen und gefragt ob sie bereit wären, an der Machbarkeitsstudie teilzunehmen. Dabei wurde dem Patienten die Patienteninformation³ (siehe Kapitel 8 Anhang) ausgehändigt. Falls der Patient mit der Teilnahme an der Studie einverstanden war und sein Einverständnis dazu gab, wurden die Ein- und Ausschlusskriterien gemeinsam mit dem Patienten überprüft. Hierbei erfolgte ein Fremdrating der depressiven Symptomatik mit der HAMD-17 (Hamilton, 1960), welche einen Score ≥ 17 (entsprechend einem mittelgradigem depressivem Syndrom) aufweisen musste, um an der Studie teilzunehmen. Falls die oben genannten Voraussetzungen (Ein- und Ausschlusskriterien, Einverständniserklärung) gegeben waren, wurden soziodemografische Daten, die aktuelle Therapie sowie die medizinische Vorgeschichte des Patienten erfasst.

³ In der Patienteninformation wird von einer „D-AMI-SF Validierungsstudie“ gesprochen. Dies ist bewusst so gewählt, da eine weitere Machbarkeitsstudie mit einer Kontrollgruppe an gesunden Patienten durchgeführt wird. Im Anschluss erfolgt die Validierung des D-AMI-SF.

Im Anschluss daran erfolgten die neuropsychologischen Testungen, welche im Kapitel 3.4. Untersuchungsmethoden näher beschrieben werden. Abbildung 2 veranschaulicht die Rekrutierung der Patienten in der vorliegenden Studie.

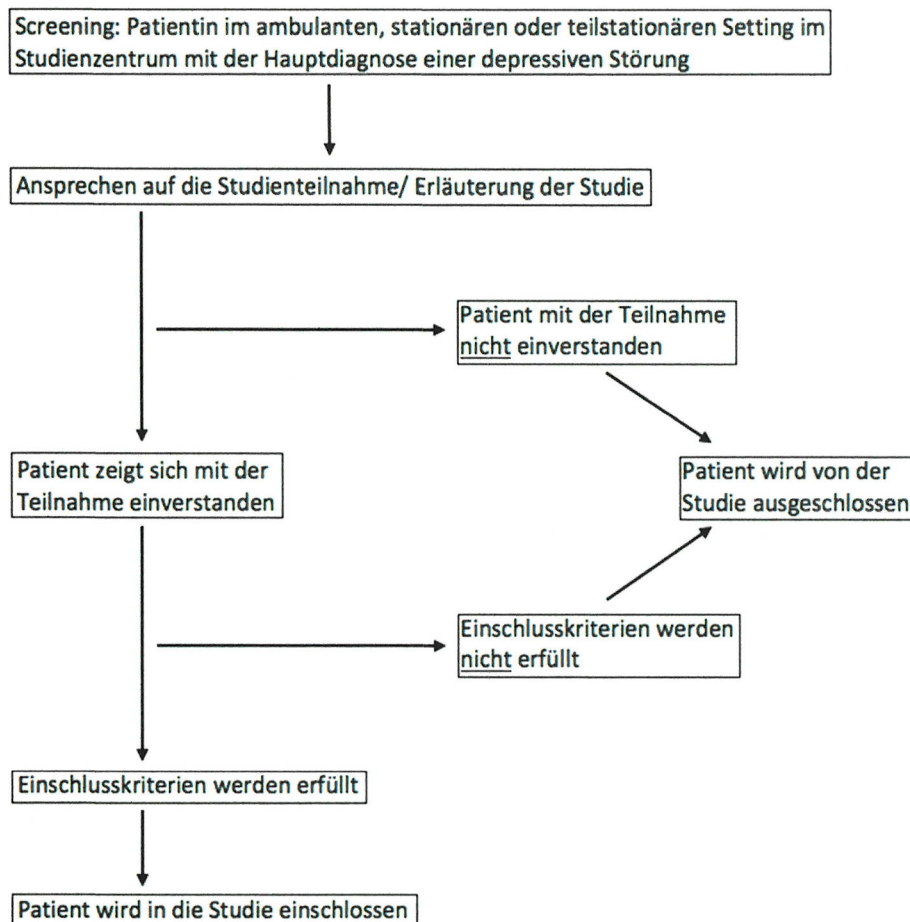


Abbildung 2: Graphische Darstellung zur Rekrutierung der Patienten

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Probanden der Studie wurden folgende Auswahlkriterien festgelegt:

Einschlusskriterien

- Erfüllung der Diagnosekriterien einer Major Depression nach DSM-V und ICD-10 (ICD F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F33.3) und ein Wert ≥ 17 auf der Hamilton Depression Rating Scale-17
- Schriftliches Einverständnis nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Aufklärung (siehe Patienteninformation und Einverständniserklärung)
- Vorhandene Einwilligungsfähigkeit
- Alter 18-80 Jahre

Ausschlusskriterien

- Drogen oder Medikamentenabusus oder Abhängigkeitserkrankungen in den letzten 6 Monaten
- Eine Benzodiazepineinnahme entsprechend Lorazepam > 1,5 mg (oder Äquivalenzdosis eines anderen Benzodiazepins) pro Tag
- Kognitive Einschränkungen, die eine Teilnahme des Probanden an den psychopathometrischen Untersuchungen nicht sinnvoll erscheinen lassen
- Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte
- Relevante organische Erkrankung, z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson
- Bipolare Erkrankung, Demenzielle Erkrankung sowie Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis
- Deutsch ist nicht die Muttersprache
- Fehlendes Einverständnis des Probanden zur Teilnahme an der Untersuchung
- Nicht vorhandene Einwilligungsfähigkeit

3.4 Klinische und neuropsychologische Testungen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde zur Erfassung komorbider psychischer Erkrankungen das **M.I.N.I. Internationales Neuropsychiatrisches Interview (Sheehan et al., 1998)** verwendet. Die depressive Symptomatik wurde mit der **Hamilton Depression Rating Scale-17 (HAMD-17)** (Hamilton, 1960) sowie mit dem **Inventar Depressiver Symptome (IDS)-SR** (Rush et al., 1986) erfasst. Mit Hilfe der **Clinical Global Impression (CGI)** (Guy, 1976) wurde der Schweregrad der globalen Erkrankung gemessen.

Des Weiteren wurde das allgemeine Intelligenzniveau mit dem **Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT-B)** (Lehrl, 2005) erfasst und ein Screening-Verfahren zur Feststellung kognitiver Defizite mit dem **Mini-Mental-Status-Test (MMST)** (Kessler et al., 1990) durchgeführt.

Das autobiographische Gedächtnis wurde durch die **deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF)** geprüft. Darüber hinaus wurden die Probanden um die subjektive Einschätzung ihrer kognitiver Störung mittels einer Likert-Skala, der **Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My)** (Berman et al., 2008) gebeten.

Alle Interviews und Testungen wurden in der deutschen Version durchgeführt.

3.4.1 Psychometrie

Im Folgenden werden die im Rahmen der Psychometrie durchgeführten Testungen näher erläutert.

3.4.1.1 Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Das M.I.N.I. (Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview) wird im klinischen Alltag zum Screening psychiatrischer Erkrankungen benutzt (Sheehan et al., 1998). Wir benutzen die German for German Translation Version 7.0.2 für DSM-5. Es handelt sich um ein strukturiertes klinisches Interview mit sehr präzisen Fragen über psychische Probleme, die mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. Bei der Beantwortung der Fragen soll der Interviewer sein klinisches Urteil nutzen und die kulturelle Zugehörigkeit beim Befragen des Patienten und der Beantwortung der Fragen beachten.

Das Interview wird in „Module“ eingeteilt, welche jeweils einer diagnostischen Kategorie entsprechen (Ackenheil et al., 1999):

A: Episode einer Major Depression, Major Depression

B: Suizidalität, Suizidale Verhaltensstörung

C: Manische Episode, Hypomanische Episode, Bipolar-I-Störung (mit und ohne psychotische Merkmale), Bipolar-II-Störung, andere näher bezeichnete Bipolare und verwandte Störung

D: Panikstörung

E: Agoraphobie

F: Soziale Angststörung (soziale Phobie)

G: Zwangsstörung

H: Posttraumatische Belastungsstörung

I: Alkoholkonsumstörung

J: Substanzkonsumstörung (kein Alkohol)

K: Psychotische Störungen, Major Depression mit psychotischen Symptomen, Bipolar-I-Störung mit psychotischen Symptomen

N: Generalisierte Angststörung

O: Medizinische, organische Ursache oder Medikamente bzw. Substanzen als Ursache ausgeschlossen

In dieser klinischen Studie wird das M.I.N.I. zur Erfassung komorbider psychischer Erkrankungen sowie zur Überprüfung der Ausschlusskriterien (siehe unter 3.3) benutzt.

3.4.1.2 Hamilton Depression Rating Scale-17 (HAMD-17)

Die HAMD-17 (Hamilton Depression Rating Scale-17) ist ein international weit verbreitetes Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression (Hamilton, 1960).

Die HAMD-17 Skala besteht aus 17 folgenden Items: depressive Stimmung, Schuldgefühl, Suizid, Einschlafstörung, Durchschlafstörung, Schlafstörungen am Morgen, Arbeit und sonstige Tätigkeiten, Depressive Hemmung, Erregung, Angst – psychisch, Angst – somatisch, körperliche Symptome – gastrointestinale, körperliche Symptome – allgemeine, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust sowie Krankheitseinsicht. Die Schwere depressiver Symptome wird auf einer drei- oder fünfstufigen Skala eingeschätzt, wobei die Mehrzahl der Items durch typische Symptomausprägungen charakterisiert sind, während die restlichen Items lediglich eine quantitative Intensitätsskala vorgeben. Zur Bewertung der Skala werden die Itemwerte zu einem Gesamtwert addiert, dabei variieren die Summenwerte zwischen 0 und 52 (Weyer, 2015).

Die derzeit aktuelle Nationale VersorgungsLeitlinie zur unipolaren Depression (BÄK et al., 2022) verwendet für die HAMD-17 folgende Cut-Off-Werte:

- ≤ 8 : keine Depression bzw. klinisch unauffällig oder remittiert
- 9-16: leichtes depressives Syndrom
- 17-24: mittelgradiges depressives Syndrom
- ≥ 25 : schweres depressives Syndrom

Die Probanden unserer Studie müssen zum Beginn einen Cut-Off-Wert von ≥ 17 , entsprechend einem mittelgradigen depressiven Syndrom haben, um in die Studie eingeschlossen zu werden (siehe Einschlusskriterien unter 3.2.1).

3.4.1.3 Inventar Depressiver Symptome (IDS)

Das Inventar Depressiver Symptome (IDS) (Rush et al., 1986, Drieling et al., 2007) ist ein Verfahren zur Erfassung der Schwere von depressiven Symptomen. Es gibt zwei Versionen des Inventars, eine Fremd- (IDS-C) und eine Selbstbeurteilungsversion (IDS-SR). In dieser klinischen Studie wird das IDS in der Selbstbeurteilungsversion (IDS-SR) verwendet.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 30 Items. Bei jedem Item sucht der Patient eine von vier Aussagen aus, welche in den letzten 7 Tagen am ehesten seiner Symptomatik entsprochen hat. Die Items beziehen sich auf verschiedene Bereiche depressiver Symptome. Zu den Bereichen gehören: Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen, Schlafdauer, Traurige Stimmung/Niedergeschlagenheit, gereizte Stimmung, Ängstlichkeit/Anspannung, Auslenkbarkeit der Stimmung, Tagesschwankungen, Stimmungsqualität, Appetitverlust oder Appetitsteigerung, Gewichtsverlust oder Gewichtssteigerung, Konzentration und

Entscheidungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Zukunftserwartung, Gedanken an den Tod/Suizid, allgemeine Interessen, Energieniveau, Genuss/Freude (außer sexuelle Aktivität), Sexuelles Interesse, Verlangsamung, Gefühl der Ruhelosigkeit, körperliche Beschwerden, vegetative Beschwerden, Panik/Angstanfälle, Magen-/Darmbeschwerden, Zwischenmenschliche Empfindsamkeit, körperliches Schweregefühl.

Aus der Summe der Punkte ergibt sich der Schweregrad einer Depression. Ein Cut-Off-Wert von ≥ 18 (IDS-SR) deutet auf eine klinisch relevante depressive Symptomatik hin (Rush et al., 1986).

3.4.1.4 Clinical Global Impression (CGI)

Der Clinical Global Impression (CGI) (Guy, 1976) dient der Erfassung der globalen Erkrankung auf einer Skala von 1 bis 7 mit folgender Unterteilung (1 = Patient ist überhaupt nicht krank, 7 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken) sowie zur Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Beginn der Studie, welche ebenfalls auf einer Skala von 1 bis 7 erfasst wird (1 = Zustand ist sehr viel besser, 7 = Zustand ist sehr viel schlechter).

3.4.2 Neuropsychologische Testverfahren

Im Folgenden werden die im Rahmen der durchgeführten neuropsychologischen Testungen erläutert.

3.4.2.1 Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT-B)

Mit dem Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT-B) (Lehrl, 2005) wird das allgemeine Intelligenzniveau der Patienten erhoben. Das ist wichtig, da viele Testleistungen intelligenzabhängig sind. 1952 wurden an einer für die Bundesrepublik repräsentativen Zufallsstichprobe von 20- bis 64-jährigen die Normwerte des MWT-B erhoben. Bei über 64-jährigen sind keine Änderungen der Werte zu erwarten (Lehrl, 2005).

Der Test besteht aus 37 Zeilen mit jeweils 5 Wörtern. In jeder Zeile steht nach dem Mehrfachwahl-Prinzip ein umgangs-, bildungs- oder wissenschaftlich bekanntes Wort unter vier fiktiven Neukonstruktionen. Die Items sind nach dem Schwierigkeitsgrad angeordnet.

Beispiel (Ausschnitt):

5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge

6. sziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial

14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium

Der Testperson wird die Aufgabe gestellt, das jeweils „richtige“ Wort herauszufinden und es durchzustreichen. Für jedes richtig durchgestrichene Wort, gibt es einen Punkt. Die Punkte werden am Ende zusammengezählt. Die jeweilige Anzahl an Punkten wird im Anschluss entsprechende einer Normentabelle für IQ-Punkte und Standartwerte wie folgt zugeordnet:

Tabelle 1: Normentabelle für IQ-Punkte und Standartwerte des (MWT-B) (Lehrl, 2005)

Gesamtpunktzahl	Intelligenzstufe	IQ
0 – 5	Sehr niedrige Intelligenz	Bis 72
6 – 20	Niedrige Intelligenz	73 – 90
21 – 30	Durchschnittliche Intelligenz	91 – 109
31 – 33	Hohe Intelligenz	110 – 127
34 – 37	Sehr hohe Intelligenz	128 und höher

3.4.2.2 Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST), in der Originalversion Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), ist ein klinisches Screeningverfahren zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit bzw. kognitiven Beeinträchtigung von Patienten. Die deutschsprachige Fassung des MMST von Kessler, Denzler und Markowitsch (Kessler et al., 1990) ist eng an das Original gekoppelt. Die Durchführung erfolgt als Interview und orientiert sich an einer klinischen Untersuchung mit alltagsnahen Fragen und Leistungsproben, die an die Kooperationsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Patienten keine hohen Anforderungen stellen. Es ist eine Durchführungsdauer von 5-10min vorgesehen; eine zeitliche Beschränkung ist jedoch nicht vorgesehen. Der MMST umfasst 11 Aufgaben die 5 Bereichen zugeordnet sind:

- (1) „Orientierung“ (zeitlich und räumlich),
- (2) „Merkfähigkeit“ (drei Wörter lernen),
- (3) „Aufmerksamkeit und Rechnen“ (serielles subtrahieren oder Rückwärtsbuchstabieren),
- (4) „Erinnern“ (die drei zuvor gelernten Wörter reproduzieren)
- (5) „Sprache“ (Benennen, Wiederholen, Dreiteiliger Befehl, Reagieren, Schreiben, Abzeichnen).

Für jede richtige (Teil-)Antwort bzw. korrekte Ausführung der Aufgabe wird ein Punkt vergeben. Erreicht werden können maximal 30 Punkte. Als Cut-Off-Werte kognitiver Beeinträchtigung werden 23 bzw. 24 Punkte angegeben. Tombaugh und McIntyre schlagen für die Interpretation folgende Klassifizierung vor (Tombaugh and McIntyre, 1992):

- 24 – 30 Punkte - keine kognitive Beeinträchtigung
- 18 – 23 Punkte - leichte kognitive Beeinträchtigung
- 0 – 17 Punkte - schwere kognitive Beeinträchtigung

3.4.2.3 Deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF)

Der AMI (Autobiographic Memory Interview) wurde zur Beurteilung einer möglichen retrograden Amnesie im autobiographischen Gedächtnisses entwickelt (Kopelman et al., 1989). In dieser Studie wird die Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interviews (AMI-SF) verwendet (McElhiney et al., 2001). Um bei dieser Studie eine deutsche Version des AMI-SF benutzen zu können, wurde der AMI-SF von einem akkreditierten Übersetzungsbüro vom Englischen ins Deutsche und wieder zurück ins Englische übersetzt.

Das AMI-SF und so auch das D-AMI-SF besteht aus 6 Abschnitten, von welchem jeder Abschnitt ein bestimmtes Ereignis oder eine bestimmte Erfahrung, welche überwiegend innerhalb des letzten Jahres aufgetreten ist, des Probanden erfragt wird. Die 6 Abschnitte beziehen sich auf:

- 1) Familienmitglied:
Fragen zu einem/einer Verwandten, der/die dem Patienten am wichtigsten ist, der/die aber nicht mit ihm/ihr zusammenwohnt.
- 2) Reise:
Fragen über die letzte Reise (mehr als 150 km von zu Hause entfernt und mindestens eine Übernachtung) (vor Teilnahme an der Studie).
- 3) Sylvester:
Fragen zu letztem Sylvester (vor Teilnahme an der Studie).
- 4) Geburtstag:
Fragen zum letzten Geburtstag (vor Teilnahme an der Studie).
- 5) Arbeit:
Fragen zum letzten Arbeitsplatz (vor Teilnahme an der Studie).
- 6) Organische Beschwerden:
Fragen zum letzten Arzttermin aufgrund körperlicher Beschwerden (vor Teilnahme an der Studie).

Das Interview wird in dieser Studie einmal zum Anfang (Prä-Test als Baseline) sowie nach 6 Wochen als Post-Test wiederholt. Hierbei wird das Manual für die Durchführung und Auswertung des AMI-SF von McElhiney befolgt (McElhiney et al., 2001). Zur Auswertung werden gemeinsame Merkmale der Fragen in fünf Kategorien zusammengefasst, welche jeweils leicht unterschiedliche Bewertungsregeln haben:

- Name/Ort
- Datum/Anzahl
- Adressangaben

-
- Aufzählungen
 - Beschreibung

Die Angaben aus dem Prä-Test erhalten hierbei je nach Vollständigkeit einen Wert von 0 oder 2 (0 = Ereignis/Erfahrung konnte nicht erinnert werden; 2 = ausreichende Erinnerung an das Ereignis/Erfahrung liegt vor). Bei dem Post-Test werden den Antworten Werte von 0, 1 oder 2 zugeteilt (0 = Ereignis/Erfahrung konnte nicht wiedergegeben werden; 1 = Ereignis/Erfahrung wurde teilweise wiedergegeben; 2 = Ereignis/Erfahrung wurde wie im Prä-Test wiedergegeben). Dabei ist zu beachten, dass jedes beim Post-Test neu genannte Bestandteil ignoriert wird.

Die Punkte aus den 6 Abschnitten beim Prä-Test werden addiert und mit der Summe der Post-Test Punkte verglichen. Die Summe der Post-Test Punkte wird durch die Summe der Prä-Test Punkte dividiert und mit 100 multipliziert. Daraus ergibt sich ein Amnesie-Score in Form von Perzentilen (McElhiney et al., 2001).

$$\frac{\Sigma PostTest}{\Sigma PräTest} \times 100 = Amnesiescore$$

Je kleiner der Amnesiescore, desto größer ist der Unterschied im autobiografischen Gedächtnis zwischen der Prä- und Post-Testung. Ein Amnesie-Score von 100% bedeutet, dass die Antworten der Prä- und Post-Testung gleichwertig waren, während ein Amnesie-Score von 50% bedeutet, dass nur die Hälfte der im Prä-Test gemachten Angaben im Post-Test wiedergegeben werden konnten. Eine klinisch relevante retrograde Amnesie ist laut Sackheim definiert als ein Amnesiescore, welcher mehr als zwei Standardabweichungen (SD) unter dem Durchschnittswert der getesteten Patienten liegt (Sackheim, 2014).

3.4.2.4 Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My)

Die globale Selbsteinschätzungsskala ist ein Verfahren, welches die persönlichen Erwartungen hinsichtlich der wahrscheinlichen Auswirkung der Behandlung auf das Gedächtnis misst. Es handelt sich um eine Likert-Skala (Berman et al., 2008) mit Werten von 1-7, wobei 1 einen „extrem negativen Effekt“, 4 „keine Änderung“ und 7 einen „extrem positiven Effekt“ darstellt. In der Post-Testung nach 6 Wochen wird der Proband erneut einschätzen, wie er denkt, dass die Behandlung sein Gedächtnis beeinflusst hat. Auf diese Weise wird die subjektive Einschätzung von kognitiven Störungen aufgezeigt.

3.5 Vergleichsstudie von M. Semkovska und T. O'Grady, 2017

Um zu überprüfen, ob unsere erzielten Ergebnisse der deutschen Übersetzung des D-AMI-SF praktikabel sind, werden wir diese mit einer Studie von Semkovska und O'Grady, 2017 (Semkovska and O'Grady, 2017) vergleichen. Das Ziel der Studie von Semkovska und O'Grady war die Quantifizierung der autobiografischen retrograden Amnesie, die direkt auf die Wirkung der EKT zurückzuführen ist, unabhängig von gesunden oder Depressionsassoziierten Veränderungen des autobiografischen Gedächtnisses. In dem Studiendesign wurden 19 stationäre Patienten mit schweren Depressionen eingeschlossen, die nicht mit EKT behandelt wurden. Zur Testung des autobiografischen Gedächtnisses wurde der AMI-SF und zur Prüfung der Depressionsschwere der HAMD-24 benutzt. Es erfolgte eine Prä- und eine Post-Testung in einem Abstand von 6 Wochen.

Die Ergebnisse des AMI-SF in der Semkovska und O'Grady-Studie wurden in drei verschiedene Komponenten unterteilt (semantische Komponente, erweiterte episodische Komponente und spezifische episodische Komponente). In unserer Studie wird zwischen den verschiedenen Komponenten des Gedächtnisses nicht unterschieden, sodass zwecks besserer Vergleichbarkeit die drei verschiedenen Komponenten aus der Semkovska und O'Grady -Studie zusammengeführt wurden.

Die Patienten der Semkovska und O'Grady -Studie erreichten im Schnitt einen AMI-SF Prä-Wert von 42.1 Punkten und im Post-Wert von 33.8 Punkten, was einen Unterschied von 8.3 Punkten ergab. Der Amnesie Score der Patienten beträgt somit 80.2%. In der Testung mit HAMD-24 erreichten die Patienten in der Prä-Testung im Durchschnitt einen Wert von 31.2 und in der Post-Testung einen Wert von 19.

3.6 Zeitlicher Ablauf der Studie

Die Rekrutierung und Datenerhebung hat von Februar 2021 bis Februar 2022 stattgefunden. Nach Einholung der Unterschrift zur Teilnahmeerklärung wurden die Prä-Testungen als Basisdokumentation (Baseline) erfasst, sowie die Psychometrie und neuropsychologische Testverfahren mit dem Patienten durchgeführt. Nach 6 Wochen erfolgte eine Post-Testung. Abbildung 3 stellt das Studiendesign graphisch dar.

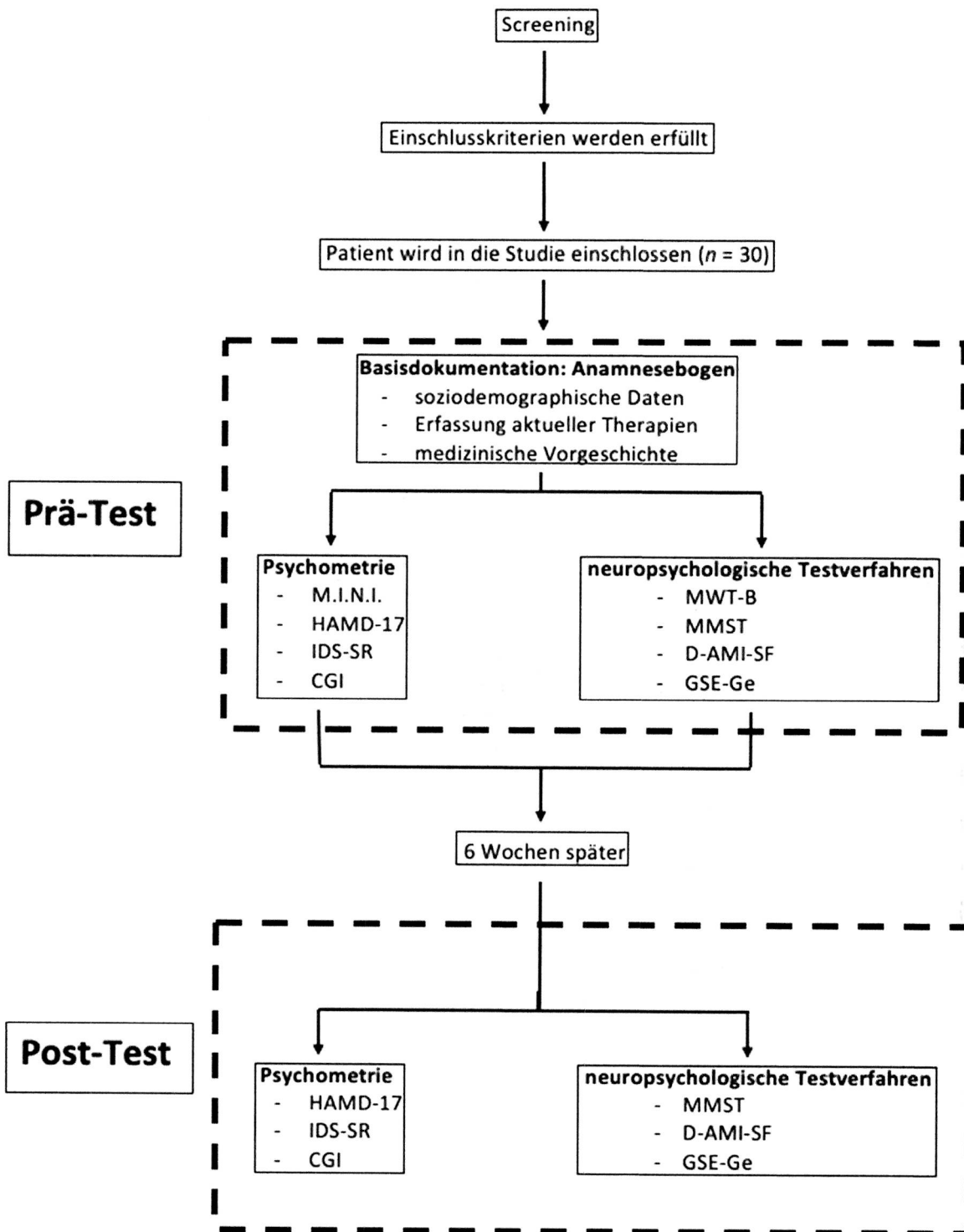


Abbildung 3: Graphische Darstellung des Studiendesigns. n = Anzahl der Patienten; M.I.N.I., Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview; MWT-B, Mehrfach-Wortschatz-Test; HAMD-17, Hamilton Depression Rating Scale-17; IDS-SR, Selbstbeurteilung des Inventars Depressiver Symptome-; MMST, Mini-Mental-Status-Test; D-AMI-SF, deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview; GSE-My, Global Self-Evaluation-Memory; CGI, Clinical Global Impression

3.7 Statistische Verfahren

Als statistische Beraterin für die klinische Machbarkeitsstudie fungierte Frau Annekathrin Ludt, M.Sc., vom Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz.

Sämtliche statistische Auswertung und graphische Darstellung der anonymisierten Daten erfolgte mittels des Statistik Programmes Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 28, sowie mittels Microsoft Word, Version 16.16.27.

Die erhobenen Testdaten wurden für die weitere Analyse gemittelt und die Standardabweichung bestimmt. Darüber hinaus wurden die erhobenen Testdaten mittels t-test auf Signifikanz geprüft. Es wurde ein Signifikanzniveau von 5 % gewählt. Das bedeutet, dass das Ergebnis bei einem p-Wert von $\leq 0,05$ als signifikant bezeichnet wurde.

Die grafische Darstellung der Ergebnisse der jeweiligen Testungen erfolgte in Boxplot-Diagrammen im direkten prä-Test und post-Test Vergleich. Darüber hinaus wurden die erhobenen Testdaten der Prä- und Posttestungen mittels t-test auf Signifikanz geprüft.

Der Amnesie-Score wurde mittels der Formel „ $(\sum \text{PostTest} / \sum \text{PräTest}) \times 100 = \text{Amnesiescore}$ “ berechnet und die Ergebnisse in einer Standardverteilung veranschaulicht.

Zur besseren internationalen Vergleichbarkeit wurden Dezimalzahlen in englischer Schreibweise, d.h. jeweils mit einem Punkt getrennt, dargestellt.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenerhebung präsentiert. Es werden soziodemographische und klinische Daten der Patienten sowie die Resultate der klinischen und neuropsychologischen Tests beschrieben.

4.1 Soziodemographische und klinische Daten der Patienten

Im Studienzeitraum von Februar 2021 bis Februar 2022 wurden 30 depressive Probanden aus dem ambulanten, teilstationären und vollstationären Setting der Rheinhessen-Fachklinik Alzey rekrutiert. Alle 30 Probanden mit Depression, welche die Einschlusskriterien erfüllten, haben an der Prä- und an der Post-Testung teilgenommen.

Von den 30 eingeschlossenen Probanden waren 20 weiblich (66.7%) und 10 männlich (33.3%) (s. Tabelle 2). Das mittlere Alter der weiblichen Teilnehmer lag bei 45.5 (SD \pm 17) Jahren, das mittlere Alter der männlichen Teilnehmer bei 42 (SD \pm 19) Jahren. Der jüngste Proband war 18 Jahre und der älteste Proband 74 Jahre alt.

Das Alter der Erstdiagnose der depressiven Störung lag im Mittel bei 35.2 (SD ± 9) Jahren (s. Tabelle 2). Die Länge der aktuellen Episode betrug im Mittel 11.3 (SD ± 11) Monate. Es war im Mittel der zweite stationäre Aufenthalt für die Patienten in einer psychiatrischen Klinik. 76.7% der Patienten hatten bereits Erfahrung mit Psychotherapie und 63.3% hatten eine positive Familienanamnese in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen. Die Hälfte (genau 50%) der Patienten hat die Frage nach Suizidgedanken oder Suizidversuchen mit „Ja“ beantwortet. Zum Beginn der Studie (Zeitpunkt Prä-Testung) nahmen 66.7% der Patienten eine antidepressive Medikation ein, während zum Ende der Studie (Zeitpunkt Post-Testung) 80% der Patienten eine antidepressive Medikation erhielt. Tabelle 2 bietet eine Übersicht über die soziodemographischen und klinischen Daten der Patienten.

Tabelle 2: Soziodemographische und klinische Daten der 30 Patienten

Variabel	Mittelwert
Geschlecht (n, weiblich)	20
Alter (in Jahren)	44.3 (SD ± 18)
Alter zu Beginn der Depression (in Jahren)	35.2 (SD ± 9)
Länge aktuelle depressive Episode (in Monaten)	11.3 (SD ± 11)
Anzahl stationärer Aufenthalte	2 (SD ± 2)
Psychotherapie in der Vergangenheit (% positiv)	76.7
Suizidalität (% positiv)	50
Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen (% positiv)	63.3
Antidepressiva bei Studienbeginn (% positiv)	66.7
Antidepressiva bei Studienende (% positiv)	80
kombidi psychiatrische Erkrankungen (n (%))	keine: 9 (30%) PTBS: 3 (10%) Zwangsstörung: 1 (3.3%) Angststörung: 17 (56.7%)
Familienstand (n (%))	ledig: 11 (36.7%) in Partnerschaft: 1 (3.3%) verheiratet: 11 (36.7%) geschieden: 5 (6.7%) verwitwet: 2 (16.7%)
Höchster Schulabschluss (n (%))	Abitur: 5 (16.7%) Fachhochschulreife: 6 (20%) Mittlerer Schulabschluss: 10 (33.3%) Hauptschulabschluss: 9 (30%)
Berufliche Ausbildung (n (%))	Ja: 17 (56.7%) Nein: 13 (43.3%)
Erwerbsstatus (n (%))	angestellt: 15 (50%) selbstständig: 1 (3.3%) Rente: 3 (10%) arbeitslos/arbeitssuchend: 10 (33.3%)
Wohnsituation (n (%))	Hausfrau: 1 (3.3%) zur Miete: 14 (46.7%) eigenes Haus/Wohnung: 11 (36.7%) im Elternhaus: 5 (16.7%)
Intelligenzniveau (gemessen mit MWT-B) (n (%))	sehr niedrige Intelligenz (IQ bis 72): 0 niedrige Intelligenz (IQ 73-90): 2 (6.7%) durchschnittliche Intelligenz (IQ 91-109): 20 (66.7%) hohe Intelligenz (IQ 110-127): 7 (23.3%) sehr hohe Intelligenz (ab IQ 128): 1 (3.3%)

SD, Standardabweichung; n, Anzahl der Patienten; MWT-B, Mehrfach-Wortschatz-Test-B.

4.2 Ergebnisse der Testungen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der durchgeführten Testungen beschrieben. Die Prä- und Post-Testungen werden zur besseren Vergleichbarkeit in einer Abbildung dargestellt.

4.2.1 Hamilton Depression Rating Scale-17 (HAMD-17)

Die HAMD-17 Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 21 (SD \pm 3). Nach 6 Wochen Behandlung (Post-Test) betrug der durchschnittliche HAMD-17 Wert 12.3 (SD \pm 5). Dies wird in Abbildung 4 dargestellt.

Dabei entspricht der Durchschnittswert der Prä-Testung einem mittelgradigen depressiven Syndrom, während der Durchschnittswert der Post-Testung einem leichten depressiven Syndrom entspricht. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 8.7 (SD \pm 6) mit einem $p < 0,001$.

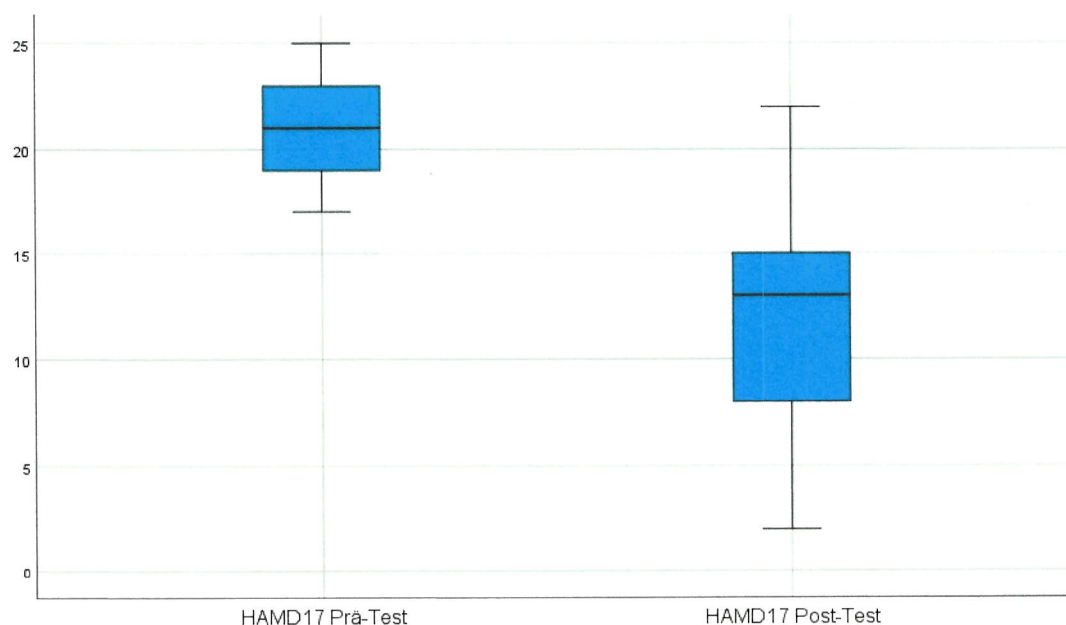


Abbildung 4: HAMD-17 Werte im Prä-Post-Vergleich. HAMD-17, Hamilton Depression Rating Scale-17; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung; Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

4.2.2 Inventar Depressiver Symptome (IDS)-SR

Die IDS-SR-Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 43.5 (SD \pm 11). Nach 6 Wochen Behandlung (Post-Test) betrug der durchschnittliche IDS-SR-Wert 32.4 (SD \pm 11). Dies wird in Abbildung 5 dargestellt.

Sowohl der Durchschnittswert der Prä-Testung als auch der Post-Testung ist über dem Cut-Off-Wert von ≥ 18 , was auf eine klinisch relevante depressive Symptomatik hinweist. In der Auswertung sind drei Ausreißer zu beobachten: In der Post-Testung zeigen zwei Patienten einen IDS-SR-Wert unter dem Cut-Off-Wert von ≥ 18 mit 10 und 12 Punkten. Ein Patient zeigt einen Wert von 18 Punkten, was genau der Cut-Off-Wert zur klinisch relevanten depressiven Symptomatik entspricht. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 11.1 (SD \pm 8) mit einem $p < 0,001$.

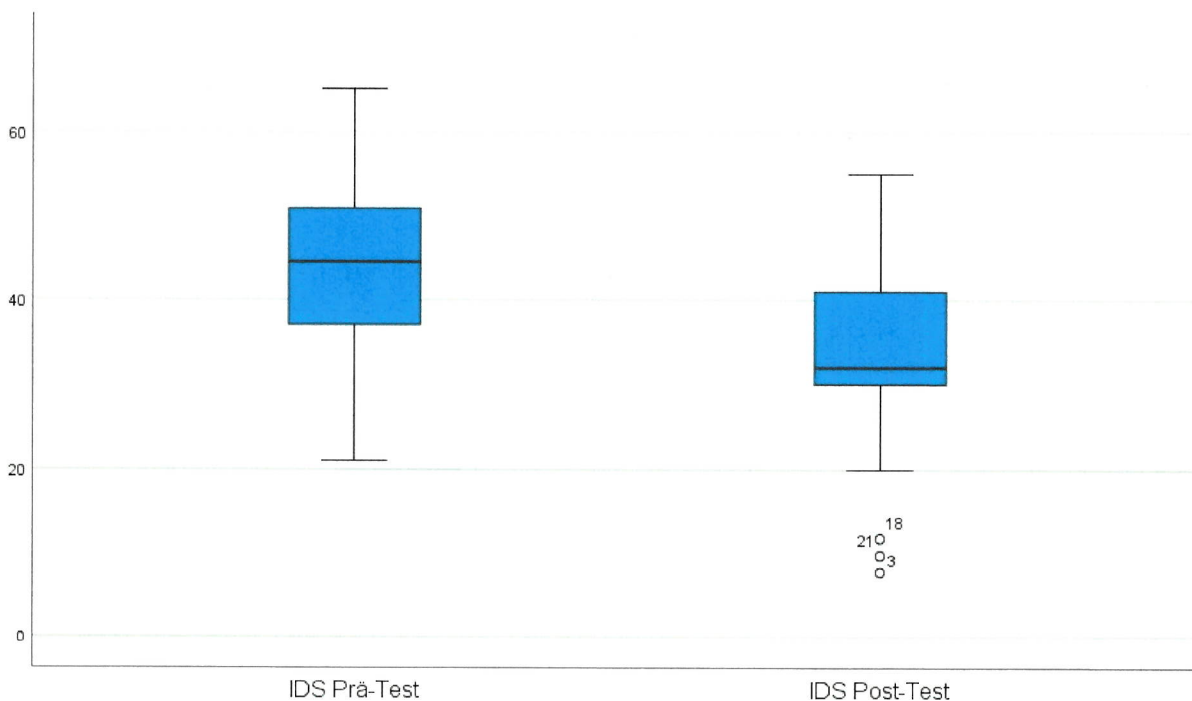


Abbildung 5: IDS-SR-Werte im Prä-Post-Vergleich. IDS-SR, Selbstbeurteilung des Inventars Depressiver Symptome; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung; Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

4.2.3 Clinical Global Impression (CGI)

Die CGI-Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 4.4 (SD \pm 1). Nach 6 Wochen Behandlung (Post-Test) betrug der durchschnittliche CGI-Wert 3.7 (SD \pm 1). Dies wird in Abbildung 6 dargestellt.

Dabei bedeutet ein Wert von 3, dass der Patient nur leicht krank ist, ein Wert von 4, dass der Patient mäßig krank ist und ein Wert von 5, dass der Patient deutlich krank ist. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 0.7 (SD \pm 1) mit einem $p < 0,001$.

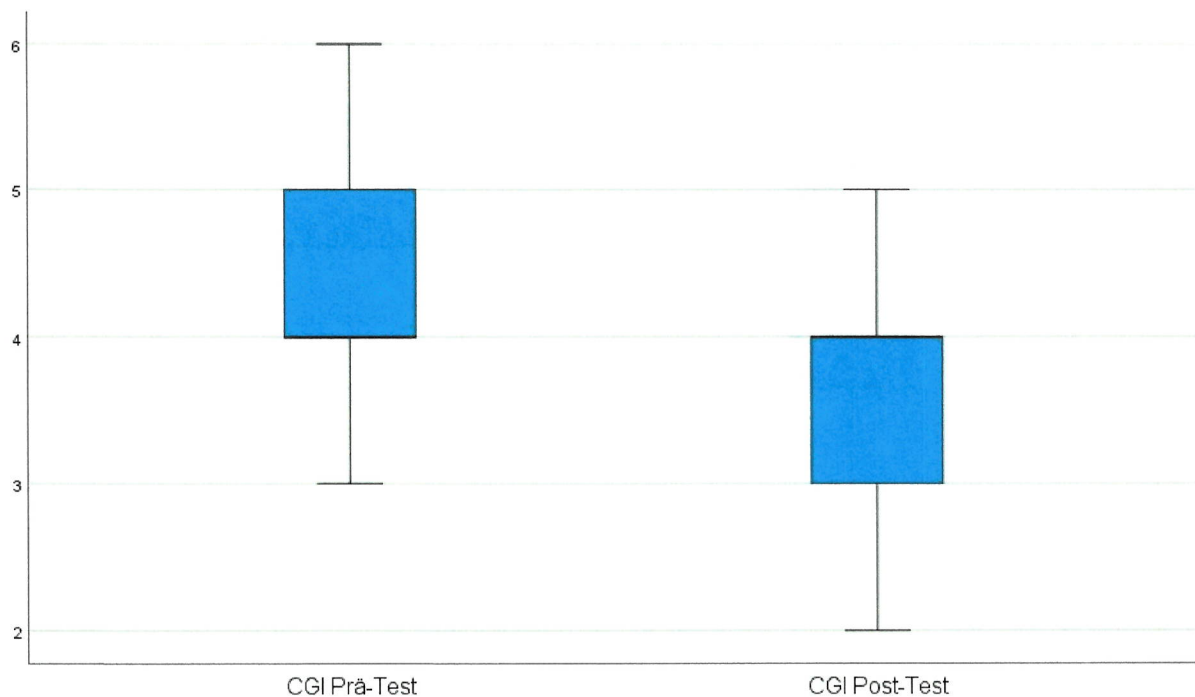


Abbildung 6: CGI-Werte im Prä-Post-Vergleich. CGI, Clinical Global Impression; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung; Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

4.2.4 Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Die MMST-Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 28.8 (SD \pm 1). Nach 6 Wochen Behandlung (Post-Test) betrug der durchschnittliche MMST-Wert 29.1 (SD \pm 1). Dies wird in Abbildung 8 dargestellt.

In der Auswertung sind fünf Ausreißer zu beobachten: In der Post-Testung zeigen drei Patienten einen MMST- Wert von 27 und zwei Patienten einen MMST- Wert von 26. Es ergibt sich ein Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 0.3 (SD \pm 1). Dieser ist mit einem $p = 0,379$ nicht signifikant.

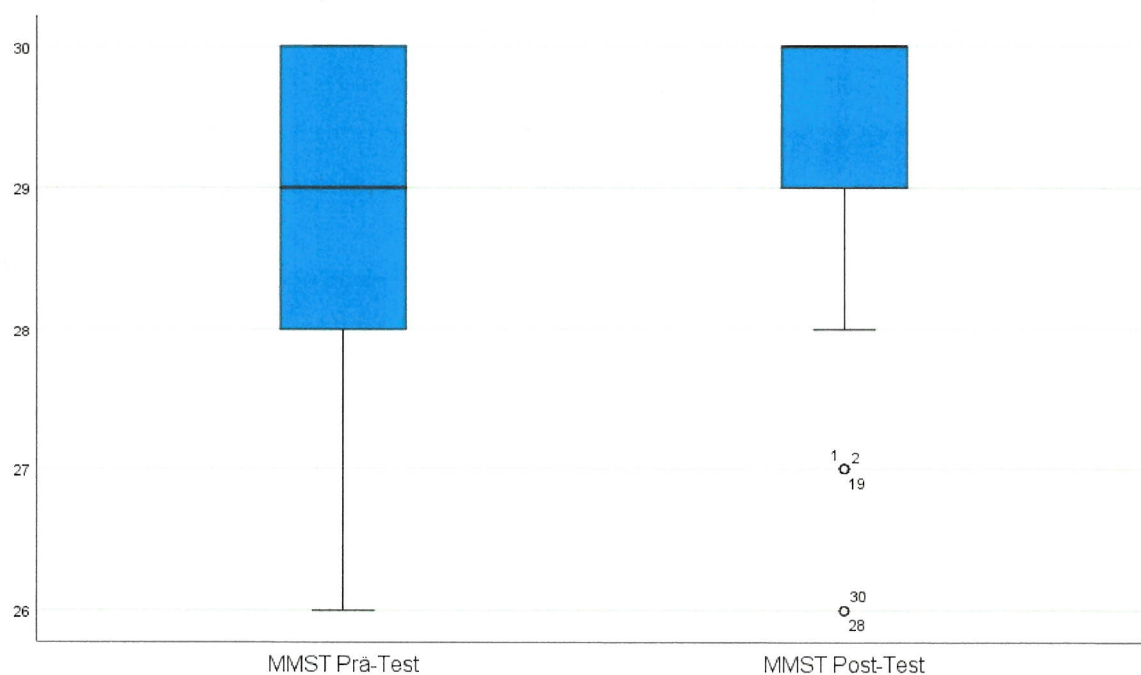


Abbildung 7: MMST-Werte im Prä-Post-Vergleich. MMST, Mini-Mental-Status-Test; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung; Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

4.2.5 Deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF)

Die D-AMI-SF-Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 54.1 (SD \pm 3). Nach 6 Wochen Behandlung der Depression (Post-Test) betrug der durchschnittliche D-AMI-SF Wert 47.7 (SD \pm 6). Dies wird in Abbildung 8 dargestellt.

In der Post-Testung ist 1 Ausreißer mit einem D-AMI-SF- Wert von 25 Punkten zu beobachten. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 6.4 (SD \pm 6) mit einem $p < 0,001$.

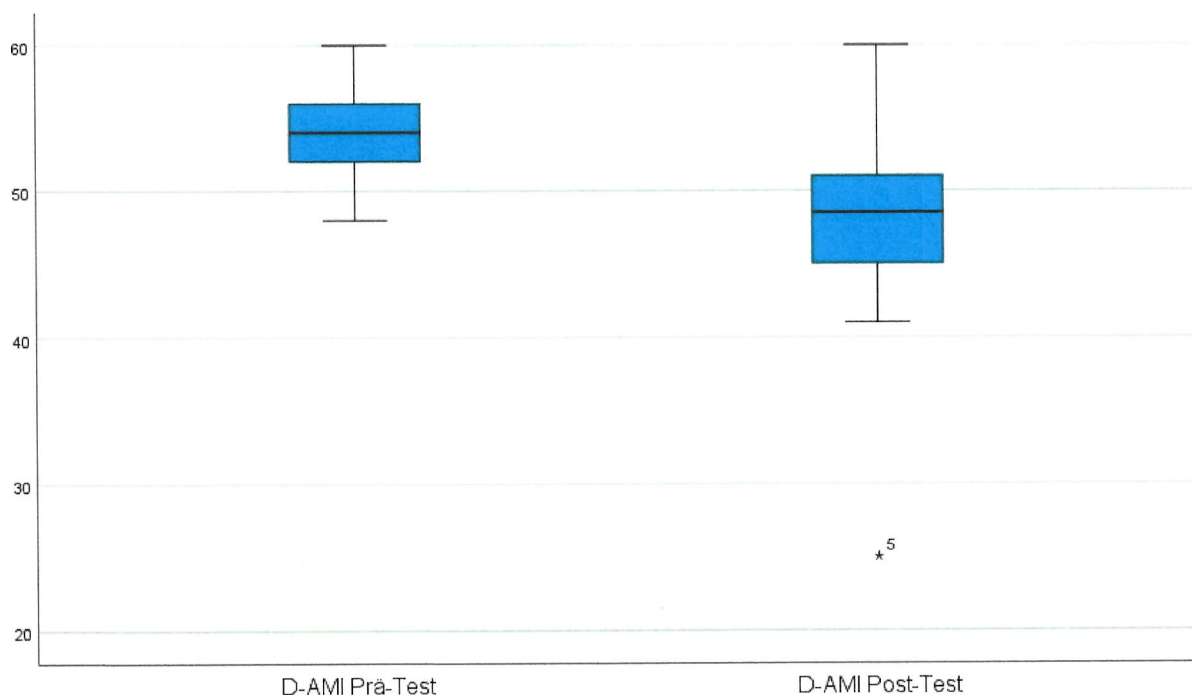


Abbildung 8: D-AMI-SF Werte im Prä-Post-Vergleich. D-AMI-SF, deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung; Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

Der Amnesie-Score betrug durchschnittlich 88.2% (SD \pm 11). Dies wird in Abbildung 9 dargestellt. Hier zeigt die Standardverteilung des Amnesie-Score 3 Ausreißer mit einem Wert von 70.7%, 70.7% sowie 48.1%. In Abbildung 9 ist die Standardverteilung des Amnesie-Scores dieser Studie dargestellt.

Die deutsche Übersetzung des AMI-SF zeigte sich insgesamt als gut durchführbar. Die Fragen waren für die Patienten leicht verständlich. Die durchschnittliche Dauer den D-AMI-SF durchzuführen betrug ca. 25 Minuten.

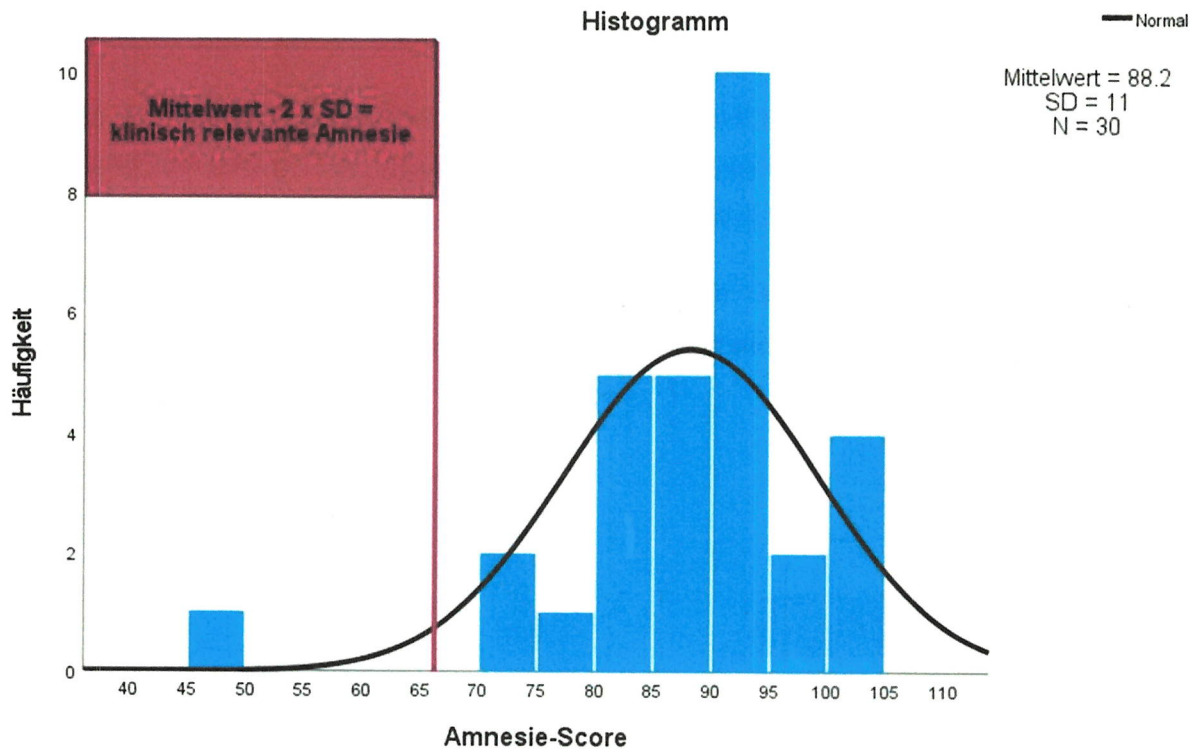


Abbildung 9: Amnesie-Score errechnet mit dem D-AMI-SF. SD, Standardabweichung; n, Anzahl Patienten.

4.2.6 Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My)

Die GSE-My Werte bei Studienbeginn (Prä-Test) lagen im Durchschnitt bei 4.9 (SD \pm 1). Nach 6 Wochen Behandlung (Post-Test) betrug der durchschnittliche GSE-My Wert 4.7 (SD \pm 1). Dies wird in Abbildung 10 dargestellt.

Ein Wert von 4 bedeutet in unserer Studie dabei, dass der Patient während der 6 Wochen zwischen der Prä- und Post-Testung keine Änderung seines Gedächtnisses erwartet. Ein Wert von 5 bedeutet, dass der Patient einen positiven Effekt der 6-wöchigen Behandlung auf das Gedächtnis erwartet.

Es zeigt sich ein Unterschied zwischen Prä- und Post-Testung von 0.2 (SD \pm 1). Dieser ist nicht signifikant ($p = 0,315$).

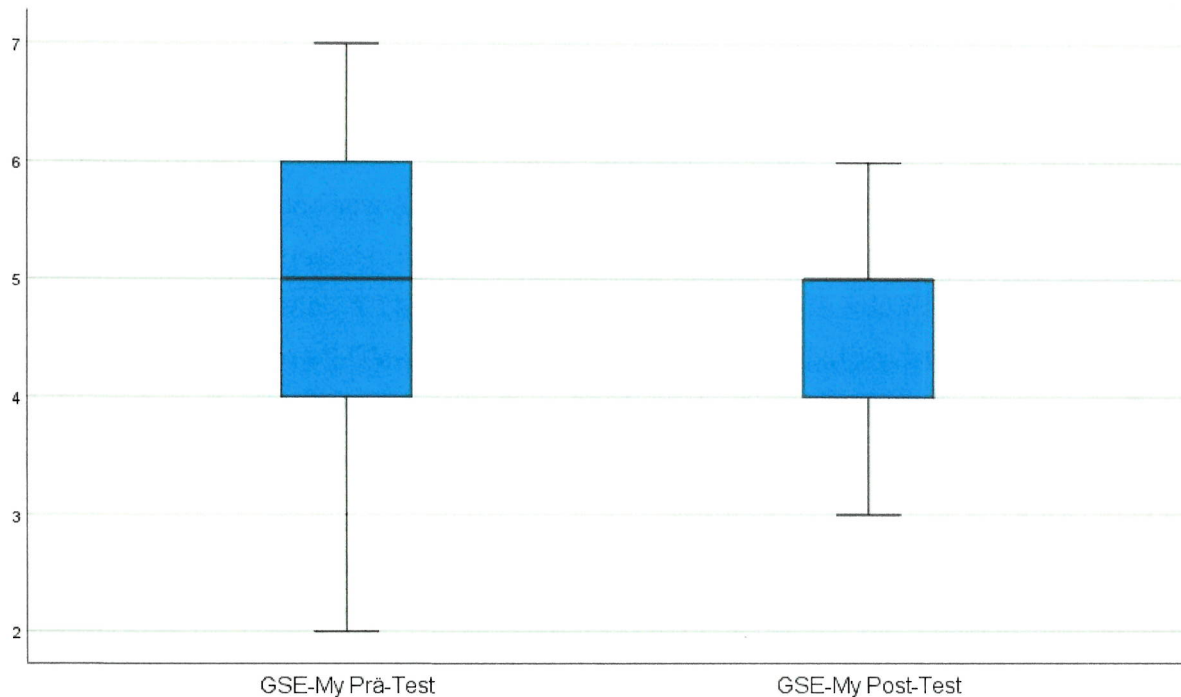


Abbildung 10: GSE-My Werte im Prä-Post-Vergleich. GSE-My, Global Self-Evaluation-Memory; Prä, zum Zeitpunkt der Prä-Testung, Post, zum Zeitpunkt der Post-Testung 6 Wochen nach der Prä-Testung.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse und Vergleich mit bestehender Literatur

Die in unserer Studie erhobenen Ergebnisse zeigen eine signifikante Verschlechterung im autobiographischen Gedächtnis gemessen mit dem D-AMI-SF im Verlauf von 6 Wochen hin bei Patienten mit einer Depression. Der Amnesiescore beträgt 88.2 (SD±11), was bedeutet, dass die Patienten im Schnitt nach 6 Wochen noch 88.2%, ihrer zuvor gemachten Angaben, richtig wiedergeben konnten. Wir verwendeten in unserer Studie die Definition eines klinisch relevanten Amnesiescores von mehr als zwei SD unter dem Durchschnittswert der getesteten Patienten (Sackeim, 2014). Dies bedeutet in unserer Studie, dass ein Amnesiescore unter 66.2% auf eine klinisch relevante Amnesie hindeutet, was nur bei einem der 30 getesteten Patienten der Fall war (Amnesiescore von 48.1%).

Anhand der in unserer Studie gewonnenen Ergebnisse, kann man sagen, dass die Depressionsschwere der Patienten im Verlauf der 6 Wochen Behandlung signifikant abgenommen hat. Im Verlauf der 6 Wochen zeigte sich im CGI eine sehr geringe Besserung des klinischen Zustandes der Patienten. Die Erwartungen hinsichtlich der Auswirkung der Behandlung auf das Gedächtnis haben sich im Verlauf der 6 Wochen nicht verändert.

Die Ergebnisse unserer Studie lassen sich mit der Studie von Semkovska und O'Grady, 2017 (Semkovska and O'Grady, 2017) aufgrund eines sehr ähnlichen Studiendesigns gut vergleichen. Die Stichprobengröße in unserer Studie (n = 30) war höher als bei Semkovska und O'Grady (n = 19). Das Durchschnittsalter der Patienten ist in unserer Studie (44.33 Jahre) geringer als in der Studie von Semkovska und O'Grady (47.2 Jahre). Die Patienten der Semkovska und O'Grady-Studie waren gemessen mit dem HAMD-24 schwer depressiv in der Prä-Testung und mittelgradig depressiv in der Post-Testung, während die Patienten unserer Studie in der Prä-Testung mittelgradig depressiv waren und in der Post-Testung gemessen mit dem HAMD-17 leicht depressiv waren.

In Bezug auf den D-AMI-SF bzw. AMI-SF zeigen beide Patientengruppen, sowohl die unserer Studie als auch die Patienten der Studie von Semkovska und O'Grady, Erinnerungsschwierigkeiten bei der Post-Testung. Der Amnesiescore beträgt in unserer Studie 88.2 während dieser in der Semkovska und O'Grady Studie bei 80.2 liegt.

Wie bereits Semkovska und O'Grady (Semkovska and O'Grady, 2017) berichten, ist jedoch auch die Depressionsschwere ein entscheidender Faktor für die kognitive Leistung. Diesbezüglich haben die Patienten in der Semkovska und O'Grady- Studie einen höheren HAMD-24-Wert, was auf eine schwerwiegendere Depression hindeuten könnte und somit den niedrigeren Amnesiescore erklären könnte.

5.2 Durchführbarkeit und Limitationen des D-AMI- SF

Die deutsche Übersetzung des AMI-SF ist gut durchführbar. Die Fragen sind für die Patienten leicht verständlich formuliert. Als Rater ist es wichtig mit der Durchführung, Bewertung und Interpretation des Tests vertraut zu sein. Eine mangelnde Kenntnis kann zu Fehlern, vor allem in der Bewertung und der Interpretation, führen. So ist es zum Beispiel wichtig den Patienten bei einigen Fragen auf das korrekte Ereignis in der Frage hinzuweisen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn zwischen zwei Testungen der Patient bspw. Geburtstag hatte oder Neujahr lag. In solchen Fällen hat das bei den Patienten unserer Studie manchmal dazu geführt, dass sie sich unsicher waren, an welches Ereignis sie sich erinnern sollten. Es muss dann von dem Rater darauf hingewiesen werden, dass es sich immer um das Ereignis, das in der Prä-Testung genannt wurde, handelt.

Des Weiteren konnte in der Studie festgestellt werden, dass Fragen bspw. nach Telefonnummern selten zur Auswertung gezählt wurden, da heutzutage die meisten Telefonnummern überwiegend im Handy gespeichert sind und nicht mehr auswendig gewusst werden. Dies könnte ggf. in zukünftigen Anwendungen des D-AMI-SF berücksichtigt werden.

Dies führt jedoch nicht im Allgemeinen zu einer schlechteren Bewertung, da die Differenz der Prä- und Post-Testung ausschlaggebend für den Amnesiescore ist.

Ein wichtiger Punkt bei Wiederholungstests ist, dass die Patienten sich bei der zweiten Testung auf die Fragen vorbereiten könnten. Dies hat jedoch bei der Auswertung des D-AMI-SF keine negativen Auswirkungen. Es fließen lediglich teilweise oder vollständig wiedergegebene Ereignisse, welche bereits bei der Prä-Testung wiedergegeben wurden, in die Auswertung ein. Wenn sich der Patient bei der Post-Testung an ein Ereignis erinnert, welches bei der Prä-Testung nicht genannt wurde, so wird dies bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

5.3 Ausblick und weiterführende Überlegungen

Diese klinische Machbarkeitsstudie zur praktischen Anwendung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis Interviews (D-AMI-SF) mit depressiven Patienten ist unseres Wissens die erste Studie im deutschsprachigen Raum. Weitere Studien sind notwendig, um die Qualität der deutschen Übersetzung des AMI-SF bei deutschsprechenden depressiven Patienten auf seine Machbarkeit hin zu prüfen. Letztendlich ist das Ziel eine validierte Übersetzung des AMI-SF für die klinische Praxis zur Verfügung zu stellen. Zur Validierung muss die Spezifität und Sensitivität des D-AMI-SF überprüft werden. Hierzu werden die erhobenen Daten dieser Studie mit den Ergebnissen des D-AMI-SF im Verlauf, analog zu dieser Studie, jedoch erhoben an einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Eine solche Studie „Klinische Machbarkeitsstudie zur praktischen Anwendung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis Interviews (D-AMI-SF) mit gesunden Probanden“ wird derzeit durchgeführt. Danach wird die Validierung des D-AMI-SF erfolgen.

Als weitere Überlegung wäre es ratsam wie auch schon Semkovska 2013 vorschlägt, die Veränderungen des autobiographischen Gedächtnisses unabhängig vom physiologischen und depressionsabhängigen Gedächtnisverlust im Verlauf der Zeit zu messen (Semkovska and McLoughlin, 2013). Es ist wichtig zu vergleichen wie sich die Depressionsschwere sowie der physiologische Gedächtnisverlust bei Gesunden mit der Zeit auf das autobiographische Gedächtnis auswirkt. Im nächsten Schritt könnte dann der D-AMI-SF bei der Behandlung mit EKT angewandt werden, um systematisch Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis untersuchen zu können.

Eine weitere interessante Frage wäre, wie sich Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis nach einer EKT-Behandlung über einen längeren Zeitraum darstellen. Kommt es womöglich durch die Neuroneogenese (Grözinger, 2016, Taylor, 2008) zu einer Verbesserung

der Gedächtnisleistung? Hierzu müsste die Auswertung des D-AMI-SF jedoch abgeändert werden, sodass auch neu wiedergegebene Erinnerungen mit beachtet werden, indem sie in der Auswertung berücksichtigt werden können.

Trotz der Empfehlung kognitive Leistungen, insbesondere das autobiographische Gedächtnis im Verlauf der EKT regelmäßig zu überprüfen (Weiss et al., 2019), gibt es derzeit noch keine Leitlinie, die empfiehlt, mit welcher Methode bzw. mit welchem Instrument dies zu testen sei. Bisher durchgeführte Studien, welche den AMI zur Erfassung der retrograden Amnesie verwendeten, können nur schwer miteinander verglichen werden, da sie in Parametern wie zum Beispiel den Probanden (Depressionsschwere, komorbide psychiatrische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme), den Stimulationsparametern (Position und Intensitätsstärke der Stimulation) sowie den Zeitabständen in welchen die Probanden getestet werden, teilweise stark voneinander abweichen (Berman et al., 2008, Sackeim et al., 2007, Blomberg et al., 2020, Napierała et al., 2019, Semkovska and McLoughlin, 2010, Semkovska et al., 2012). Aufgrund der Heterogenität der bisher durchgeführten Studien ist es zukünftig wichtig weitere Studien auf internationaler Ebene mit vergleichbaren Parametern durchzuführen, um dann ggfs. eine Empfehlung für die breit angewandte Testung des Autobiographischen Gedächtnis in der klinischen Praxis ableiten zu können.

6 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der D-AMI-SF Fragebogen für den deutschsprachigen Raum als geeignetes Messinstrument für die klinische Praxis bei Menschen mit Depressionen benutzt werden kann. Die Fragen sind für die Patienten leicht verständlich.

Die Patienten unserer Studie haben zwar statistisch gesehen signifikante Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis mit dem D-AMI-SF gemessen im Verlauf der 6 Wochen gezeigt, diese können jedoch nicht als eine klinisch relevante retrograde Amnesie gewertet werden (Sackeim, 2014).

Mit dem D-AMI-SF steht somit erstmals auch im deutschsprachigen Raum ein Instrument zur systematischen Messung von Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis zur Verfügung. Hiermit wird es möglich sein, in weiteren Studien die Gedächtnisveränderungen zu quantifizieren. Die Hoffnung ist, dass mit zunehmender Studienanzahl und Datenlage es ggf. zu einer Empfehlung der Durchführung des D-AMI-SF für die EKT-Behandlung führt. Somit sollte es möglich sein, die kognitiven Nebenwirkungen einer EKT, insbesondere einer möglichen retrograden Amnesie differenziert überprüfen zu können.

7 Literaturverzeichnis

- Ackenheil M, Dietz-Bauer R, Vossen A, Dietz R, Vossen-Wellmann A, Vossen JA (1999) Deutsche Fassung des Mini-International Neuropsychiatric Interview.
- Atkinson RC, Shiffrin RM (1968) Human Memory: A Proposed System and its Control Processes. The psychology of learning and motivation. Volume 2. 89-195
- BÄK, KBV, AWMF (2022) Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Version 3.2 [Internet]. Last updated 07.2023.
URL:https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf
- Berk M, Parker G (2009) The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 43. 787-94.
- Berman RM, Prudic J, Brakemeier EL, Olfson M, Sackeim HA (2008) Subjective evaluation of the therapeutic and cognitive effects of electroconvulsive therapy. Brain Stimulation. 1. 16-26.
- Blomberg MO, Semkovska M, Kessler U, Erchinger VJ, Oedegaard KJ, Oltedal L, Hammar Å (2020) A Longitudinal Comparison Between Depressed Patients Receiving Electroconvulsive Therapy and Healthy Controls on Specific Memory Functions. Primary Care Companion for CNS Disorder. 22.
- Bschor T, Bauer M (2006) Efficacy and mechanisms of action of lithium augmentation in refractory major depression. Current Pharmaceutical Design. 12. 2985-92.
- Campellone J, Zieve D, Conaway B (2019) Memory Loss [Internet]. Last updated 09.11.2021.
URL:<https://www.pennmedicine.org/for-patients-and-visitors/patient-information/conditions-treated-a-to-z/memory-loss>
- Delgado PL (2000) Depression: the case for a monoamine deficiency. Journal of Clinical Psychiatry. 61 Suppl 6, 7-11.
- DGPPN (2022) Indikationen zur Elektrokonvulsionstherapie [Internet]. Last updated 2022.
URL: <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/indikationen-zur-elektrokonvulsionstherapie.html>
- Dilling H, Freyberger HJ, Schulte-Markwort E (1993) Reference tables of WHO Chapter V (F) of the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10): ICD-10 vs. ICD-9]. Fortschritte der Neurologie. 61. 128-43.
- Dillon DG, Pizzagalli DA (2018) Mechanisms of Memory Disruption in Depression. Trends in Neurosciences. 41. 137-149.
- Drieling T, Schäfer LO, Langosch JM (2007) The Inventory of Depressive Symptomatology: German translation and psychometric validation. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 16. 230-6.
- FDA (2011) Executive Summary: Meeting to Discuss the Classification of elektroconvulsive Therapy Devices (ECT). FDA. 5-10.
- Fjell AM, Walhovd KB (2010) Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. Nature Reviews Neuroscience. 21. 187-221.
- Folkerts HR, Saß H, Sauer H, Schäfer M, Sewing KF (2003) Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. Deutsches Ärzteblatt. 100(8): A-504 / B-432 / C-408.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 12. 189-98.
- Freyberger HJ, Drilling H (2019) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 9 Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Gabor G, Laszlo T (2005) The efficacy of ECT treatment in depression: a meta-analysis. Psychiatria Hungarica. 20. 195-200.
- Goh C, Agius M (2010) The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? Psychiatria Danubina. 22. 198-202.

-
- Group UER (2003) Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 361. 799-808.
- Grözinger M (2016) Elektrokonvulsionstherapie. *PSYCH up2date*. 10. 99-109.
- Grözinger M, Conca A, Brühl A, Di Pauli J (2018) Electroconvulsion therapy is an established therapeutic standard. *Nervenarzt*. 89. 841-842.
- Guy W (1976) ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville (USA): Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 23. 56-62.
- Hänsel F, Kornmann J, Ennigkeit F (2016) Sportpsychologie, Kapitel 2. Kognition, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Haq AU, Sitzmann AF, Goldman ML, Maixner DF, Mickey BJ (2015) Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 76. 1374-84.
- Head D, Rodrigue KM, Kennedy KM, Raz N (2008) Neuroanatomical and cognitive mediators of age-related differences in episodic memory. *Neuropsychology*. 22. 491-507.
- Ising M (2011) Stresshormonregulation und Depressionsrisiko – Perspektiven für die antidepressive Behandlung [Internet]. Last updated 2011.
URL: https://www.mpg.de/4752810/Antidepressive_Behandlung
- Kayser S, Bewernick BH, Wagner S, Schlaepfer TE (2020) Effects of magnetic seizure therapy on anterograde and retrograde amnesia in treatment-resistant depression. *Anxiety and Depression Association of America*. 37. 125-133.
- Kessler (2021) Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. Stuttgart: Thieme. 125-129.
- Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler PE (1990) Mini-Mental-Status-Test - deutschsprachige Version. Göttingen: Beltz Tests.
- Kopelman MD (2002) Disorders of memory. *Brain*. 125. 2152-90.
- Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD (1989) The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 11. 724-44.
- Lehrl S (2005) Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztest: Manual mit Block MWT-B. Balingen: Spitta Verlag
- Lisanby SH, Maddox JH, Prudic J, Devandand DP, Sackeim H (2000) The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. *Archives of General Psychiatry*. 57. 581-90.
- Luszcz MA, Bryan J (1999) Toward understanding age-related memory loss in late adulthood. *Gerontology*. 45. 2-9.
- McElhiney M, Moody B, Sackeim H (2001) The Autobiographical Memory Interview - Short Form. 3 Edition. Department of Biological Psychiatry New York State Psychiatric Institute and Department of Psychiatry College of Physicians & Surgeons Columbia University
- McEwen BS, Gianaros PJ (2011) Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annual Review of Medicine*. 62. 431-45.
- Napierala M, Bodnar A, Chlopocka-Wozniak M, Permoda-Osip A, Rybakowski J (2019) Electroconvulsive therapy and autobiographical memory in patients with treatment-resistant depression. *Psychiatria Polska*. 53. 589-597.
- Pagnin D, De Queiroz V, Pini S, Cassano GB (2004) Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *The Journal of ECT*. 20. 13-20.
- Payk TBM (2021) Gedächtnisstörungen. In: Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie., Stuttgart: Thieme. 93-95.
- Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J (2003) Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. 326. 1363.
- Rush AJ, Giles DE, Schlessler MA, Fulton CL, Weissenburger J, Burns C (1986) The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*. 18. 65-87.
- Sackeim HA (2014) Autobiographical memory and electroconvulsive therapy: do not throw out the baby. *The Journal of ECT*. 30. 177-86.

-
- Sackheim HA, Prudic J, Devanand DP, Nobler MS, Lisanby SH, Peyser S, Fitzsimons L, Moody BJ, Clark J (2000) A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Archives of General Psychiatry*. 57. 425-34.
- Sackheim HA, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M (2007) The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*. 32. 244-54.
- Schneider F (2017) *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Springer. 337-364
- Semkovska M, Keane D, Babalola AO, McLoughlin DM (2011) Unilateral brief-pulse electroconvulsive therapy and cognition: effects of electrode placement, stimulus dosage and time. *Journal of Psychiatric Research*. 45. 770-80.
- Semkovska M, McLoughlin DM (2010) Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biological Psychiatry Journal*. 68. 568-77.
- Semkovska M, McLoughlin DM (2013) Measuring retrograde autobiographical amnesia following electroconvulsive therapy: historical perspective and current issues. *The Journal of ECT*. 29. 127-33.
- Semkovska M, Noone M, Carton M, McLoughlin DM (2012) Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry Research*. 197. 41-8.
- Semkovska M, O'Grady T (2017) Unravelling Autobiographical Retrograde Amnesia Following Bitemporal Electroconvulsive Therapy: Effect of Treatment versus Effect of Time. *Psychology*. 8. 611-626.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59 Suppl 20. 34-57.
- Souery D, Oswald P, Massat I, Bailer U, Bollen J, Demyttenaere K, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Serretti A, Zohar J, Mendlewicz J (2007) Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 68. 1062-70.
- Sousa GMJ, Vargas HDQ, Barbosa FF, Galvao-Coelho NL (2021) Stress, memory, and implications for major depression. *Behavioural Brain Research*. 412. 113410.
- Taylor SM (2008) Electroconvulsive therapy, brain-derived neurotrophic factor, and possible neurorestorative benefit of the clinical application of electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*. 24. 160-5.
- Timäus C, Vogelsang J, KIS B, Radenbach K, Wolff-Menzler C, Mavridou K., Gysse S, Hessmann P, Wiltfang J (2021) Current clinical practice of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in psychiatry, a German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 271. 181-190.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ (1992) The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40. 922-35.
- Weiss A, Hussain S, NG B, Sarma S, Tiller J, Waite S, LOO C (2019) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 53. 609-623.
- Wever G (2015) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz Test GmbH, 255-266
- WHO (2023) Fact sheet Depression [Internet]. Last updated 31.03.2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

8 Anhang

Anhang A

Patienteninformation und Einwilligungserklärung

Ein- und Ausschlusskriterien

Anamnesebogen

Anhang B

Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Hamilton Depression Rating Scale-17 (HAMD-17)

Inventar Depressiver Symptome (IDS)

Clinical Global Impression (CGI)

Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT-B)

Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Deutsche Übersetzung der Kurzform des autobiographischen Gedächtnis Interview (D-AMI-SF)

Global Self-Evaluation-Memory (GSE-My)

PATIENTENINFORMATION und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

**KLINISCHE STUDIE ZUR VALIDIERUNG DER DEUTSCHEN KURZVERSION DES
AUTOBIOGRAPHISCHEN GEDÄCHTNIS INTERVIEW MIT DEPRESSIVEN
PATIENTEN UND EINER GESUNDEN KONTROLLGRUPPE**
Kurztitel: Die D-AMI-SF Validierungsstudie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der nachfolgend beschriebenen Studie teilzunehmen.

Klinische Studien sind wichtig, um psychische Erkrankungen besser zu verstehen und die Behandlung zu verbessern und sicherer zu gestalten. Die klinische Prüfung, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zustimmend bewertet. Es sollen insgesamt 60 Teilnehmer, davon 30 Patienten mit einer Depression und 30 gesunde Probanden in die klinische Prüfung eingeschlossen werden. Die klinische Prüfung wird veranlasst, organisiert und finanziert durch die Abteilung für Allgemeinpsychiatrie 3 / Gerontopsychiatrie, Rheinhausen-Fachklinik Alzey, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie werden in diese klinische Prüfung also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf die geplante klinische Prüfung angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf erläutern. Anschließend wird ein Prüfarzt das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

1. Warum wird diese klinische Prüfung durchgeführt?

Patienten mit Depressionen haben häufig Gedächtnisstörungen. Bei schwerer Depression wird derzeit die Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) empfohlen. Durch diese können zusätzlich Gedächtnisstörungen entstehen, insbesondere die anterograde und retrograde Amnesie. Die anterograde Amnesie ist die Kapazität, neue Informationen zu erfassen, abzuspeichern und wieder abzurufen. Eine retrograde Amnesie bezeichnet den Verlust weiter entfernter Erinnerungen aus der Vergangenheit (Störungen des autobiographischen Gedächtnisses). Es existieren standardisierte Messverfahren, um die anterograde oder retrograde Amnesie zu untersuchen. Allerdings liegen diese Messinstrumente bisher ausschließlich in englischer Sprache vor. Um diese Gedächtnisstörungen auch bei deutschen Patienten zu untersuchen, ist es daher wichtig, die existierenden Verfahren ins Deutsche zu übersetzen und zu prüfen, ob die deutsche Version geeignet ist, um die Störungen des autobiographischen Gedächtnisses zuverlässig zu untersuchen.

Dazu soll mit dem geplanten Forschungsvorhaben „D-AMI Validierungsstudie die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) der deutschen Version zur Untersuchung des autobiographischen Gedächtnisses bei Patienten mit Depression und einer gesunden Kontrollgruppe untersucht werden. Vor allem für psychologische Tests finden diese Gütekriterien als Bewertungskriterien der Qualität Anwendung. Ein Test muss so konstruiert sein, dass Durchführung, Auswertung und Interpretation unabhängig vom Testleiter oder den Untersuchungsbedingungen sind (Objektivität) sowie das Testergebnis sich auch mit dem gleichen oder einem vergleichbaren Test bestätigt (Reliabilität). Die Validität oder Gültigkeit ist darauf bezogen, dass z.B. durch einen Intelligenztest wirklich Aspekte der Intelligenz gemessen werden und diese Messung eine Vorhersage der Leistungsfähigkeit im realen Leben (z.B. Ausbildungserfolg oder Berufserfolg) erlaubt. Beim D-AMI können eventuelle kognitive Defizite im Rahmen einer schweren depressiven Erkrankung aufgezeigt werden und eine eventuelle positive Veränderung im Verlauf der antidepressiven Behandlung aufgezeigt werden.

2. Wie ist der Ablauf der Studie?

Die hier vorgestellte klinische Studie ist in zwei Studienphasen unterteilt.

a) Auswahlphase mit Prä-Testung (Baseline)

In dieser Phase werden Sie nach personenbezogenen Daten (z.B. Geburtsdatum), Ihren Vorerkrankungen und nach Medikamenten befragt, die Sie eventuell einnehmen. Mit Hilfe von üblichen Fragebögen werden geschulte Studienmitarbeiter bspw. die Schwere Ihrer Depression beurteilen. Zusätzlich werden neuropsychologische Tests zu Gedächtnisstörungen, insbesondere zum autobiographischen Gedächtnis durchgeführt. Der Zeitaufwand für die erste Untersuchung beträgt etwa 160 Minuten. Die bisherige ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung wird unabhängig von den Ergebnissen der Testungen weiter geführt.

Die Möglichkeit Ihrer weiteren Teilnahme an dieser Studie wird von den Ergebnissen der Voruntersuchung in der Auswahlphase abhängen!

b) Post-Testung

Nach 6 Wochen finden eine erneute Einschätzung der Schwere der Depression und eine neuropsychologische Testung statt. Dabei soll untersucht werden, ob sich die Gedächtnisleistung von depressiv erkrankten Menschen von der gesunden Kontrollpersonen unterscheidet bzw. ob sich die Gedächtnisleistung im Verlauf von 6 Wochen verändert. Der Zeitaufwand für diese Untersuchung beträgt insgesamt etwa 100 Minuten.

3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie

Sie haben keinen direkten persönlichen Nutzen durch die Teilnahme an der Studie. Diese klinische Prüfung zur Validierung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnistest soll mögliche Veränderungen in der Gedächtnisleistung von Patienten mit einer Depression gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe aufzeigen. Die Ergebnisse dieser Studie tragen möglicherweise dazu bei, die Behandlung der Therapie-resistenten Depression (TRD) zukünftig zu verbessern.

4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

Ein Risiko bei der Teilnahme an der Studie besteht nicht, da durch die Studie nicht in die aktuelle Behandlung eingegriffen oder diese verändert wird.

Im ersten Teil der Studie sollen ggf. vorhandene Symptome einer psychischen Erkrankung sowie die Schwere Ihrer depressiven Symptomatik anhand in der Krankenversorgung üblicher Interviewverfahren gemessen werden. Diese Tests sind nicht invasiv, nicht belastend und werden häufig in der Krankenversorgung angewendet. Der Zeitaufwand hierfür beträgt etwa 100 Minuten. Im zweiten Teil der Studie werden einige dieser Tests wiederholt. Der Zeitaufwand beträgt etwa 70 Minuten.

Bitte teilen Sie den Mitarbeitern des Prüfzentrums alle Beschwerden, Erkrankungen oder Verletzungen mit, die im Verlauf der Studie auftreten. Falls diese schwerwiegend sind, teilen Sie den Mitarbeitern der Prüfstelle diese bitte umgehend mit, ggfs. telefonisch!

5. Wer darf an dieser Studie nicht teilnehmen?

An dieser Studie dürfen Sie nicht teilnehmen, wenn Sie gleichzeitig an anderen Studie oder anderen klinischen Forschungsprojekten teilnehmen oder vor kurzem teilgenommen haben (Zeitraum: kürzer als 6 Monate).

Ebenso gelten folgende Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie:

- Drogen oder Medikamentenabusus oder Abhängigkeitserkrankungen
- Eine Benzodiazepineinnahme entsprechend Lorazepam > 1,5 mg (oder Äquivalenzdosis eines anderen Benzodiazepins) am Tag
- Kognitive Einschränkungen, die eine Teilnahme an den psychologischen Untersuchungen nicht sinnvoll erscheinen lassen
- Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte
- Relevante organische Erkrankung, z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson
- Bipolare Erkrankung, Demenzielle Erkrankung sowie Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis
- Deutsch ist nicht die Muttersprache
- Fehlendes Einverständnis des Probanden zur Teilnahme an der Untersuchung

6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Die Teilnahme an der Studie ist für Sie kostenlos. Sie erhalten für die Teilnahme an der Studie keine Aufwandsentschädigung.

7. Werden mir neue Erkenntnisse während der Studie mitgeteilt?

Sie werden über neue Erkenntnisse, die während Ihrer Teilnahme in Bezug auf diese klinische Prüfung bekannt werden und die für Ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme wesentlich sein können, informiert. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur weiteren Teilnahme an dieser Studie überdenken.

8. Kann meine Teilnahme an der Studie vorzeitig beendet werden?

Sie selbst können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile bei Ihrer medizinischen Behandlung entstehen.

Unter gewissen Umständen ist es aber auch möglich, dass der Prüfarzt entscheidet, Ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig zu beenden, ohne dass Sie auf die Entscheidung Einfluss haben. Die Gründe hierfür können z. B. sein:

- Ihre weitere Teilnahme an der Studie ist ärztlich nicht mehr vertretbar.
- Es wird die gesamte klinische Prüfung abgebrochen.

Sofern Sie sich dazu entschließen, vorzeitig aus der Studie auszuschneiden, oder Ihre Teilnahme aus einem anderen der genannten Gründe vorzeitig beendet wird,

Anhang A - Patienteninformation und Einwilligungserklärung
empfehlen wir zu Ihrer Sicherheit eine abschließende Kontrolluntersuchung. Der
Prüfarzt wird mit Ihnen besprechen, wie und wo Ihre weitere Behandlung stattfindet.

9. Was geschieht mit meinen Daten?

Während der Studie werden medizinische Befunde und persönliche Informationen von Ihnen erhoben und am Prüfzentrum (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) in Ihrer persönlichen Akte niedergeschrieben oder elektronisch gespeichert. Die für die klinische Prüfung wichtigen Daten werden zusätzlich in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres.

Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur unter den vom Gesetz vorgeschriebenen Voraussetzungen.

Das Medizinproduktegesetz enthält nähere Vorgaben für den erforderlichen Umfang der Einwilligung in die Datenerhebung und -verwendung. **Einzelheiten, insbesondere zur Möglichkeit eines Widerrufs, entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung, die im Anschluss an diese Patienteninformation abgedruckt ist.**

10. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?

Beratungsgespräche am Prüfzentrum

Sie haben stets die Gelegenheit zu weiteren Beratungsgesprächen mit dem auf Seite 1 genannten oder einem anderen Prüfarzt, um weitere Fragen im Zusammenhang mit der Studie zu klären. Auch Fragen, die Ihre Rechte und Pflichten als Patient und Teilnehmer an der Studie betreffen, werden gerne beantwortet.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

**KLINISCHE STUDIE ZUR VALIDIERUNG DER DEUTSCHEN KURZVERSION DES
AUTOBIOGRAPHISCHEN GEDÄCHTNIS INTERVIEW MIT DEPRESSIVEN
PATIENTEN UND EINER GESUNDEN KONTROLLGRUPPE
Kurztitel: Die D-AMI-SF Validierungsstudie**

Name der/des Patientin/Patienten in Druckbuchstaben

geb. am

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Prüfarzt

Name der/des Prüfarztin/Prüfarzt

ausführlich und verständlich über die Prüfstrategie und die Vergleichstherapie sowie über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Prüfarzt oder dessen Stellvertreter über die Durchführung der Studie zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens der/des Patientin/Patienten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Behandlung entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern im o.g. Prüfzentrum aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden:
 - a) an den Sponsor (Universitätsmedizin Mainz) oder eine von diesem beauftragte Stelle zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung,
 - b) im Falle unerwünschter Ereignisse: an den Sponsor (Universitätsmedizin Mainz), an die jeweils zuständige Ethik-Kommission und die zuständige Bundesoberbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), sowie von dieser an die Europäische Datenbank.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors (Universitätsmedizin Mainz) sowie die zuständigen Überwachungsbehörden in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt sowie dessen Stellvertreter von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden kann. Beim Widerruf meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, habe ich das Recht, die Löschung aller meiner bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Prüfung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
5. Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt

.....
Name

über meine Teilnahme an der Studie informiert wird (*falls nicht gewünscht, bitte streichen*).

Hinweise zum Datenschutz

A. Allgemeine Angaben

- a. Namen und die Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seines Vertreters: Sarah Kayser, Dr. med., MSc., Rheinhessen-Fachklinik Alzey, Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey, E-Mail: s.kayser@rfk.landeskrankenhaus.de; PD Dr. biol. hom. Dipl. Psych. Stefanie Wagner, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, Tel. 06131 17-2135, Fax 06131 17-6690, Email: stefwagn@uni-mainz.de
- b. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:
Datenschutz: Kontaktdaten Prüfzentrum
PD Dr. med. Sarah Kayser, MSc., Rheinhessen-Fachklinik Alzey, Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey
Datenschutz: Kontaktdaten des Sponsors/der Studienleitung der klinischen Studie
PD Dr. med. Sarah Kayser, MSc., Rheinhessen-Fachklinik Alzey, Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey
- c. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung: Ihre Einwilligung.
- d. Dauer der Speicherung: Mindestens 10 Jahre.
- e. Beschwerderecht: Sie können sich an den Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Herrn Prof. Dr. Dieter Kugelmann als Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt (Kontakt Daten s.o.).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an Ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten Ihres Prüfzentrums.

B. Allgemeine Rechte

- a. **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass Sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, und der Verantwortliche ist verpflichtet, personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen, sofern einer der folgenden Gründe zutrifft:
 - (1) Die personenbezogenen Daten sind für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig.
 - (2) Die personenbezogenen Daten wurden unrechtmäßig verarbeitet.

Sie haben keinen Anspruch auf Löschung soweit Ihre Daten für die wissenschaftliche Forschung erforderlich sind und die Löschung voraussichtlich die Verwirklichung der Ziele dieser Verarbeitung unmöglich macht o-

der ernsthaft beeinträchtigt oder die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

- b. Mitteilungspflicht im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Löschung personenbezogener Daten oder der Einschränkung der Verarbeitung:
- Der Verantwortliche teilt allen Empfängern, denen personenbezogene Daten offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung mit, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Der Verantwortliche unterrichtet Sie über diese Empfänger, wenn Sie dies verlangen.
- c. Recht auf Datenübertragbarkeit:
- (1) Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie einem Verantwortlichen bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und Sie haben das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Verantwortlichen, dem die personenbezogenen Daten bereitgestellt wurden, zu übermitteln, sofern die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.
 - (2) Bei der Ausübung Ihres Rechts auf Datenübertragbarkeit haben Sie das Recht, zu erwirken, dass die personenbezogenen Daten direkt von einem Verantwortlichen einem anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist.
 - (3) Die Ausübung des Rechts auf Datenübertragbarkeit lässt das Recht auf Löschen der Daten unberührt. Dieses Recht gilt nicht für eine Verarbeitung, die für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde.
 - (4) Das Recht gemäß Absatz 2 darf die Rechte und Freiheiten anderer Personen nicht beeinträchtigen.
- d. Werden personenbezogene Daten an ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt, so haben Sie das Recht, über die geeigneten Garantien gemäß Artikel 46 DSGVO im Zusammenhang mit der Übermittlung unterrichtet zu werden.

C. Rechte, die durch den Forschungszweck beschränkt sind

Sie haben als betroffene Person folgende Rechte, **sofern diese Rechte nicht voraussichtlich die Verwirklichung des Forschungszwecks unmöglich machen oder ernsthaft beeinträchtigen und die Beschränkung für die Erfüllung des Forschungszwecks notwendig ist:**

- a. Recht auf Berichtigung:
- Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten zu verlangen. Unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung haben Sie das Recht, die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten – auch mittels einer ergänzenden Erklärung – zu verlangen.
- b. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist:

- (1) die Richtigkeit der personenbezogenen Daten wird von Ihnen bestritten. Die Einschränkung der Verarbeitung kann in diesem Fall für eine Dauer verlangt werden, die es dem Verantwortlichen ermöglicht, die Richtigkeit der personenbezogenen Daten zu überprüfen,
- (2) die Verarbeitung unrechtmäßig ist und Sie die Löschung der personenbezogenen Daten ablehnen und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlangen;
- (3) der Verantwortliche die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, Sie sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen

Wurde die Verarbeitung eingeschränkt, so dürfen diese personenbezogenen Daten – von ihrer Speicherung abgesehen – nur mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Union oder eines Mitgliedstaats verarbeitet werden.

Haben Sie eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt hat, werden Sie von dem Verantwortlichen unterrichtet, bevor die Einschränkung aufgehoben wird.

c. Auskunftsrechte:

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so haben Sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf folgende Informationen:

- (1) die Verarbeitungszwecke;
- (2) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden;
- (3) die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind oder noch offengelegt werden, insbesondere bei Empfängern in Drittländern oder bei internationalen Organisationen;
- (4) falls möglich die geplante Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;
- (5) das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde;
- (6) Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zu erhalten. Für alle weiteren Kopien, die Sie beantragen, kann der Verantwortliche ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten verlangen. Stellen Sie den Antrag elektronisch, so sind die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung zu stellen, sofern Sie nichts Anderes angeben.

Das Recht auf Erhalt einer Kopie darf die Rechte und Freiheiten anderer Personen nicht beeinträchtigen.

Die Auskunftsrechte gemäß „c“ bestehen nicht, wenn die Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erforderlich sind und die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde.

**Ich erkläre mich bereit,
an der oben genannten Studie
freiwillig teilzunehmen.**

Ein Exemplar der Patienteninformation und Einwilligungserklärung sowie die Versicherungsbedingungen habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

Name der/des Patientin/Patienten in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der/des Patientin/Patienten eingeholt.

Name der Prüferin/des Prüfers in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift Prüferin/Prüfer

Ein- und Ausschlusskriterien

Alle Einschlusskriterien müssen für die Teilnahme an dieser Studie erfüllt sein, aber kein Ausschlusskriterien!

EINSCHLUSSKRITERIEN für Patienten mit Depression		
	JA	NEIN
Diagnosekriterien nach ICD-10* (ICD F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F33.3)		
HDRS *** > 17		
Schriftliches Einverständnis nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Aufklärung (siehe Patienteninformation und Einverständniserklärung)		
Alter: 18-80 Jahre		
EINSCHLUSSKRITERIEN für gesunde Probanden		
	JA	NEIN
Psychisch gesund nach klinisch-psychiatrischer Untersuchung		
Schriftliches Einverständnis nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Aufklärung (siehe Patienteninformation und Einverständniserklärung)		
Alter: 18-80 Jahre		
AUSSCHLUSSKRITERIEN		
	JA	NEIN
Drogen oder Medikamentenabusus oder Abhängigkeitserkrankungen in den letzten 6 Monaten		
Benzodiazepineinnahme entsprechend Lorazepam > 1,5 mg (oder Äquivalenzdosis eines anderen Benzodiazepins) am Tag		
Kognitive Einschränkungen, die eine Teilnahme des Probanden an den psychopathometrischen Untersuchungen nicht sinnvoll erscheinen lassen		
Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte		
Relevante organische Erkrankung, z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson		
Bipolare Erkrankung		
Demenzielle Erkrankung		
Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis		
Deutsch ist nicht die Muttersprache		
Fehlendes Einverständnis des Probanden zur Teilnahme an der Untersuchung		

* ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

*** HDRS, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ANAMNESEBOGEN

Klinische Studie zur Validierung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis Interviews (D-AMI) mit depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe; Kurztitel: D-AMI Validierungsstudie

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

Sozio-demographische Anamnese

Geschlecht	
Alter (Zeitpunkt der Studie)	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand und eingetragene Lebenspartnerschaft	
Bildung	
- Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	
- Berufliche Ausbildungsabschlüsse	
Erwerbsstatus	
Wohnsituation	

Psychiatrische Anamnese

Diagnose (ICD 10)	
Alter (Beginn der Erkrankung)	
Zeit bis zur Diagnosestellung	
Länge der aktuellen Episode	
Anzahl der Episoden (Lebenszeit)	
Psychotherapie (J/N)	
Anzahl stationärer Aufenthalte (Psychiatrie/Psychosomatik)	
Suizidalität	
- Suizidgedanken (J/N)	
- Suizidversuche	
Pos. Familiengeschichte hinsichtlich psychiatrischer Erkrankung (J/N)	
- Welche?	

Anzahl der psychiatrischen Medikamente (Lebenszeit)

Anzahl der Antidepressiva	
SSRI/SNRI	
NARI	
Alpha-2-Antagonisten	
TZA	
MAO-Hemmer	
Andere	
Lithium	
Sedativa	
Stimmungsstabilisierer	
Neuroleptika	
rTMS	
EKT	

Erfassung aktueller Therapien

	PRÄ-Test	POST-Test
Psychiatrische Medikamente		
Andere Medikamente		
Begleittherapien (Ergo-, Physio-, Gruppentherapie)		

SONSTIGES:

M.I.N.I.

MINI INTERNATIONALES NEUROPSYCHIATRISCHES INTERVIEW

German for Germany Translation Version 7.0.2

für

DSM-5

© Copyright 1992-2016 Sheehan DV

Alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Zustimmung durch Dr. Sheehan dürfen keine Teile dieses Werkes in irgendeiner Form oder durch jegliche Mittel (weder elektronisch noch mechanisch inkl. Fotokopien) oder anhand von Datenpeicherung oder Datenabfrage reproduziert oder übertragen werden. Forscher, Ärzte und Studenten in gemeinnützigen oder öffentlichen Einrichtungen (einschl. Universitäten, gemeinnützigen Krankenhäusern und staatlichen Einrichtungen) sind berechtigt, Fotokopien von M.I.N.I.-Instrumenten für ihre **persönliche** klinische Arbeit und Forschungsarbeit anzufertigen, jedoch **nicht** für die Arbeit ihrer Einrichtung oder um Gewinne oder finanzielle Vorteile zu erzielen. Für eine kommerzielle Nutzung ist mit dem Rechteinhaber ein Lizenzvertrag abzuschließen und eine nutzungsabhängige Lizenzgebühr zu entrichten.

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Unser Ziel ist es, eine effizientere und genauere Bewertung und Rückverfolgung von Patienten zu ermöglichen. Bevor die durch dieses Programm gesammelten und verarbeiteten Daten verwendet werden, sollten sie durch einen approbierten Arzt überprüft und interpretiert werden.

Dieses Programm ist nicht geeignet und wurde nicht konzipiert, um die medizinische und psychiatrische Bewertung durch einen qualifizierten und approbierten Arzt/Psychiater zu ersetzen. Es soll lediglich eine genaue Erfassung und Bearbeitung von Daten und Symptomen, die durch geschultes Personal gesammelt wurden, vereinfachen. Es handelt sich nicht um einen diagnostischen Test.

Name des Patienten: _____		Patienten-Nummer: _____	
Geburtsdatum: _____		Beginn des Interviews: _____	
Name des Interviewers: _____		Ende des Interviews: _____	
Datum des Interviews: _____		Gesamtdauer des Interviews: _____	

MODULE	ZEITRAUM	KRITERIEN ERFÜLLT	ICD-10 CM	PRIMÄRE DIAGNOSE
A EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION	Aktuell (letzte 2 Wochen)	<input type="checkbox"/>		
	Früher	<input type="checkbox"/>		
	Rezidivierend	<input type="checkbox"/>		
MAJOR DEPRESSION	Aktuell (letzte 2 Wochen)	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Früher	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Rezidivierend	<input type="checkbox"/>	F33.x	<input type="checkbox"/>
B SUIZIDALITÄT	Aktuell (letzter Monat)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Versuch(e) bisher (Lebenszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Hoch	
SUIZIDALE VERHALTENSSTÖRUNG	Aktuell	<input type="checkbox"/>	(im letzten Jahr)	<input type="checkbox"/>
	In früher Remission	<input type="checkbox"/>	(Vor 1 - 2 Jahren)	<input type="checkbox"/>
C MANISCHE EPISODE	Aktuell	<input type="checkbox"/>		
	Früher	<input type="checkbox"/>		
HYPOMANISCHE EPISODE	Aktuell	<input type="checkbox"/>		
	Früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nicht untersucht	
BIPOLAR-I-STÖRUNG	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F31.0--F31.76	<input type="checkbox"/>
	Früher	<input type="checkbox"/>	F31.0--F31.76	<input type="checkbox"/>
BIPOLAR-I-STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
	Früher	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
BIPOLAR-II-STÖRUNG	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
	Früher	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
ANDERE NÄHER BEZEICHNETE BIPOLARE UND VERWANDTE STÖRUNG	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
	Früher	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
D PANIKSTÖRUNG	Aktuell (letzter Monat)	<input type="checkbox"/>	F41.0	<input type="checkbox"/>
	Lebenszeit	<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>
E AGORAPHOBIE	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F40.00	<input type="checkbox"/>
F SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (Soziale Phobie)	Aktuell (letzter Monat)	<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>
G ZWANGSSTÖRUNG	Aktuell (letzter Monat)	<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>
H POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	Aktuell (letzter Monat)	<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>
I ALKOHOLKONSUMSTÖRUNG	Letzte 12 Monate	<input type="checkbox"/>	F10.10/F10.20	<input type="checkbox"/>
J SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG (kein Alkohol)	Letzte 12 Monate	<input type="checkbox"/>	F11.10/F11.20 - F19.20	<input type="checkbox"/>

Anhang B – Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Messzeitpunkt SCR

Patienten-ID:

CBTlate M.I.N.I.

K	PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/>
		Lebenszeit	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/>
	MAJOR DEPRESSION MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
		Früher	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
	BIPOLAR-I-STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN	Aktuell	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
		Früher	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
N	GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	Aktuell (letzte 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	F41.1	<input type="checkbox"/>
O	MEDIZINISCHE, ORGANISCHE URSACHE ODER MEDIKAMENTE BZW. SUBSTANZEN ALS URSACHE AUSGESCHLOSSEN		<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Unsicher	<input type="checkbox"/>

IDENTIFIZIEREN SIE DIE PRIMÄRE DIAGNOSE DURCH ANKREUZEN DES ENTSPRECHENDEN KONTROLLKÄSTCHENS.
 (Welches Problem belastet Sie am meisten oder überwiegt vor den anderen oder trat zuerst auf?)



ALLGEMEINE HINWEISE

Das M.I.N.I. wurde als ein kurzes strukturiertes Interview zur Erfassung der wichtigsten psychiatrischen Störungen nach DSM-5 und ICD-10 konzipiert. Es wurden Validierungs- und Zuverlässigkeitsstudien durchgeführt, in denen das M.I.N.I. mit dem SCID-P für das DSM-III-R und mit dem CIDI (einem von der WHO entwickelten strukturierten Interview) verglichen wurde. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass das M.I.N.I. eine ähnliche Validität und Reliabilität (Zuverlässigkeit) hat, dass es aber in einer wesentlich kürzeren Zeit durchgeführt werden kann (Mittelwert $18,7 \pm 11,6$ Minuten, Median 15 Minuten) als die oben aufgeführten Instrumente. Ärzte können es nach einer kurzen Schulung einsetzen. Nicht-ärztliche Interviewer benötigen eine ausführlichere Schulung.

INTERVIEW:

Um das Interview so kurz wie möglich zu halten, informieren Sie den Patienten, dass Sie ein klinisches Interview durchführen wollen, das strukturierter ist als üblich und sehr präzise Fragen über psychische Probleme beinhaltet, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind.

ALLGEMEINE GLIEDERUNG:

Das M.I.N.I. ist in **Module** eingeteilt, die durch Buchstaben gekennzeichnet sind, von denen jedes einer diagnostischen Kategorie entspricht.

- Am Anfang jedes diagnostischen Moduls (mit Ausnahme des Moduls für psychotische Störungen) werden die Screeningfragen, die den Hauptkriterien der Störung entsprechen, in einem **grau unterlegten Feld** aufgeführt.
- Am Ende jedes Moduls kann der Arzt in den Diagnosefeldern ankreuzen, ob die diagnostischen Kriterien zutreffen.

LEGENDE:

Sätze in „Normalschrift“ sollten dem Patienten wörtlich vorgelesen werden, um die Beurteilung der diagnostischen Kriterien zu standardisieren.

Sätze in „GROSSBUCHSTABEN“ sollten dem Patienten nicht vorgelesen werden. Sie sind Anweisungen für den Interviewer und helfen bei der Bewertung der diagnostischen Algorithmen.

Sätze in „Fettdruck“ geben den zu untersuchenden Zeitraum an. Der Interviewer soll sie so oft wie nötig vorlesen. Nur die Symptome, die innerhalb dieses Zeitrahmens vorlagen, sollten beim Bewerten der Antworten in Betracht gezogen werden.

Antworten mit darüber stehendem Pfeil (➤) geben an, dass eines der für die Diagnose(n) notwendigen Kriterien nicht erfüllt ist. In diesem Fall sollte der Interviewer zum Ende des Moduls gehen, in allen Diagnosefeldern „**NEIN**“ ankreuzen und zum nächsten Modul übergehen.

Wenn verschiedene Begriffe mit einem *Schrägstrich (/)* getrennt aufgeführt werden, sollte der Interviewer nur die Symptome vorlesen, von denen er weiß, dass sie beim Patienten vorliegen (z. B. bei Frage J2b oder K6b).

Sätze in (Klammern) sind klinische Beispiele für das Symptom. Sie können dem Patienten vorgelesen werden, um die Frage klarer zu machen.

ANWEISUNGEN FÜR DIE BEANTWORTUNG:

Alle Fragen müssen beantwortet werden. Die Beantwortung erfolgt durch Ankreuzen von Ja oder Nein rechts von jeder Frage. Bei der Beantwortung der Fragen sollte der Interviewer sein klinisches Urteil nutzen. Der Interviewer muss die kulturelle Zugehörigkeit beim Befragen des Patienten und bei der Beantwortung der Fragen sorgfältig beachten. Interviewer sollten, wenn nötig, nach Beispielen fragen, um eine akkurate Beantwortung der Fragen zu gewährleisten. Der Patient sollte ermutigt werden, bei jeder Frage, die ihm nicht absolut klar ist, um Klarstellung zu bitten.

Der Arzt sollte sicherstellen, dass jeder Aspekt der Frage vom Patienten berücksichtigt wurde (z. B. Zeitraum, Häufigkeit, Ausmaß und/oder Alternativen).

Symptome aufgrund einer möglichen organischen Erkrankung oder aufgrund von Alkohol- oder Substanzkonsum sollten im M.I.N.I. nicht mit Ja beantwortet werden. Es gibt im M.I.N.I. Fragen, die sich mit diesen Themen beschäftigen.

Wenn Sie Fragen oder Vorschläge haben, an einer Schulung teilnehmen oder sich über Aktualisierungen des M.I.N.I. informieren wollen, wenden Sie sich bitte an:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida College of Medicine

Tel.: +1 813-956-8437

E-Mail: dsheehan@health.usf.edu

Für Lizenzen, Genehmigungen oder Fragen wenden Sie sich bitte an: davidvsheehan@gmail.com

A. EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

A1	a	Fühlten Sie sich <u>jemals</u> zwei Wochen lang beinahe jeden Tag und für die meiste Zeit des Tages deprimiert, niedergeschlagen, traurig, leer oder hoffnungslos?	NEIN	JA
FALLS NEIN, KREUZEN SIE NEIN IN A1b AN; FALLS JA, FRAGEN SIE:				
	b	Haben Sie sich in den <u>letzten zwei Wochen</u> beinahe jeden Tag und für die meiste Zeit des Tages deprimiert, niedergeschlagen, traurig, leer oder hoffnungslos gefühlt?	NEIN	JA
A2	a	Hatten Sie <u>jemals</u> zwei Wochen lang die meiste Zeit viel weniger Interesse an den meisten Dingen oder hatten Sie viel weniger Freude an den Dingen, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?	NEIN	JA
FALLS NEIN, KREUZEN SIE NEIN IN A2b AN; FALLS JA, FRAGEN SIE:				
	b	Hatten Sie in den <u>letzten zwei Wochen</u> die meiste Zeit viel weniger Interesse an den meisten Dingen oder hatten Sie viel weniger Freude an den Dingen, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?	NEIN	JA
WURDE A1a ODER A2a MIT JA BEANTWORTET?			➔ NEIN	JA

A3 FALLS **A1b** ODER **A2b** = JA: EXPLORIEREN SIE DIE AKTUELLE UND DIE SYMPTOMATISCHSTE FRÜHERE EPISODE, ANSONSTEN, FALLS **A1b** UND **A2b** = NEIN: EXPLORIEREN SIE NUR DIE SYMPTOMATISCHSTE FRÜHERE EPISODE.

Während dieses zweiwöchigen Zeitraums, als Sie sich deprimiert oder interesselos fühlten:

	Letzte 2 Wochen		Frühere Episode	
	NEIN	JA	NEIN	JA
a	Hat Ihr Appetit ab- oder zugenommen und war das an fast jedem Tag der Fall? Haben Sie unbeabsichtigt an Gewicht zu- oder abgenommen (d. h. in einem Monat $\pm 5\%$ des Körpergewichts oder ± 8 lbs oder $\pm 3,5$ kg bei einem Körpergewicht von 160 lbs/70 kg)? WENN EINES HIERVON MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA AN.			
b	Hatten Sie fast jede Nacht Schlafprobleme (Einschlafprobleme, nächtliches oder frühmorgendliches Erwachen, übermäßiges Schlafen)?			
c	Haben Sie beinahe täglich langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich oder waren Sie unruhig, ruhelos und konnten nicht stillsitzen? Ist das jemandem aufgefallen?			
d	Haben Sie sich beinahe täglich müde oder energielos gefühlt?			
e	Haben Sie sich beinahe täglich wertlos oder schuldig gefühlt?			
FALLS JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. ACHTEN SIE AUF VERSAGENSWAHN, MINDERWERTIGKEITSWAHN, VERARMUNGSWAHN ODER SCHULDWAHN ODER WAHN DER VERDIENTEN BESTRAFUNG ODER KRANKHEITSWAHN ODER TODESWAHN ODER NIHILISTISCHEN ODER SOMATISCHEN WAHN. DIE BEISPIELE ENTSPRECHEN EINER WAHNIDEE.				
Aktuelle Episode <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Frühere Episode <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
f	Haben Sie beinahe täglich Schwierigkeiten gehabt, sich zu konzentrieren, zu denken oder Entscheidungen zu treffen?			
g	Haben Sie wiederholt über den Tod nachgedacht (ANGST VOR DEM STERBEN ZÄHLT HIER NICHT) oder hatten Sie Selbstmordgedanken oder die Absicht oder den Plan, Selbstmord zu			

Anhang B – Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Messzeitpunkt SCR

Patienten-ID:

CBTlate M.I.N.I.

		<u>Letzte 2 Wochen</u>	<u>Frühere Episode</u>
	begehen? Haben Sie versucht, Selbstmord zu begehen? WENN EINES HIERVON MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA AN.		
A4	Haben diese Symptome zu Hause, bei der Arbeit, in der Schule, im sozialen Umfeld, in Ihren Beziehungen zu anderen Personen oder anderweitig zu wesentlichen Problemen geführt oder Sie stark belastet und verursachten sie eine Veränderung gegenüber Ihrer früheren Funktionsfähigkeit?	NEIN JA	NEIN JA
A5	Lagen jemals mindestens 2 Monate ohne wesentliche Depression oder wesentlichen Interessenverlust zwischen 2 depressiven Episoden?	NICHT ZUTREFFEND	NEIN JA

WURDEN 5 ODER MEHR FRAGEN (A1-A3) MIT JA BEANTWORTET UND WURDE A4 FÜR DIESEN ZEITRAUM MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE EPISODE AKTUELL IST UND/ODER FRÜHER WAR.

FALLS A5 MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA FÜR REZIDIVIEREND AN.

NEIN	JA
EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION	
AKTUELL	<input type="checkbox"/>
FRÜHER	<input type="checkbox"/>
REZIDIVIEREND	<input type="checkbox"/>

A6 a Wie viele depressive Episoden hatten Sie in Ihrem Leben? _____

Zwischen 2 Episoden müssen mindestens 2 Monate ohne irgendeine wesentliche Depression liegen.

B. SUIZIDALITÄT

Punkte

Haben Sie im Verlauf des letzten Monats:

- B1 irgendeinen Unfall gehabt? Dies schließt die versehentliche Einnahme einer zu hohen Dosis eines Medikaments ein. NEIN JA 0
 FALLS B1 = NEIN, FAHREN SIE MIT B2 FORT. FALLS JA, STELLEN SIE B1a:
- B1 a geplant oder beabsichtigt, sich bei einem Unfall zu verletzen, indem Sie entweder ein Risiko nicht vermeiden oder den Unfall absichtlich herbeiführen? NEIN JA 0
 FALLS B1a = NEIN, FAHREN SIE MIT B2 FORT. FALLS JA, STELLEN SIE B1b:
- B1 b beabsichtigt, durch einen Unfall zu sterben? NEIN JA 0
- B2 (auch nur einen Augenblick) daran gedacht, dass Sie besser tot wären, sich gewünscht, dass Sie tot wären oder dass Sie tot sein sollten? NEIN JA 1
- B3 (auch nur einen Augenblick) daran gedacht, sich selbst zu schädigen, weh zu tun oder sich selbst zu verletzen NEIN JA 6
 - mindestens mit einer gewissen Absicht oder einem gewissen Bewusstsein, dass Sie daran sterben könnten
 - oder an Selbstmord gedacht (d. h. daran, sich umzubringen)?
- FALLS B2 + B3 = NEIN, FAHREN SIE MIT B4 FORT. ANSONSTEN FRAGEN SIE:

Häufigkeit

Intensität

Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Gering	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>	Mäßig	<input type="checkbox"/>
Sehr oft	<input type="checkbox"/>	Hoch	<input type="checkbox"/>

- B4 eine Stimme oder Stimmen gehört, die Ihnen sagte bzw. sagten, dass Sie sich umbringen sollten, oder Träume gehabt, in denen es in irgendeiner Weise um Selbstmord oder Selbstschädigung ging? NEIN JA 4
 FALLS JA, kreuzen Sie eine oder beide Möglichkeiten an: Traf „eine Stimme oder Stimmen“ zu? Traf „ein Traum“ zu?
- B5 eine Methode für den Selbstmord im Kopf gehabt (d. h. wie)? NEIN JA 8
- B6 ein Hilfsmittel für den Selbstmord im Kopf gehabt (d. h. womit)? NEIN JA 8
- B7 einen Ort für den Selbstmordversuch im Kopf gehabt (d. h. wo)? NEIN JA 8
- B8 ein Datum/einen Zeitraum für den Selbstmordversuch im Kopf gehabt (d. h. wann)? NEIN JA 8
- B9 über etwas nachgedacht, das Sie gerne erledigen würden, bevor Sie versuchen sich umzubringen? (z. B. einen Abschiedsbrief schreiben) NEIN JA 8
- B10 beabsichtigt, Selbstmordgedanken in die Tat umzusetzen? NEIN JA 8
 FALLS JA, kreuzen Sie eine oder beide Möglichkeiten an: Haben Sie beabsichtigt, Ihre Selbstmordgedanken zum damaligen Zeitpunkt in die Tat umzusetzen?
 Haben Sie beabsichtigt, Ihre Selbstmordgedanken zu irgendeinem Zeitpunkt in der Zukunft in die Tat umzusetzen?

Anhang B – Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Messzeitpunkt SCR

Patienten-ID:

CBTlate M.I.N.I.

B11	beabsichtigt, durch Selbstmord zu sterben? FALLS JA, kreuzen Sie eine oder beide Möglichkeiten an:	<input type="checkbox"/> Haben Sie beabsichtigt, zum damaligen Zeitpunkt durch Selbstmord zu sterben? <input type="checkbox"/> Haben Sie beabsichtigt, zu irgendeinem Zeitpunkt in der Zukunft durch Selbstmord zu sterben?	NEIN	JA	8
B12	das Bedürfnis oder den Impuls verspürt, sich eher früher als später umzubringen oder Ihren Selbstmord zu planen? FALLS JA, kreuzen Sie eine oder beide Möglichkeiten an:	<input type="checkbox"/> Traf „sich umbringen“ zu? <input type="checkbox"/> Gab es hierfür eigentlich keinen offensichtlichen oder nur einen geringfügigen Grund?	NEIN	JA	8
ZUR BEURTEILUNG, OB ES HIERFÜR EIGENTLICH KEINEN OFFENSICHTLICHEN GRUND GAB, FRAGEN SIE BITTE: „Hätten Sie 5 Minuten vor diesem Impuls vorhersagen können, dass er zum betreffenden Zeitpunkt auftreten würde?“ FALLS B12 = NEIN, FAHREN SIE MIT B14 FORT.					
B13	Schwierigkeiten gehabt, diesen Impulsen zu widerstehen?		NEIN	JA	8
B14	irgendwelche aktiven Schritte zur Vorbereitung eines Selbstmordversuchs unternommen, durch den Sie erwarteten oder beabsichtigten zu sterben (wobei hierzu jede unternommene oder absichtlich unterlassene Handlung zählt, die Sie der Ausführung eines Selbstmordversuchs näherbrachte)? Dazu zählt auch, wenn Sie einen Selbstmordversuch begonnen haben, aber unterbrochen wurden oder ihn selbst abgebrochen haben, bevor Sie sich Schaden zufügten. FALLS B14 = NEIN, FAHREN SIE MIT B15 FORT.		NEIN	JA	
B14 a	aktive Schritte zur Vorbereitung Ihres Selbstmords unternommen, den Selbstmordversuch aber nicht begonnen ?		NEIN	JA	9
B14 b	aktive Schritte zur Vorbereitung Ihres Selbstmords unternommen, die Vorbereitungen aber selbst abgebrochen, unmittelbar bevor Sie sich Schaden zufügten (abgebrochen)?		NEIN	JA	10
B14 c	aktive Schritte zur Vorbereitung Ihres Selbstmords unternommen, wurden aber dann von jemandem oder etwas davon abgehalten, unmittelbar bevor Sie sich Schaden zufügten (unterbrochen)?		NEIN	JA	11
B15	sich absichtlich selbst verletzt, ohne die Absicht sich umzubringen? (B15 WIRD NICHT ALS SUIZIDALES VERHALTEN GEWERTET)		NEIN	JA	0
B16	einen Selbstmordversuch unternommen (Versuch sich umzubringen)? FALLS B16 = NEIN, FAHREN SIE MIT B17 FORT.		NEIN	JA	
B16 a	einen Selbstmordversuch (Versuch sich umzubringen) begonnen, aber dann beschlossen, den Versuch abubrechen und ihn nicht zu Ende geführt?		NEIN	JA	12
B16 b	einen Selbstmordversuch (Versuch sich umzubringen) begonnen, wurden aber dann unterbrochen und haben den Versuch nicht zu Ende geführt?		NEIN	JA	13
B16 c	einen Selbstmordversuch (Versuch sich umzubringen) exakt wie von Ihnen beabsichtigt durchgeführt? Ein Selbstmordversuch bedeutet, dass Sie etwas getan haben, wobei Sie sich hätten verletzen können mit zumindest einer gewissen Absicht, dabei zu sterben. FALLS B16c = NEIN, FAHREN SIE MIT B17 FORT:		NEIN	JA	14
	Haben Sie gehofft, gerettet zu werden/zu überleben?	<input type="checkbox"/>			

Haben Sie erwartet/beabsichtigt zu sterben?

B17 ZEIT, DIE PRO TAG FÜR SUIZIDALE IMPULSE, GEDANKEN ODER HANDLUNGEN AUFGEWENDET

WIRD:

Zeit, die pro Tag üblicherweise dafür _____ Stunden _____ Minuten
aufgewendet wird:

Zeit, die pro Tag mindestens dafür _____ Stunden _____ Minuten
aufgewendet wird:

Zeit, die pro Tag höchstens dafür _____ Stunden _____ Minuten
aufgewendet wird:

Während Ihres Lebens:

B18 Haben Sie jemals versucht, Selbstmord zu begehen (versucht, sich umzubringen)? NEIN JA 4

Falls JA, wie oft? _____

Falls JA, wann war der letzte Selbstmordversuch?

Aktuell: während der letzten 12 Monate

In früher Remission: vor 12 bis 24 Monaten

In Remission: vor mehr als 24 Monaten

„Ein Selbstmordversuch ist jegliches selbstverletzende Verhalten mit zumindest einer gewissen Absicht (> 0), dadurch zu sterben. Die Tatsache, dass die Person zumindest eine gewisse Absicht hatte, sich umzubringen, kann offensichtlich sein oder aus dem Verhalten oder den Umständen abgeleitet werden. Man spricht z. B. von einem Selbstmordversuch, wenn es eindeutig kein Unfall war oder die betreffende Person glaubt, die Handlung könne tödlich sein, selbst wenn sie die Absicht abstreitet.“ (FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior Document 2012 und C-CASA-Definition). Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 & <http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/>

B19 Wie wahrscheinlich ist es auf einer Skala von 0-100 %, dass Sie in den nächsten 3 Monaten versuchen werden, Selbstmord zu begehen? _____%
 BEI JEDER UNTER **B19** ANGEgebenEN WAHRSCHEINLICHKEIT VON > 0 % SOLLTE JA ANGEKREUZT NEIN JA 13
 WERDEN.

WURDE MINDESTENS 1 DER OBIGEN FRAGEN (AUSSER B1) MIT JA BEANTWORTET? ?

FALLS JA, ADDIEREN SIE DIE PUNKTE FÜR DIE EINZELNEN FRAGEN (**B1-B19**), DIE MIT „JA“ BEANTWORTET WURDEN, UND SPEZIFIZIEREN SIE DEN GRAD DER SUIZIDALITÄT WIE IM DIAGNOSEFELD ANGEgeben:

GEBEN SIE AN, OB DIE SUIZIDALITÄT AKTUELL IST (VERGANGENER MONAT) ODER IM BISHERIGEN LEBEN BESTAND ODER BEIDES ZUTRIFFT, INDEM SIE DAS ENTSPRECHENDE KÄSTCHEN, BEIDE KÄSTCHEN ODER KEINES DER KÄSTCHEN ANKREUZEN.
 AKTUELL = IRGEND EINE POSITIVE ANTWORT BEI **B1a** BIS **B16c** (AUSSER **B15**) ODER IRGEND EINE ZEITANGABE BEI **B17**. VERSUCH(E) BISHER (LEBENSZEIT) = **B18** MIT JA BEANTWORTET.
 WAHRSCHEINLICH IN DER NAHEN ZUKUNFT = **B19** MIT JA BEANTWORTET.

MACHEN SIE ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN ZU IHRER BEWERTUNG DER AKTUELLEN SUIZIDALITÄT UND DER SUIZIDALITÄT IN DER NAHEN ZUKUNFT DES PATIENTEN:

NEIN		JA
SUIZIDALITÄT		
1-8 Punkte	Gering	<input type="checkbox"/>
9-16 Punkte	Mäßig	<input type="checkbox"/>
≥ 17 Punkte	Hoch	<input type="checkbox"/>
AKTUELL		<input type="checkbox"/>
VERSUCH(E) BISHER (LEBENSZEIT)		<input type="checkbox"/>
WAHRSCHEINLICH IN DER NAHEN ZUKUNFT		<input type="checkbox"/>

WURDE **B18** MIT JA BEANTWORTET?

UND FOLGENDE FRAGE MIT JA BEANTWORTET:

WURDE DIE SUIZIDALE HANDLUNG BEGONNEN, ALS DIE PERSON SICH NICHT IN EINEM VERWIRRTHEITS- ODER WAHNZUSTAND BEFAND?

UND FOLGENDE FRAGE MIT JA BEANTWORTET:

WURDE DIE SUIZIDALE HANDLUNG OHNE POLITISCHEN ODER RELIGIÖSEN HINTERGRUND DURCHGEFÜHRT?
 FALLS JA, GEBEN SIE BITTE AN, OB DIE STÖRUNG AKTUELL, IN FRÜHER REMISSION ODER IN REMISSION IST.

NEIN		JA
SUIZIDALE VERHALTENSSTÖRUNG		
Aktuell		<input type="checkbox"/>
In früher Remission		<input type="checkbox"/>
In Remission		<input type="checkbox"/>

C. MANISCHE UND HYPOMANISCHE EPISODEN

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE NEIN IN DEN DIAGNOSEFELDERN MANISCHE UND HYPOMANISCHE EPISODE AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

	Haben Sie eine familiäre Vorgeschichte von manisch depressiven oder bipolaren Störungen oder gibt es ein Familienmitglied, dessen Stimmungsschwankungen mit einem Medikament wie Lithium, Valproinsäure oder Lamotrigin behandelt wurden? DIESE FRAGE IST KEIN KRITERIUM FÜR BIPOLEARE STÖRUNG. SIE WIRD GESTELLT, UM DIE AUFMERKSAMKEIT DES ARZTES HINSICHTLICH DES RISIKOS FÜR BIPOLEARE STÖRUNG ZU ERHÖHEN. FALLS JA, GEBEN SIE BITTE AN, WER: _____	NEIN	JA
C1	a Gab es bei Ihnen jemals eine Zeit, in der Sie sich so „himmelhoch jauchzend“, aufgedreht, hyperaktiv oder so voller Energie oder von sich selbst überzeugt fühlten, dass dies für Sie zu Problemen führte oder andere Leute dachten, dass Sie nicht Sie selbst wären? (Berücksichtigen Sie nicht die Phasen, in denen Sie unter dem Einfluss von Drogen, Medikamenten oder Alkohol standen.) FALLS DER PATIENT VERWIRRT ODER SICH NICHT IM KLAREN DARÜBER IST, WAS SIE MIT „HIMMELHOCH JAUCHZEND“, AUFGEDREHT ODER HYPERAKTIV MEINEN, PRÄZISIEREN SIE: Mit „himmelhoch jauchzend“, aufgedreht oder hyperaktiv meine ich: eine gehobene Stimmung, vermehrte Energie oder Aktivität, geringeres Schlafbedürfnis, Gedankenrasen und Ideenfülle, gesteigerte Produktivität, Motivation, Kreativität oder impulsives Verhalten; übermäßig viel telefonieren, arbeiten oder mehr Geld ausgeben. FALLS NEIN, KREUZEN SIE NEIN IN C1b AN. FALLS JA, FRAGEN SIE:	NEIN	JA
	b Fühlen Sie sich derzeit „himmelhoch jauchzend“, aufgedreht, hyperaktiv oder voller Energie?	NEIN	JA
C2	a Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich immer wieder über mehrere Tage so reizbar fühlten, dass Sie in Streit oder in verbale oder körperliche Auseinandersetzungen gerieten oder Personen außerhalb Ihrer Familie anschrien? Haben Sie oder andere bemerkt, dass Sie im Vergleich zu anderen Menschen reizbarer waren oder überreagierten, selbst wenn Sie es in diesem Moment für gerechtfertigt hielten? FALLS NEIN, KREUZEN SIE NEIN IN C2b AN; FALLS JA FRAGEN SIE:	NEIN	JA
	b Fühlen Sie sich derzeit ständig reizbar?	NEIN	JA
	WURDE C1a ODER C2a MIT JA BEANTWORTET?	NEIN ➔	JA
C3	FALLS C1b ODER C2b = JA: EXPLORIEREN SIE ZUNÄCHST DIE AKTUELLE UND ANSCHLIEßEND DIE SYMPTOMATISCHSTE FRÜHERE EPISODE, ANSONSTEN FALLS C1b UND C2b = NEIN: EXPLORIEREN SIE NUR DIE SYMPTOMATISCHSTE FRÜHERE EPISODE. WENN SIE DIE AKTUELLE EPISODE EXPLORIEREN, LEITEN SIE BITTE JEDE FRAGE WIE FOLGT EIN: Während der letzten paar Tage einschließlich heute, als Sie sich aufgedreht und voller Energie oder reizbar fühlten: WENN SIE DIE FRÜHERE EPISODE EXPLORIEREN, LEITEN SIE BITTE JEDE FRAGE WIE FOLGT EIN: Während eines Zeitraums von ein paar Tagen in der Vergangenheit, als Sie sich am stärksten aufgedreht und voller Energie oder am stärksten reizbar fühlten:		

Anhang B – Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Messzeitpunkt SCR

Patienten-ID:

CBTlate M.I.N.I.

		<u>Aktuelle Episode</u>		<u>Frühere Episode</u>	
a	Hatten Sie das Gefühl, Dinge tun zu können, zu denen andere nicht fähig sind, oder eine besonders wichtige Person zu sein? FALLS JA, FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. DIE BEISPIELE ENTSPRECHEN EINER WAHNDIEE. Aktuelle Episode <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Frühere Episode <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	NEIN	JA	NEIN	JA
b	Brauchten Sie weniger Schlaf (fühlten Sie sich z. B. nach nur wenigen Stunden Schlaf ausgeruht)?	NEIN	JA	NEIN	JA
c	Redeten Sie zu viel ohne Unterbrechung oder spürten Sie den Drang, immer weiterzureden?	NEIN	JA	NEIN	JA
d	Bemerkten Sie, dass Ihre Gedanken jagten, drängten oder rasten oder rasch von einem zum anderen Thema sprangen?	NEIN	JA	NEIN	JA
e	Waren Sie so leicht ablenkbar, dass Sie bereits durch jede kleine Unterbrechung den Faden verloren?	NEIN	JA	NEIN	JA
f	Sind Ihre Aktivitäten oder Ihr Antrieb bei der Arbeit, in der Schule, im sozialen Umfeld oder in der Sexualität deutlich gestiegen oder wurden Sie körperlich oder gedanklich ruhelos? Dieser Aktivitätsanstieg kann einem Zweck dienen oder nicht.	NEIN	JA	NEIN	JA
g	Hatten Sie ein so starkes Verlangen nach angenehmen Aktivitäten, dass Sie die Risiken und Folgen, die Ihnen daraus erwachsen würden, ignorierten (z. B. übertriebene Einkäufe, waghalsiges Fahren oder leichtsinnige sexuelle Aktivitäten)?	NEIN	JA	NEIN	JA
C3 ZUSAMMENFASSUNG: FÜR DIE AKTUELLE EPISODE: FALLS C1b = NEIN , WURDEN 4 ODER MEHR C3-FRAGEN EINSCHLISSLICH C3f MIT JA BEANTWORTET? FALLS C1b = JA , WURDEN 3 ODER MEHR C3-FRAGEN EINSCHLISSLICH C3f MIT JA BEANTWORTET?		NEIN	JA	NEIN	JA
FÜR DIE FRÜHERE EPISODE: FALLS C1a = NEIN , WURDEN 4 ODER MEHR C3-FRAGEN EINSCHLISSLICH C3f MIT JA BEANTWORTET? FALLS C1a = JA , WURDEN 3 ODER MEHR C3-FRAGEN EINSCHLISSLICH C3f MIT JA BEANTWORTET?					
NUR DANN JA ANKREUZEN, WENN DIE 3 ODER 4 SYMPTOME OBEN WÄHREND DESSELBEN ZEITRAUMS AUFGETRETEN SIND.					
REGEL: HOCHSTIMMUNG/ÜBERSCHWÄNGLICHKEIT ERFORDERT NUR 3 DER C3-SYMPTOME , WÄHREND REIZBARE STIMMUNG ALLEIN 4 DER C3-SYMPTOME ERFORDERT.					
C4	Was ist der längste Zeitraum, über den die Symptome vorlagen (beinahe jeden Tag und für die meiste Zeit des Tages)? SCHÄTZEN SIE DIE DAUER VOM ERSTMALIGEN BIS ZUM LETZTMALIGEN AUFTRETEN DER SYMPTOME AB, NICHT NUR DEN HÖHEPUNKT.				
	a) 3 aufeinanderfolgende Tage oder weniger		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	b) 4, 5 oder 6 aufeinanderfolgende Tage oder mehr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	c) 7 aufeinanderfolgende Tage oder mehr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C5	Waren Sie wegen dieser Probleme im Krankenhaus?	NEIN	JA	NEIN	JA

		<u>Aktuelle Episode</u>		<u>Frühere Episode</u>	
FALLS JA, KREUZEN SIE JA FÜR MANISCHE EPISODE FÜR DIESEN ZEITRAUM AN UND FAHREN SIE MIT C7 FORT.					
C6	Haben diese Symptome zu Hause, bei der Arbeit, im sozialen Umfeld, in Ihren Beziehungen zu anderen Personen, in der Schule oder anderweitig zu wesentlichen Problemen geführt?	NEIN	JA	NEIN	JA
C7	Gingen diese Symptome mit einer klaren Veränderung der Art und Weise einher, wie Sie davor funktionierten, und war das anders als die Art und Weise, wie Sie normalerweise sind?	NEIN	JA	NEIN	JA

WURDEN DIE ZUSAMMENFASSUNG UNTER C3 SOWIE C7 UND (C4c ODER C5 ODER C6 ODER IRGEND EIN PSYCHOTISCHES MERKMAL UNTER K1 BIS K8) MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE EPISODE AKTUELL IST UND/ODER FRÜHER WAR.

NEIN JA

MANISCHE EPISODE

AKTUELL
FRÜHER

WURDE DIE ZUSAMMENFASSUNG UNTER C3 MIT JA BEANTWORTET UND WURDEN C5 UND C6 MIT NEIN UND C7 MIT JA BEANTWORTET UND WURDE ENTWEDER C4b ODER C4c MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDEN ALLE PSYCHOTISCHEN MERKMALE UNTER K1 BIS K8 MIT NEIN BEANTWORTET??

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE EPISODE AKTUELL IST UND/ODER FRÜHER WAR.

FALLS JA FÜR AKTUELLE MANISCHE EPISODE, DANN KREUZEN SIE NEIN FÜR AKTUELLE HYPOMANISCHE EPISODE AN.

FALLS JA FÜR FRÜHERE MANISCHE EPISODE, DANN KREUZEN SIE NICHT UNTERSUCHT FÜR FRÜHERE HYPOMANISCHE EPISODE AN.

HYPOMANISCHE EPISODE

AKTUELL NEIN
 JA

FRÜHER NEIN
 JA
 NICHT UNTERSUCHT

WURDEN DIE ZUSAMMENFASSUNG UNTER C3 UND C4a MIT JA BEANTWORTET UND WURDE C5 MIT NEIN BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE EPISODE AKTUELL IST UND/ODER FRÜHER WAR.

FALLS JA FÜR AKTUELLE MANISCHE EPISODE ODER HYPOMANISCHE EPISODE, DANN KREUZEN SIE NEIN FÜR AKTUELLE HYPOMANISCHE SYMPTOME AN.

FALLS JA FÜR FRÜHERE MANISCHE EPISODE ODER JA FÜR FRÜHERE HYPOMANISCHE EPISODE, DANN KREUZEN SIE NICHT UNTERSUCHT FÜR FRÜHERE HYPOMANISCHE SYMPTOME AN.

HYPOMANISCHE SYMPTOME	
AKTUELL	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
FRÜHER	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NICHTUNTERSUCHT

- C8
- a) FALLS MANISCHE EPISODE ENTWEDER FÜR AKTUELL ODER FRÜHER ZUTRIFFT, FRAGEN SIE:
Hatten Sie in Ihrem Leben 2 oder mehr dieser (manischen) Episoden (einschließlich der aktuellen Episode, falls vorhanden), die 7 oder mehr Tage (C4c) gedauert haben?
- b) FALLS MANISCHE ODER HYPOMANISCHE EPISODE ENTWEDER FÜR AKTUELL ODER FRÜHER ZUTRIFFT, FRAGEN SIE:
Hatten Sie in Ihrem Leben 2 oder mehr dieser (hypomanischen) Episoden (einschließlich der aktuellen Episode), die 4 oder mehr Tage (C4b) gedauert haben?
- c) FALLS DIE KATEGORIE FRÜHERE „HYPOMANISCHE SYMPTOME“ MIT JA BEANTWORTET WURDE, FRAGEN SIE:
Hatten Sie in Ihrem Leben 4 oder mehrmals diese hypomanischen Symptome (einschließlich der aktuellen Episode, falls vorhanden), die nur 1 bis 3 Tage (C4a) gedauert haben?

NEIN JA

NEIN JA

NEIN JA

D. PANIKSTÖRUNG

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

D1	a	Hatten Sie mehr als einmal Attacken, bei denen Sie sich plötzlich bange, voll starker Angst, beklommen oder unbehaglich fühlten, selbst in Situationen, in denen die meisten Leute nicht so reagieren würden?	➔ NEIN	JA
	b	Erreichten diese Attacken innerhalb von 10 Minuten den Höhepunkt?	➔ NEIN	JA
D2		Traten diese Attacken zu irgendeinem Zeitpunkt unerwartet oder unvorhersehbar oder ohne direkten Auslöser auf?	➔ NEIN	JA
D3		Hatten Sie jemals nach einer derartigen Attacke einen Monat oder länger ständig Angst vor einer weiteren Attacke oder machten sich Sorgen über mögliche Folgen einer solchen Attacke, oder haben Sie aufgrund der Attacken Ihr Verhalten wesentlich verändert (z. B. vermieden Sie ungewohnte Situationen oder vermieden Sie es, Ihr Zuhause zu verlassen oder allein einkaufen zu gehen, oder trafen Sie Vorkehrungen, um eine Panikattacke zu vermeiden, oder suchten Sie häufiger Ihren Arzt oder die Notaufnahme auf)?	➔ NEIN	JA
D4		Während der schlimmsten Attacke, an die Sie sich erinnern können:		
	a	Hatten Sie da Herzrhythmusstörungen, Herzrasen oder starkes Herzklopfen?	➔ NEIN	JA
	b	Schwitzten Sie oder hatten Sie feuchte Hände?	➔ NEIN	JA
	c	Litten Sie unter Zittern oder Schütteln?	➔ NEIN	JA
	d	Hatten Sie das Gefühl von Kurzatmigkeit oder Atemprobleme oder das Gefühl zu ersticken?	➔ NEIN	JA
	e	Hatten Sie ein Engegefühl oder einen Kloß im Hals?	➔ NEIN	JA
	f	Hatten Sie Schmerzen, Druck oder ein unbehagliches Gefühl in der Brust?	➔ NEIN	JA
	g	Litten Sie unter Übelkeit, Magenproblemen oder plötzlichem Durchfall?	➔ NEIN	JA
	h	Fühlten Sie sich schwindelig, wackelig auf den Beinen, benommen oder der Ohnmacht nahe?	➔ NEIN	JA
	i	Litten Sie unter Hitzewallungen oder Kälteschauern?	➔ NEIN	JA
	j	Litten Sie unter Kribbeln oder Taubheitsgefühlen in bestimmten Körperteilen?	➔ NEIN	JA
	k	Empfanden Sie die Dinge in Ihrer Umgebung als eigenartig, unwirklich, losgelöst oder ungewohnt? Oder fühlten Sie sich selbst ganz oder teilweise losgelöst bzw. außerhalb Ihres Körpers?	➔ NEIN	JA
	l	Hatten Sie Angst, Sie würden verrückt werden oder die Kontrolle verlieren?	➔ NEIN	JA
	m	Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	➔ NEIN	JA
D5		WURDEN D3 SOWIE 4 ODER MEHR D4-FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA PANIKSTÖRUNG LEBENSZEIT

D6 Hatten Sie im letzten Monat ständig Angst vor einer weiteren Attacke oder machten sich Sorgen über mögliche Folgen einer solchen Attacke, oder haben Sie aufgrund der Panikattacken Ihr Verhalten auf irgendeine Weise verändert?

NEIN

JA
PANIKSTÖRUNG
AKTUELL

WURDE ENTWEDER D5 ODER D6 MIT JA BEANTWORTET,

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE EPISODE AKTUELL IST UND/ODER IM BISHERIGEN LEBEN BESTAND.

NEIN JA

PANIKSTÖRUNG

LEBENSZEIT

AKTUELL

E. AGORAPHOBIE

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

E1	Fühlen Sie sich ängstlich oder unbehaglich an Orten oder in Situationen, wo keine Hilfe erreichbar wäre oder es schwierig wäre zu fliehen, wenn Sie eine Panikattacke oder panikartige oder peinliche Symptome hätten, wie z. B. in einer Menschenmenge oder einer Warteschlange, auf einer offenen Fläche oder beim Überqueren einer Brücke, in einem geschlossenen Raum, wenn Sie allein von zuhause weg oder allein zuhause sind oder in einem Bus, Zug oder Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln reisen?	➔ NEIN	JA
	WURDEN 2 ODER MEHR DER OBEN GENANNTEN SITUATIONEN UNTER E1 MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA
E2	Rufen diese Situationen nahezu immer Furcht oder Angst hervor?	➔ NEIN	JA
E3	Fürchten Sie diese Situationen so sehr, dass Sie sie vermeiden, darunter leiden oder sich ihnen nur in Begleitung aussetzen würden?	➔ NEIN	JA
E4	Ist diese Furcht oder Angst übertrieben oder unverhältnismäßig angesichts der realen Gefahr in der Situation?	➔ NEIN	JA
E5	Dauerte diese Vermeidung, Furcht oder Angst mindestens 6 Monate an?	➔ NEIN	JA
E6	Haben diese Symptome zu Hause, bei der Arbeit, im sozialen Umfeld, in der Schule oder anderweitig zu wesentlichen Problemen geführt oder Sie stark belastet?	➔ NEIN	JA

WURDE E6 MIT JA BEANTWORTET?

NEIN	JA
AGORAPHOBIE AKTUELL	

F. SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (Soziale Phobie)

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

		➔	
F1	Hatten Sie im letzten Monat ständig Furcht und übergroße Angst, wenn Sie beobachtet wurden, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zogen oder davor, gedemütigt oder in Verlegenheit gebracht zu werden oder Ablehnung zu erfahren? Dazu zählt auch, wenn Sie in der Öffentlichkeit das Wort ergreifen, in der Öffentlichkeit oder in Gegenwart anderer essen, schreiben, wenn jemand zusieht, anderen etwas vorführen oder sonstige soziale Situationen.	➔	NEIN JA

BEISPIELE SOLCHER SOZIALER SITUATIONEN SCHLIESSEN IN DER REGEL FOLGENDES EIN:

- EINE KONVERSATION BEGINNEN ODER AUFRECHT ERHALTEN,
- TEILNAHME AN KLEINEN GRUPPEN,
- VERABREDUNGEN (DATES),
- SPRECHEN MIT AUTORITÄTSPERSONEN,
- TEILNAHME AN PARTYS,
- SPRECHEN IN DER ÖFFENTLICHKEIT,
- ESSEN VOR ANDEREN,
- ANDEREN ETWAS VORFÜHREN,
- WASSERLASSEN IN EINER ÖFFENTLICHEN TOILETTE ETC.

		➔	
F2	Rufen diese sozialen Situationen nahezu immer Furcht oder Angst hervor?	➔	NEIN JA
F3	Fürchten Sie diese sozialen Situationen so sehr, dass Sie sie vermeiden, darunter leiden oder sich ihnen nur in Begleitung aussetzen würden?	➔	NEIN JA
F4	Ist diese soziale Furcht oder Angst in diesen sozialen Situationen übertrieben oder unvernünftig?	➔	NEIN JA
F5	Dauerte diese soziale Vermeidung, Furcht oder Angst mindestens 6 Monate an?	➔	NEIN JA
F6	Haben diese sozialen Ängste bei der Arbeit, in der Schule oder im sozialen Umfeld oder in Ihren Beziehungen zu anderen Personen oder anderweitig zu Einschränkungen Ihrer Funktionsfähigkeit geführt oder Sie stark belastet?	➔	NEIN JA

WURDE F6 MIT JA BEANTWORTET

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

HINWEIS AN DEN ARZT: GEBEN SIE BITTE AN, OB DIE ÄNGSTE DES PATIENTEN DARAUF BESCHRÄNKT SIND, IN DER ÖFFENTLICHKEIT ZU SPRECHEN ODER ETWAS VORZUFÜHREN.

Ja

**SOZIALE ANGST
STÖRUNG
(Soziale Phobie)
AKTUELL**

AUF SOZIALE ANGSTSTÖRUNG
BEI VORFÜHRUNGEN
BESCHRÄNKT

G. ZWANGSSTÖRUNG

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

G1	a	Haben Sie im Verlauf des letzten Monats unter Gedanken, Impulsen oder Vorstellungen gelitten, die unaufhörlich wiederkamen, ohne dass Sie es wollten, und die Sie als geschmacklos, unangemessen, aufdringlich oder belastend erlebten? (Z. B. der Gedanke, dass Sie schmutzig oder kontaminiert wären oder Keime an sich hätten oder Angst davor, andere zu kontaminieren, oder Angst davor, einer anderen Person Schaden zuzufügen, obwohl Sie das beunruhigt oder belastet, oder Angst davor, irgendeinen Impuls in die Tat umzusetzen, oder Angst oder Aberglaube, für Dinge, die schief laufen, die Verantwortung zu tragen, oder zwanghafte sexuelle Gedanken, bildliche Vorstellungen oder Impulse oder religiöse Zwangsvorstellungen.)	NEIN	JA
			↓ FAHREN SIE MIT G3a FORT	
G1	b	Haben Sie im letzten Monat versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu unterdrücken oder sie durch andere Gedanken oder Aktivitäten zu neutralisieren oder zu reduzieren? (NICHT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND ÜBERMÄSSIGE BESORGNIS ÜBER PROBLEME DES TÄGLICHEN LEBENS. EBENFALLS NICHT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND ZWANGSVORSTELLUNGEN IM DIREKTEN ZUSAMMENHANG MIT HORTEN, TRICHOTILLOMANIE, DERMATILLOMANIE, DYSMORPHOPHOBIE, ESSSTÖRUNGEN, SEXUELLE DEVIATION, PATHOLOGISCHES SPIELEN, ALKOHOL- ODER DROGENKONSUM, WEIL DER PATIENT AN DER AKTIVITÄT SELBST FREUDE FINDEN KÖNNTE UND IHR VIELLEICHT NUR WEGEN DER NEGATIVEN KONSEQUENZEN WIDERSTEHEN WILL.)	NEIN	JA
			↓ FAHREN SIE MIT G3a FORT	

G2	Sind Ihnen diese Vorstellungen immer wieder in den Sinn gekommen, selbst wenn Sie versuchten, sie zu ignorieren oder sie loszuwerden?	NEIN	JA
		<u>Zwangsvorstellungen</u>	

G3	a	Haben Sie im Verlauf des vergangenen Monats den Drang verspürt, aufgrund einer Zwangsvorstellung oder starren Regel bestimmte Dinge immer wieder zu tun, wie z. B. sich übermäßig zu waschen oder übermäßig zu putzen, immer wieder bestimmte Dinge zu kontrollieren oder zu zählen oder Dinge zu wiederholen oder zu ordnen oder andere abergläubische Rituale zu vollziehen?	NEIN	JA
G3	b	Werden diese Rituale vollzogen, um Angst oder Belastung zu vermeiden oder abzubauen oder um zu verhindern, dass etwas Schlimmes passiert, und sind sie übertrieben oder unvernünftig?	NEIN	JA
		<u>Zwangshandlungen</u>		

➔ WURDEN (G1a UND G1b UND G2) ODER (G3a UND G3b) MIT JA BEANTWORTET?

NEIN JA

G4 Haben diese Zwangsvorstellungen und/oder Zwangshandlungen im letzten Monat zu erheblichen Belastungen geführt oder zu Hause, bei der Arbeit, in der Schule oder im sozialen Umfeld oder in Ihren Beziehungen zu anderen Personen oder anderweitig zu Einschränkungen Ihrer Funktionsfähigkeit geführt oder mehr als 1 Stunde pro Tag in Anspruch genommen?

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?
 (PRÜFEN SIE, OB IRGENDWELCHE SYMPTOME EINER ZWANGSSTÖRUNG INNERHALB VON 3 WOCHEN NACH EINER INFEKTION AUFGETRETEN SIND.)

GEBEN SIE BITTE DEN GRAD DER EINSICHT AN UND OB DIE EPISODE TIC-BEDINGT IST.

NEIN	JA
ZWANGSSTÖRUNG AKTUELL	
EINSICHT:	
GUT ODER AUSREICHEND	<input type="checkbox"/>
MANGELHAFT	<input type="checkbox"/>
NICHT VORHANDEN	<input type="checkbox"/>
WAHNHAFT	<input type="checkbox"/>
TIC-BEDINGT	<input type="checkbox"/>

H. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

H1	Haben Sie jemals selbst ein extrem traumatisches Ereignis erlebt, das den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt für Sie oder eine andere Person einschloss, oder wurden Sie jemals Zeuge eines solchen Ereignisses oder sind anderweitig damit in Berührung gekommen? BEISPIELE FÜR TRAUMATISCHE EREIGNISSE SCHLIESSEN FOLGENDES EIN: SCHWERE UNFÄLLE, SEXUELLEN ODER KÖRPERLICHEN ANGRIFF, TERRORANSCHLAG, GEISELNAHME, ENTFÜHRUNG, BRANDKATASTROPHE, AUFFINDEN EINER LEICHE, KRIEG ODER NATURKATASTROPHEN, DEN UNERWARTETEN ODER GEWALTSAMEN TOD EINES NAHESTEHENDEN MENSCHEN ZU ERLEBEN ODER EINE LEBENSBEDROHLICHE KRANKHEIT.	➔ NEIN	JA
H2	Haben Sie seit dem traumatischen Ereignis das Ereignis auf belastende Weise und ohne dass Sie es wollten mehrfach wieder erlebt (z. B. durch wiederkehrende Träume, intensive Erinnerungen oder Flashbacks oder so als würde sich das Ereignis erneut abspielen) oder zeigten Sie starke körperliche oder psychische Reaktionen, wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden oder einem ähnlichen Ereignis ausgesetzt waren?	➔ NEIN	JA
H3	Während des letzten Monats:		
a	Versuchten Sie hartnäckig, nicht über belastende Details oder Gefühle in Bezug auf das Ereignis nachzudenken oder sich nicht an diese Details oder Gefühle zu erinnern?	NEIN	JA
b	Versuchten Sie hartnäckig, Personen, Gespräche, Orte, Situationen, Aktivitäten oder Dinge zu vermeiden, die belastende Erinnerungen an das Ereignis wachrufen?	NEIN	JA
	WURDEN 1 ODER MEHR H3-FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA
H4	Während des letzten Monats:		
a	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des Traumas zu erinnern? (Jedoch nicht aufgrund von oder in Zusammenhang mit einem Schädel-Hirn-Trauma, Alkohol, Medikamenten oder Drogen.)	NEIN	JA
b	Sahen Sie sich selbst oder andere oder die Welt andauernd und in unangemessener Weise negativ?	NEIN	JA
c	Gaben Sie sich selbst oder anderen andauernd und in unangemessener Weise die Schuld am Trauma?	NEIN	JA
d	Waren Ihre Gefühle stets negativ (z. B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham)?	NEIN	JA
e	Ließ Ihr Interesse an Aktivitäten, die Ihnen zuvor wichtig gewesen waren, erheblich nach?	NEIN	JA
f	Fühlten Sie sich von anderen Menschen distanziert oder entfremdet?	NEIN	JA
g	Waren Sie nicht in der Lage, positive Gefühle (wie Glück, Zufriedenheit oder liebevolle Gefühle) zu empfinden?	NEIN	JA
	WURDEN 2 ODER MEHR H4-FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA

H5 **Während des letzten Monats:**

- a Waren Sie besonders reizbar oder hatten Sie grundlos oder bei geringstem Anlass Wutanfälle?
- b Waren Sie vermehrt waghalsig oder selbstzerstörerisch?
- c Waren Sie nervöser oder ständig auf der Hut?
- d Waren Sie schreckhafter?
- e Fiel es Ihnen schwerer, sich zu konzentrieren?
- f Konnten Sie schlechter schlafen?

NEIN JA

NEIN JA

NEIN JA

NEIN JA

NEIN JA

NEIN JA

WURDEN 2 ODER MEHR H5-FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?

➔
NEIN JA

H6 Begannen alle genannten Probleme nach dem traumatischen Ereignis und dauerten sie länger als einen Monat an?

➔
NEIN JA

H7 Haben diese Probleme im letzten Monat zu Hause, bei der Arbeit, in der Schule oder im sozialen Umfeld oder in Ihren Beziehungen zu anderen Personen oder anderweitig zu Einschränkungen Ihrer Funktionsfähigkeit geführt oder Sie stark belastet?

NEIN JA

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

GEBEN SIE BITTE AN, OB DIE ERKRANKUNG MIT DEPERSONALISATION, DEREALISATION ODER VERZÖGERTEM BEGINN EINHERGEHT.

**POSTTRAUMATISCHE
BELASTUNGSSTÖRUNG
AKTUELL**

MIT
DEPERSONALISATION
DEREALISATION
VERZÖGERTEM BEGINN

I. ALKOHOLKONSUMSTÖRUNG

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN IM DIAGNOSEFELD AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

		➔	NEIN	JA
I1	Ist es während der letzten 12 Monate mehr als dreimal vorgekommen, dass Sie 3 oder mehr alkoholische Getränke innerhalb von 3 Stunden getrunken haben?			
I2	Während der letzten 12 Monate:			
a	Ist es während der Zeiten, in denen Sie Alkohol getrunken haben, vorgekommen, dass Sie mehr getrunken haben als ursprünglich beabsichtigt?		NEIN	JA
b	Wollten Sie wiederholt Ihren Alkoholkonsum reduzieren oder kontrollieren? Haben Sie versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken oder zu kontrollieren, waren aber nicht dazu imstande? <small>WENN EINES HIERVON MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA AN.</small>		NEIN	JA
c	Haben Sie an den Tagen, an denen Sie getrunken haben, sehr viel Zeit damit verbracht, sich Alkohol zu besorgen, Alkohol zu trinken oder sich von der Alkoholwirkung zu erholen?		NEIN	JA
d	Hatten Sie das Verlangen oder einen starken Wunsch oder Drang, Alkohol zu trinken?		NEIN	JA
e	Haben Sie aufgrund Ihres wiederholten Trinkens weniger Zeit für Ihre beruflichen, schulischen oder häuslichen Verpflichtungen aufgewendet?		NEIN	JA
f	Falls Ihr Trinken zu Problemen mit Ihrer Familie oder anderen Menschen geführt hat, haben Sie trotzdem weiter getrunken?		NEIN	JA
g	Ist es mehr als einmal vorgekommen, dass Sie in einer Situation angetrunken waren, in der für Sie oder andere Personen ein Verletzungsrisiko bestand, z. B. beim Autofahren, Motorradfahren, Bedienen von Maschinen, Bootfahren usw.?		NEIN	JA
h	Ist es vorgekommen, dass Sie weiterhin Alkohol getrunken haben, obwohl klar war, dass der Alkohol psychische oder körperliche Probleme verursacht oder verschlechtert hatte?		NEIN	JA
i	Haben Sie wichtige berufliche oder soziale Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten aufgrund Ihres Alkoholkonsums eingeschränkt oder aufgegeben?		NEIN	JA
j	Haben Sie viel mehr Alkohol benötigt als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen wie am Anfang Ihres Trinkens, oder ließ die Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge nach?		NEIN	JA
k1	Wenn Sie Ihren starken oder anhaltenden Alkoholkonsum eingeschränkt haben, hatten Sie irgendwelche der folgenden Symptome:		NEIN	JA
	1. Vermehrtes Schwitzen oder beschleunigter Herzschlag			<input type="checkbox"/>
	2. Zittern der Hände oder „Flattermann“			<input type="checkbox"/>
	3. Schlafprobleme			<input type="checkbox"/>
	4. Übelkeit oder Erbrechen			<input type="checkbox"/>
	5. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht sehen oder hören konnten, oder Empfindungen auf der Haut ohne ersichtlichen Grund.			<input type="checkbox"/>
	6. Ruhelosigkeit			<input type="checkbox"/>
	7. Angst			<input type="checkbox"/>
	8. Krampfanfälle			<input type="checkbox"/>

WENN 2 ODER MEHR DER OBEN GENANNTEN 8 MIT JA BEANTWORTET WURDEN, KREUZEN SIE BEI k1 JA AN.

k2 Haben Sie Alkohol getrunken, um Entzugserscheinungen zu mindern oder zu vermeiden oder um einen Kater zu vermeiden? NEIN JA

I2k-ZUSAMMENFASSUNG: WENN I2k1 ODER I2k2 MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA AN. NEIN JA

WURDEN 2 ODER MEHR I2-FRAGEN, VON I2a BIS EINSCHLIESSLICH ZUSAMMENFASSUNG UNTER I2k MIT JA BEANTWORTET? (I2k1 UND I2k2 ZUSAMMEN ZÄHLEN ALS EINE ANTWORT)

NEIN	JA
ALKOHOLKONSUMSTÖRUNG	
LETZTE 12 MONATE	

SPEZIFIZIERUNG DER ALKOHOLKONSUMSTÖRUNG:

GERING = 2-3 DER I2-SYMPTOME
MÄSSIG = 4-5 DER I2-SYMPTOME
HOCH = 6 ODER MEHR DER I2-SYMPTOME

IN FRÜHER REMISSION = KRITERIEN FÜR DIE LETZTEN 3 BIS 12 MONATE NICHT ERFÜLLT

IN DAUERHAFTER REMISSION = KRITERIEN FÜR DIE LETZTEN 12 ODER MEHR MONATE NICHT ERFÜLLT (IN BEIDEN FÄLLEN MIT AUSNAHME DES KRITERIUMS d – (VERLANGEN) S. OBEN).

IN EINEM KONTROLLIERTEN UMFELD = IN DEM DER ZUGANG ZU ALKOHOL BESCHRÄNKT IST

SPEZIFIZIEREN SIE, OB:	
GERING	<input type="checkbox"/>
MÄSSIG	<input type="checkbox"/>
HOCH	<input type="checkbox"/>
IN FRÜHER REMISSION	<input type="checkbox"/>
IN DAUERHAFTER REMISSION	<input type="checkbox"/>
IN EINEM KONTROLLIERTEN UMFELD	<input type="checkbox"/>

J. SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG (KEIN ALKOHOL)

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

Ich werde Ihnen jetzt eine Liste mit verschiedenen Drogen/Substanzen und Medikamenten zeigen/vorlesen.

- | | | | | |
|----|---|---|-----------|----|
| J1 | a | Haben Sie während der letzten 12 Monate irgendeine dieser Substanzen mehr als einmal eingenommen, um „high“ zu werden, sich in Stimmung zu bringen, einen „Kick“ zu bekommen oder Ihre Stimmung zu verändern? | ➔
NEIN | JA |
|----|---|---|-----------|----|

KREUZEN SIE JEDE SUBSTANZ AN, DIE EINGENOMMEN WURDE:

Stimulanzien: Amphetamine, „Speed“, Crystal Meth, „Crank“, Dexedrin, Ritalin, Appetitzügler.**Kokain:** Snorting (zum Schnupfen), intravenös, Freebase, Crack, „Speedball“ (Mischung aus Heroin und Kokain).**Opiate:** Heroin, Morphin, Dilaudid, Opium, Demerol, Methadon, Darvon, Codein, Percodan, Vicodin, OxyContin.**Halluzinogene:** LSD („Acid“), Meskalin, Peyote, Psilocybin, STP (DOM), Pilze, „Ecstasy“, MDA, MDMA.**Dissoziativa:** PCP (Phencyclidin, „Angel Dust“, „Peace Pill“, „Hog“) oder Ketamin („Special K“).**Schnüffelstoffe:** Klebstoff, Ethylchlorid, „Rush“, „Lachgas“, Amylnitrat oder Butylnitrat („Poppers“).**Cannabis:** Marihuana, Haschisch („Hasch“), THC, „Pot“, „Gras“, „Weed“, „Reefer“, Hanf, Joints.**Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Angstlöser:** Quaalude, Secobarbital, Valium, Xanax, Librium, Lorazepam, Dalmane, Halcion, Barbiturate, Meprobamat, GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure), Rohypnol, „Roofies“.**Sonstige:** Steroide, rezeptfreie Schlafmittel oder Appetitzügler. Hustenmedikamente? Irgendwelche anderen?

NENNEN SIE DIE AM HÄUFIGSTEN KONSUMIERTE(N) SUBSTANZ(EN): _____

WELCHE SUBSTANZ(EN) VERURSACHT/VERURSACHEN DIE GRÖSSTEN PROBLEME? _____

EXPLORIEREN SIE ZUERST DIE UNTENSTEHENDEN KRITERIEN FÜR DIE SUBSTANZKLASSE, DIE DIE GRÖSSTEN PROBLEME VERURSACHT UND AM EHESTEN DIE KRITERIEN FÜR EINE SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG ERFÜLLT.

FAND EIN MISSBRAUCH MEHRERER SUBSTANZKLASSEN STATT, EXPLORIEREN SIE DIE LAUT PROTOKOLL ERFORDERLICHE ANZAHL.

- | | | | | |
|----|---|--|------|----|
| J2 | Wenn Sie an Ihren Konsum von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) während der letzten 12 Monate denken: | | | |
| | a | Ist es während der Zeiten, in denen Sie die Substanz konsumiert haben, vorgekommen, dass Sie mehr von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) konsumiert haben als ursprünglich beabsichtigt? | NEIN | JA |
| | b | Wollten Sie wiederholt Ihren Konsum von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) reduzieren oder kontrollieren? Haben Sie versucht, Ihren Konsum von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) einzuschränken oder zu kontrollieren, waren aber nicht dazu imstande?
WENN EINES HIERVON MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE JA AN. | NEIN | JA |
| | c | Haben Sie an den Tagen, an denen Sie mehr (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) konsumiert haben, sehr viel Zeit damit verbracht, (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) zu besorgen, sie einzunehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen? | NEIN | JA |
| | d | Hatten Sie das Verlangen oder einen starken Wunsch oder Drang, (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) zu konsumieren?) | NEIN | JA |
| | e | Haben Sie aufgrund Ihres wiederholten Konsums von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) weniger Zeit für Ihre beruflichen, schulischen oder häuslichen Verpflichtungen aufgewendet? | NEIN | JA |
| | f | Falls Ihr Konsum von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) zu Problemen mit Ihrer Familie oder anderen Menschen geführt hat, haben Sie es trotzdem weiterhin konsumiert? | NEIN | JA |

- | | | | |
|---|--|------|----|
| g | Ist es mehr als einmal vorgekommen, dass Sie die Substanz in einer Situation konsumiert haben, in der für Sie oder andere Personen ein Verletzungsrisiko bestand, z. B. beim Autofahren, Motorradfahren, Bedienen von Maschinen, Bootfahren usw.? | NEIN | JA |
| h | Ist es vorgekommen, dass Sie weiterhin (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) konsumiert haben, obwohl klar war, dass (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) psychische oder körperliche Probleme verursacht oder verschlechtert hatte? | NEIN | JA |
| i | Haben Sie wichtige berufliche oder soziale Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten aufgrund Ihres Konsums von (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) eingeschränkt oder aufgegeben? | NEIN | JA |
| j | Haben Sie viel mehr (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) benötigt als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen wie am Anfang Ihres Konsums, oder ließ die Wirkung bei fortgesetzter Verwendung derselben Menge nach?
<small>BEI DIESEM KRITERIUM WIRD NEIN ANGEKREUZT, WENN DAS MEDIKAMENT VERSCHRIEBEN WURDE UND UNTER ANGEMESSENER ARZTLICHER AUFSICHT EINGENOMMEN WIRD.</small> | NEIN | JA |

- | | | | |
|----|--|------|----|
| k1 | Wenn Sie Ihren starken oder anhaltenden Substanzkonsum eingeschränkt haben, hatten Sie irgendwelche der folgenden Entzugserscheinungen:
<small>WENN DIE ERFORDERLICHE ANZAHL AN ENTZUGSERSCHEINUNGEN FÜR DIE EINZELNEN SUBSTANZKLASSEN MIT JA BEANTWORTET WURDE, KREUZEN SIE BEI J2k1 JA AN.
BEI DIESEM KRITERIUM WIRD NEIN ANGEKREUZT, WENN DAS MEDIKAMENT VERSCHRIEBEN WURDE UND UNTER ANGEMESSENER ARZTLICHER AUFSICHT EINGENOMMEN WIRD.</small> | NEIN | JA |
|----|--|------|----|

Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Angstlöser (2 oder mehr Entzugserscheinungen)

1. Vermehrtes Schwitzen oder beschleunigter Herzschlag
2. Zittern der Hände oder „Flattermann“
3. Schlafprobleme
4. Übelkeit oder Erbrechen
5. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht sehen oder hören konnten, oder Empfindungen auf der Haut ohne ersichtlichen Grund.
6. Ruhelosigkeit
7. Angst
8. Krampfanfälle

Opiate (3 oder mehr Entzugserscheinungen)

1. Niedergeschlagenheit
2. Übelkeit oder Erbrechen
3. Muskelschmerzen
4. Triefende Nase oder tränende Augen
5. Erweiterte Pupillen, Gänsehaut oder Aufstellen der Haare oder Schwitzen
6. Durchfall
7. Gähnen
8. Hitzewallungen
9. Schlafprobleme

Stimulanzien und Kokain (2 oder mehr Entzugserscheinungen)

1. Müdigkeit/Erschöpfung
2. Lebhaftige oder unangenehme Träume
3. Schlafprobleme oder zu viel Schlaf
4. Gesteigerter Appetit
5. Gefühl oder Eindruck der körperlichen oder geistigen Verlangsamung

Cannabis (3 oder mehr Entzugserscheinungen)

1. Reizbarkeit, Wut oder Aggression
2. Nervosität oder Angst
3. Schlafprobleme

4. Appetit- oder Gewichtsverlust
5. Unruhe
6. Niedergeschlagenheit
7. Deutliches Unbehagen aufgrund eines der folgenden Symptome:
 Bauchschmerzen, Zittern oder „Flattermann“, Schwitzen,
 Hitzewallungen, Kälteschauer, Kopfschmerzen
- k2 Haben Sie (SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE) konsumiert, um Entzugserscheinungen zu mindern
 oder zu vermeiden? NEIN JA
- J2k-ZUSAMMENFASSUNG:** WENN J2k1 ODER J2k2 MIT JA BEANTWORTET WURDE,
 KREUZEN SIE JA AN. NEIN JA

WURDEN 2 ODER MEHR J2-FRAGEN VON J2a BIS EINSCHLIESSLICH
 ZUSAMMENFASSUNG UNTER J2k MIT JA BEANTWORTET?
 (J2k1 UND J2k2 ZUSAMMEN ZÄHLEN ALS EINE ANTWORT.)

NEIN	JA
SUBSTANZ (Substanz oder Substanzklasse) - KONSUMSTÖRUNG LETZTE 12 MONATE	

SPEZIFIZIERUNG DER SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG:

GERING = 2-3 DER J2-SYMPTOME
 MÄSSIG = 4-5 DER J2-SYMPTOME
 HOCH = 6 ODER MEHR DER J2-SYMPTOME

IN FRÜHER REMISSION = KRITERIEN FÜR DIE LETZTEN 3 BIS 12 MONATE NICHT
 ERFÜLLT
 IN DAUERHAFTER REMISSION = KRITERIEN FÜR DIE LETZTEN 12 ODER MEHR
 MONATE NICHT ERFÜLLT (IN BEIDEN FÄLLEN MIT AUSNAHME DES
KRITERIUMS d – (VERLANGEN) S. OBEN).

IN EINEM KONTROLLIERTEN UMFELD = IN DEM DER ZUGANG ZU
 SUBSTANZEN/DROGEN BESCHRÄNKT IST

SPEZIFIZIEREN SIE, OB:	
GERING	<input type="checkbox"/>
MÄSSIG	<input type="checkbox"/>
HOCH	<input type="checkbox"/>
IN FRÜHER REMISSION	<input type="checkbox"/>
IN DAUERHAFTER REMISSION	<input type="checkbox"/>
IN EINEM KONTROLLIERTEN UMFELD	<input type="checkbox"/>

K. PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN UND AFFEKTIVE STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN

FRAGEN SIE NACH EINEM BEISPIEL FÜR JEDE MIT JA BEANTWORTETE FRAGE. KREUZEN SIE NUR DANN JA AN, WENN DIE BEISPIELE KLAR ZEIGEN, DASS ES SICH UM EINE DENK- ODER WAHRNEHMUNGSSTÖRUNG HANDELT, ODER SICH DIE BEISPIELE NICHT MIT DER KULTURELLEN ZUGEHÖRIGKEIT DES PATIENTEN ERKLÄREN LASSEN. DER ZWECK DIESES MODULS BESTEHT DARIN, PATIENTEN MIT PSYCHOTISCHEN STÖRUNGEN AUSZUSCHLIESSEN. DIESES MODUL BENÖTIGT ERFAHRUNG.

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu ungewöhnlichen Erlebnissen stellen, die bei manchen Menschen vorkommen können.

- | | | | | |
|----|---|---|------|----|
| K1 | a | Glaubten Sie jemals, dass jemand Sie ausspioniert, ein Komplott gegen Sie schmiedet oder versucht, Ihnen etwas anzutun?
<small>HINWEIS: FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN, UM WIRKLICHES STALKING AUSZUSCHLIESSEN.</small> | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA: Glauben Sie das gegenwärtig? | NEIN | JA |
| K2 | a | Glaubten Sie jemals, dass jemand Ihre Gedanken lesen oder hören kann oder dass Sie die Gedanken anderer lesen oder hören können? | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA: Glauben Sie das gegenwärtig? | NEIN | JA |
| K3 | a | Glaubten Sie jemals, dass eine außenstehende Person oder Macht Ihnen Gedanken eingibt, die nicht Ihre eigenen sind, oder Sie beeinflusst, Dinge zu tun, die Sie normalerweise nicht tun würden? Hatten Sie jemals das Gefühl, besessen zu sein?
<small>ARZT: FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. NICHT PSYCHOTISCHE BEISPIELE NICHT BERÜCKSICHTIGEN.</small> | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA: Glauben Sie das gegenwärtig? | NEIN | JA |
| K4 | a | Glaubten Sie jemals, dass jemand über Fernsehen, Radio, Internet oder Zeitung, Bücher oder Magazine spezielle Botschaften direkt an Sie sendet oder dass eine Ihnen unbekannte Person sich besonders für Sie interessiert? | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA: Glauben Sie das gegenwärtig? | NEIN | JA |
| K5 | a | Haben Ihre Verwandten oder Freunde Ihnen jemals gesagt, dass sie Ihre Ideen für merkwürdig oder ungewöhnlich halten?
<small>ARZT: FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. KREUZEN SIE JA NUR AN, WENN DIESE BEISPIELE EINDEUTIG WAHNVORSTELLUNGEN SIND UND IN K1 BIS K4 NICHT EXPLORIERT WURDEN. ZUM BEISPIEL: RELIGIÖSE WAHNVORSTELLUNGEN, TODES- ODER KRANKHEITSWAHN, SOMATISCHE WAHNVORSTELLUNGEN, GRÖSSEN-, EIFERSUCHTS- ODER SCHULDWAHN ODER VERSAGENS-, MINDERWERTIGKEITS- ODER VERARMUNGSWAHN ODER NIHILISTISCHE WAHNVORSTELLUNGEN.</small> | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA: Halten Ihre Verwandten oder Freunde Ihre Ideen gegenwärtig für merkwürdig oder ungewöhnlich? | NEIN | JA |
| K6 | a | Ist es Ihnen jemals passiert, dass Sie etwas hörten, was andere nicht hören konnten, z. B. Stimmen? | NEIN | JA |
| | | FALLS JA ZUR STIMMENHALLUZINATION: Kommentierte die Stimme Ihre Gedanken oder Ihr Verhalten oder hörten Sie zwei oder mehr Stimmen, die sich miteinander unterhielten? | NEIN | JA |
| | b | FALLS JA ZU K6a: Haben Sie die Geräusche/Stimmen während des letzten Monats gehört? | NEIN | JA |
| | | FALLS JA ZUR STIMMENHALLUZINATION: Kommentierte die Stimme Ihre Gedanken oder Ihr Verhalten oder hörten Sie zwei oder mehr Stimmen, die sich miteinander unterhielten? | NEIN | JA |

Anhang B – Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview (M.I.N.I.)

Messzeitpunkt SCR

Patienten-ID:

CBTlate M.I.N.I.

K7	a	Hatten Sie jemals Visionen oder Erscheinungen, während Sie wach waren, oder haben Sie Dinge gesehen, die andere nicht sehen konnten? ARZT: PRÜFEN SIE, INWIEFERN SICH DIE VISIONEN NICHT MIT DER KULTURELLEN ZUGEHÖRIGKEIT DES PATIENTEN ERKLÄREN LASSEN.	NEIN	JA
	b	FALLS JA: Haben Sie derartige Visionen oder Erscheinungen während des letzten Monats gehabt?	NEIN	JA
BEURTEILUNG DES ARZTES				
K8	a	ZEIGTE DER PATIENT IN DER VERGANGENHEIT JEMALS ZERFAHRENES, INKOHÄRENTES ODER VERWORRENES SPRECHEN ODER DEUTLICHE ASSOZIATIVE LOCKERUNG?	NEIN	JA
K8	b	ZEIGT DER PATIENT AKTUELL INKOHÄRENTES DENKEN, ZERFAHRENES ODER VERWORRENES SPRECHEN ODER DEUTLICHE ASSOZIATIVE LOCKERUNG?	NEIN	JA
K9	a	ZEIGTE DER PATIENT IN DER VERGANGENHEIT JEMALS EIN ZERFAHRENES ODER KATATONES VERHALTEN?	NEIN	JA
K9	b	ZEIGT DER PATIENT AKTUELL EIN ZERFAHRENES ODER KATATONES VERHALTEN?	NEIN	JA
K10	a	ZEIGTE DER PATIENT IN DER VERGANGENHEIT JEMALS NEGATIVSYMPTOME, Z. B. DEUTLICHE VERMINDERUNG DES GEFÜHLSAUSDRUCKS ODER DEUTLICHE AFFEKTVERFLACHUNG, SPRACHVERARMUNG (ALOGIE) ODER UNFÄHIGKEIT, ZIELGERICHTETE AKTIVITÄTEN ZU BEGINNEN ODER DURCHZUHALTEN (ANTRIEBSLOSIGKEIT)?	NEIN	JA
K10	b	FALLEN NEGATIVSYMPTOME EINER SCHIZOPHRENIE WÄHREND DES INTERVIEWS AUF: Z. B. DEUTLICHE VERMINDERUNG DES GEFÜHLSAUSDRUCKS ODER DEUTLICHE AFFEKTVERFLACHUNG, SPRACHVERARMUNG (ALOGIE) ODER UNFÄHIGKEIT, ZIELGERICHTETE AKTIVITÄTEN ZU BEGINNEN ODER DURCHZUHALTEN (ANTRIEBSLOSIGKEIT)?	NEIN	JA
K11	a	WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER „a“ VON K1a BIS K7a MIT JA BEANTWORTET? UND WURDE ENTWEDER EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION (AKTUELL, REZIDIVIEREND ODER FRÜHER) ODER MANISCHE ODER HYPOMANISCHE EPISODE (AKTUELL ODER FRÜHER) MIT JA BEANTWORTET? UND WIE LANGE DAUERTE DIE AFFEKTIVE EPISODE? _____ WIE LANGE DAUERTE DIE PSYCHOTISCHEN EPISODE? _____ FALLS EINE SOLCHE AFFEKTIVE EPISODE VORHANDEN IST, ANTWORTEN SIE AUF K11a NUR MIT JA , WENN DIE AFFEKTIVE STÖRUNG WÄHREND DES ÜBERWIEGENDEN TEILS DER GESAMTDAUER DER AKUTEN PHASE UND DER RESIDUALPHASE DER PSYCHOTISCHEN SYMPTOME BESTEHT. ANSONSTEN KREUZEN SIE NEIN AN.	NEIN	JA
			↳ K13	
FALLS NEIN ZU K11a UND DIE GESAMTDAUER DER AFFEKTIVEN EPISODE IST KÜRZER ALS DIE GESAMTDAUER DER PSYCHOTISCHEN EPISODE, DANN KREUZEN SIE NEIN IN BEIDEN DIAGNOSEFELDERN „AFFEKTIVE STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN“ AN UND FAHREN SIE MIT K13 FORT.				

- b Sie hatten bereits berichtet, dass Sie Zeiten hatten, in denen Sie sich (deprimiert/„himmelhoch jauchzend“/immer wieder reizbar) fühlten.

Traten diese Überzeugungen und Erfahrungen, die Sie gerade beschrieben haben (MIT JA BEANTWORTETE SYMPTOME VON K1a BIS K7a), nur in solchen Zeiten auf, in denen Sie sich deprimiert/„himmelhoch jauchzend“/reizbar fühlten?

FALLS DER PATIENT DIESE ÜBERZEUGUNGEN ODER DIESE ERFAHRUNG (PSYCHOTISCHE SYMPTOME) JEMALS ÜBER EINEN ZEITRAUM VON MINDESTENS 2 WOCHEN HATTE, WENN ER SICH NICHT DEPRIMIERT/„HIMMELHOCH JAUCHZEND“/REIZBAR FÜHLTE, KREUZEN SIE **NEIN** FÜR DIESE STÖRUNG AN.

FALLS DIE ANTWORT FÜR DIESE STÖRUNGSGRUPPE **NEIN** IST, KREUZEN SIE AUCH BEI **K12 NEIN** AN UND FAHREN SIE MIT **K13** FORT.

NEIN

JA

**AFFEKTIVE STÖRUNG MIT
PSYCHOTISCHEN
MERKMALEN**

LEBENSZEIT

- K12 a WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER „b“ VON K1b BIS K7b MIT JA BEANTWORTET?

UND WURDE ENTWEDER

EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION (AKTUELL)

ODER

MANISCHE ODER HYPOMANISCHE EPISODE (AKTUELL) MIT JA BEANTWORTET?

FALLS DIE ANTWORT FÜR DIESE STÖRUNG **JA** IST (LEBENSZEIT ODER AKTUELL), KREUZEN SIE IN **K13** UND **K14 NEIN** AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT.

NEIN

JA

**AFFEKTIVE STÖRUNG MIT
PSYCHOTISCHEN
MERKMALEN**

AKTUELL

- K13 WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER „b“ VON K1b BIS K8b MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDEN 2 ODER MEHR FRAGEN UNTER „b“ VON K1b BIS K10b MIT JA BEANTWORTET?

UND TRATEN MINDESTENS 2 DER PSYCHOTISCHEN SYMPTOME WÄHREND DESSELBEN 1-MONATIGEN ZEITRAUMS AUF?

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

NEIN

JA

**PSYCHOTISCHE STÖRUNG
AKTUELL**

- K14 WURDE K13 MIT JA BEANTWORTET?

ODER

(WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER „a“ VON K1a BIS K8a MIT JA BEANTWORTET?

UND

WURDEN 2 ODER MEHR FRAGEN UNTER „a“ VON K1a BIS K10a MIT JA BEANTWORTET?

UND

TRATEN MINDESTENS 2 DER PSYCHOTISCHEN SYMPTOME WÄHREND DESSELBEN 1-MONATIGEN ZEITRAUMS AUF?)

UND

WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?

NEIN

JA

**PSYCHOTISCHE STÖRUNG
LEBENSZEIT**

N. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

(➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZUM DIAGNOSEFELD, KREUZEN SIE NEIN AN UND FAHREN SIE MIT DEM NÄCHSTEN MODUL FORT)

N1	a	Sind Sie in den letzten 6 Monaten übermäßig ängstlich oder besorgt wegen verschiedener alltäglicher Dinge gewesen? FALLS DEM PATIENTEN NICHT KLAR IST, WAS SIE MEINEN, FRAGEN SIE NACH (Glauben andere, dass Sie ein „Schwarzseher“ sind oder jemand, der sich ständig Sorgen macht?) UND FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.	➔ NEIN	JA
	b	Haben diese Ängste und Sorgen Sie an den meisten Tagen beschäftigt? SIND DIESE ÄNGSTE UND SORGEN DES PATIENTEN AUSSCHLIESSLICH AUF EINE DER ZUVOR BESCHRIEBENEN STÖRUNGEN BESCHRÄNKT ODER WERDEN BESSER DURCH EINE SOLCHE ERKLÄRT?	➔ NEIN	JA ➔ JA
N2		Fällt es Ihnen schwer, diese Sorgen zu kontrollieren?	➔ NEIN	JA
N3		KREUZEN SIE IM FOLGENDEN NEIN FÜR SOLCHE SYMPTOME AN, DIE SICH AUF MERKMALE EINER BEREITS IM VORIGEN EXPLORIERTEN STÖRUNG BESCHRÄNKEN. Wenn Sie sich in den letzten 6 Monaten ängstlich gefühlt haben, hatten Sie da die meiste Zeit folgende Beschwerden:		
	a	Haben Sie sich unruhig, nervös oder gereizt gefühlt?	NEIN	JA
	b	Haben Sie sich verspannt gefühlt?	NEIN	JA
	c	Haben Sie sich schnell müde, matt oder erschöpft gefühlt?	NEIN	JA
	d	Haben Sie Probleme gehabt, sich zu konzentrieren, oder haben Sie sich ganz leer im Kopf gefühlt?	NEIN	JA
	e	Haben Sie sich reizbar gefühlt?	NEIN	JA
	f	Haben Sie Schwierigkeiten gehabt zu schlafen (Einschlafprobleme, nächtliches oder frühmorgendliches Erwachen oder übermäßiges Schlafen)?	NEIN	JA
		WURDEN 3 ODER MEHR N3-FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA
N4		Führen diese Ängste und Sorgen bei der Arbeit, im sozialen Umfeld oder in Ihren Beziehungen zu anderen Personen oder anderweitig zu wesentlichen Einschränkungen Ihrer Funktionsfähigkeit oder belasten Sie diese Ängste und Sorgen sehr? UND WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG AKTUELL

O. SCHLIESSEN SIE MEDIZINISCHE, ORGANISCHE URSACHEN ODER MEDIKAMENTE BZW. SUBSTANZEN ALS URSACHEN FÜR ALLE STÖRUNGEN AUS

FALLS DER PATIENT DIE KRITERIEN FÜR IRGEND EINE AKTUELLE STÖRUNG ODER EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION ODER MANISCHE ODER HYPOMANISCHE EPISODE ERFÜLLT, FRAGEN SIE:

Direkt vor Beginn dieser Symptome:

O1 a Haben Sie irgendwelche Drogen oder Medikamente genommen oder waren Sie auf Drogen- oder Medikamentenentzug? Nein Ja Unsicher

O1 b Hatten Sie irgendeine körperliche Krankheit? Nein Ja Unsicher

O2 FALLS O1a ODER O1b MIT JA BEANTWORTET WURDE: IST NACH AUFFASSUNG DES ARZTES IRGEND ETWAS HIERVON MÖGLICHERWEISE EINE DIREKTE URSACHE FÜR DIE STÖRUNG DES PATIENTEN? STELLEN SIE, FALLS ERFORDERLICH, WEITERE OFFENE FRAGEN. Nein Ja Unsicher

O2-ZUSAMMENFASSUNG: WURDEN EINE ORGANISCHE/MEDIZINISCHE URSACHE BZW. MEDIKAMENTE ODER ANDERE SUBSTANZEN ALS URSACHE AUSGESCHLOSSEN? WENN O2 MIT JA BEANTWORTET WURDE, IST BEI DER ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2 NEIN ANZUKREUZEN. WENN O2 MIT NEIN BEANTWORTET WURDE, IST BEI DER ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2 JA ANZUKREUZEN. ANSONSTEN IST UNSICHER ANZUKREUZEN. Nein Ja Unsicher

AFFEKTIVE STÖRUNGEN: DIAGNOSTISCHER ALGORITHMUS

Zu berücksichtigende Module: A Episode einer Major Depression
 C (Hypo-) manische Episode
 K Psychotische Störungen

MODUL K:

1	a	WURDE K11b MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA
1	b	WURDE K12a MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA

MODULE A und C:

			Aktuell	Früher
2	a	KREUZEN SIE JA AN, WENN IN A3e ODER IN IRGEND EINEM PSYCHOTISCHEN MERKMAL IN K1 BIS K7 EINE WAHNIDEE IDENTIFIZIERT WURDE.	JA	JA
	b	KREUZEN SIE JA AN, WENN IN C3a ODER IN IRGEND EINEM PSYCHOTISCHEN MERKMAL IN K1 BIS K7 EINE WAHNIDEE IDENTIFIZIERT WURDE.	JA	JA
	c	WURDE „EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION“ MIT JA BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)? UND WURDE „MANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)? UND WURDE „HYPOMANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)? UND WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA BEANTWORTET?		

SPEZIFIZIEREN SIE:

- OB DIE DEPRESSIVE EPISODE **AKTUELL** IST ODER **FRÜHER** WAR ODER BEIDES
- MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN, AKTUELL: FALLS **1b** ODER **2a** (AKTUELL) = **JA**
 MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN, FRÜHER: FALLS **1a** ODER **2a** (FRÜHER) = **JA**

**MAJOR DEPRESSION
STÖRUNG**

	Aktuell	
	Früher	
MDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mit psychotischen Merkmalen</i>		
Aktuell	<input type="checkbox"/>	
Früher	<input type="checkbox"/>	

d WURDE „MANISCHE EPISODE“ MIT JA BEANTWORTET (AKTUELL ODER FRÜHER)?
UND
WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA
BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE:

- OB DIE BIPOLAR-I-STÖRUNG AKTUELL IST ODER FRÜHER WAR ODER BEIDES
 - BEI EINER EINZIGEN MANISCHEN EPISODE: FALLS MANISCHE EPISODE (AKTUELL ODER FRÜHER) = JA
UND EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION (AKTUELL UND FRÜHER = NEIN)
 - MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN, AKTUELL: FALLS 1b ODER 2a (AKTUELL) ODER 2b = JA
MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN, FRÜHER: FALLS 1a ODER 2a (FRÜHER) ODER 2b = JA
 - OB DIE LETZTE EPISODE MANISCH, DEPRESSIV ODER HYPOMANISCH WAR (SICH GEGENSEITIG AUSSCHLIESSEND)
 - OB DIE LETZTE AFFEKTIVE EPISODE MIT GEMISCHTEN MERKMALEN, ANGST ODER PSYCHOTISCHEN MERKMALEN EINHERGING
- (HYPO-) MANISCH MIT GEMISCHTEN MERKMALEN = (HYPO-) MANISCH + MINDESTENS 3 SYMPTOME AUS A3
- DEPRESSIV MIT GEMISCHTEN MERKMALEN = EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION + MINDESTENS 3 SYMPTOME AUS C3
- MIT ANGST = MIT MINDESTENS 3 SYMPTOMEN AUS N3

BIPOLAR-I-STÖRUNG	
	Aktuell Früher
Bipolar-I-Störung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Einzelne manische Episode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mit psychotischen Merkmalen	
Aktuell	<input type="checkbox"/>
Früher	<input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Manisch	<input type="checkbox"/>
Depressiv	<input type="checkbox"/>
Hypomanisch	<input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Mit gemischten Merkmalen	<input type="checkbox"/>
Mit Angst	<input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Gering	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Hoch	<input type="checkbox"/>

e WURDE „EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION“ MIT JA BEANTWORTET (AKTUELL ODER FRÜHER)?
UND
WURDE „HYPOMANISCHE EPISODE“ MIT JA BEANTWORTET (AKTUELL ODER FRÜHER)?
UND
WURDE „MANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)?
UND
WURDE „SCHLIESSEN SIE ORGANISCHE URSACHEN AUS (ZUSAMMENFASSUNG UNTER O2)“ MIT JA
BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE:

- OB DIE BIPOLARE STÖRUNG AKTUELL IST ODER FRÜHER WAR ODER BEIDES
 - OB DIE LETZTE AFFEKTIVE EPISODE HYPOMANISCH ODER DEPRESSIV WAR (SICH GEGENSEITIG AUSSCHLIESSEND)
 - OB DIE LETZTE AFFEKTIVE EPISODE MIT GEMISCHTEN MERKMALEN, ANGST ODER PSYCHOTISCHEN MERKMALEN EINHERGING
- HYPOMANISCH MIT GEMISCHTEN MERKMALEN = HYPOMANISCH + MINDESTENS 3 SYMPTOME AUS A3
- DEPRESSIV MIT GEMISCHTEN MERKMALEN = EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION + MINDESTENS 3 SYMPTOME AUS C3
- MIT ANGST = MIT MINDESTENS 3 SYMPTOMEN AUS N3

BIPOLAR-II-STÖRUNG	
	Aktuell Früher
Bipolar-II-Störung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Hypomanisch	<input type="checkbox"/>
Depressiv	<input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Mit gemischten Merkmalen	<input type="checkbox"/>
Mit Angst	<input type="checkbox"/>
Letzte Episode	
Gering	<input type="checkbox"/>
Mäßig	<input type="checkbox"/>
Hoch	<input type="checkbox"/>

f WURDE „EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)?
UND
WURDE „MANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)?
UND
WURDE C4b FÜR DEN ENTSPRECHENDEN ZEITRAUM MIT JA BEANTWORTET?
UND
WURDE C8b MIT JA BEANTWORTET?

ODER

WURDE „MANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)?
UND
WURDE „HYPOMANISCHE EPISODE“ MIT NEIN BEANTWORTET (AKTUELL UND FRÜHER)?
UND
WURDE C4a FÜR DEN ENTSPRECHENDEN ZEITRAUM MIT JA BEANTWORTET?
UND
WURDE C8c MIT JA BEANTWORTET?

SPEZIFIZIEREN SIE, OB DIE ANDERE NÄHER BEZEICHNETE BIPOLARE UND VERWANDTE STÖRUNG
AKTUELL IST ODER FRÜHER WAR ODER BEIDES.

**ANDERE NÄHER BEZEICHNETE
BIPOLARE
UND VERWANDTE STÖRUNG**

Aktuell
Früher

Andere näher
bezeichnete
und verwandte
Störung

HAMD

ID:	Date:														
<p>1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Nur auf Befragen geäußert.</p> <p>2 = Vom Patienten spontan geäußert.</p> <p>3 = Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen).</p> <p>4 = Patient drückt fast ausschließlich diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Schuldgefühl</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben.</p> <p>2 = Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“.</p> <p>3 = Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn.</p> <p>4 = Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Suizid</p> <p>0 = Keiner.</p> <p>1 = Lebensüberdruß.</p> <p>2 = Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod.</p> <p>3 = Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten.</p> <p>4 = Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4). <input type="checkbox"/></p> <p>4. Einschlafstörung</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Gelegentliche Einschlafstörungen (mehr als ½ Stunde).</p> <p>2 = Regelmäßige Einschlafstörungen.</p> <p>5. Durchschlafstörungen</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf.</p> <p>2 = Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung).</p> <p>6. Schlafstörungen am Morgen</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen.</p> <p>2 = Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Summe: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten</p> <p>0 = Keine Beeinträchtigung.</p> <p>1 = Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend.</p> <p>2 = Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muss sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder lässt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlussänderungen erkennen.</p> <p>3 = Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung „3“ ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt (Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station). <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist „4“ anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann. <input type="checkbox"/></p> <p>8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)</p> <p>0 = Sprache und Denken normal.</p> <p>1 = Geringe Verlangsamung bei der Exploration.</p> <p>2 = Deutliche Verlangsamung bei der Exploration.</p> <p>3 = Exploration schwierig. <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Ausgeprägter Stupor. <input type="checkbox"/></p> <p>9. Erregung</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Zappeligkeit.</p> <p>2 = Spielen mit den Fingern, Haaren, usw.</p> <p>3 = Hin- und Herlaufen, nicht still sitzen können.</p> <p>4 = Händeringen, Nägelbeißen, Haarerufen, Lippenbeißen. <input type="checkbox"/></p> <p>10. Angst – Psychisch</p> <p>0 = Keine Schwierigkeit.</p> <p>1 = Subjektive Spannung und Reizbarkeit.</p> <p>2 = Sorgt sich um Nichtigkeiten.</p> <p>3 = Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert. <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Ängste werden spontan hervorgebracht. <input type="checkbox"/></p> <p>11. Angst – Somatisch</p> <p>0 = Keine.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">1 = Geringe.</td> <td style="padding-left: 5px;">Körperliche Begleiterscheinungen der Angst:</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">2 = Mäßige.</td> <td style="padding-left: 5px;">-Gastrointestinale: Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen,</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3 = Starke.</td> <td style="padding-left: 5px;">Durchfall, Krämpfe, Aufstossen.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">4 = Extreme (Patient ist Handlungsunfähig).</td> <td style="padding-left: 5px;">-Kardiovaskuläre: Herzklopfen, Kopfschmerzen.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td style="padding-left: 5px;">-Respiratorische: Hyperventilation, Seufzen.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td style="padding-left: 5px;">-Pollakisurie.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td style="padding-left: 5px;">-Schwitzen</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/></p> <p>12. Körperliche Symptome – Gastrointestinale</p> <p>0 = Keine.</p> <p>1 = Appetitmangel, isst aber ohne Zuspruch. Schweregefühle im Abdomen. <input type="checkbox"/></p> <p>2 = Muss zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate. <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Summe: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	1 = Geringe.	Körperliche Begleiterscheinungen der Angst:	2 = Mäßige.	-Gastrointestinale: Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen,	3 = Starke.	Durchfall, Krämpfe, Aufstossen.	4 = Extreme (Patient ist Handlungsunfähig).	-Kardiovaskuläre: Herzklopfen, Kopfschmerzen.		-Respiratorische: Hyperventilation, Seufzen.		-Pollakisurie.		-Schwitzen
1 = Geringe.	Körperliche Begleiterscheinungen der Angst:														
2 = Mäßige.	-Gastrointestinale: Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen,														
3 = Starke.	Durchfall, Krämpfe, Aufstossen.														
4 = Extreme (Patient ist Handlungsunfähig).	-Kardiovaskuläre: Herzklopfen, Kopfschmerzen.														
	-Respiratorische: Hyperventilation, Seufzen.														
	-Pollakisurie.														
	-Schwitzen														

Hamilton Depressionsskala 17-items

13. Körperliche Symptome – Allgemeine

0 = Keine.

1 = Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit.

2 = Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms „2“ ankreuzen.

14. Genitalsymptome (z.B. Libidoverlust, Menstruationsstörungen)

0 = Keine.

1 = Geringe.

2 = Starke.

15. Hypochondrie

0 = Keine.

1 = Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen).

2 = Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit.

3 = Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe usw.

4 = Hypochondrische Wahnvorstellungen.

16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)

a. Aus Anamnese

0 = Kein Gewichtsverlust.

1 = Gewichtsverlust wahrscheinlich im Zusammenhang mit jetziger Krankheit.

2 = Sicherer Gewichtsverlust laut Patient.

b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust

0 = Weniger als 0,5 kg pro Woche.

1 = Mehr als 0,5 kg pro Woche.

2 = mehr als 1 kg pro Woche.

Summe:

17. Krankheitseinsicht

0 = Patient erkennt, dass er depressiv und krank ist.

1 = Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis usw. zurück.

2 = Leugnet Krankheit ab.

Summe:

Gesamtpunktzahl HAMD 17: _____

Datum:

Chiffre:

IDS-SR: Inventar depressiver Symptome

Anleitung: Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutraf. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

<p>1. Einschlafen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich brauche nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich brauche manchmal mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich brauche meistens mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich brauche meistens mehr als 60 Minuten um einzuschlafen.</p>
<p>2. Durchschlafen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich wache nachts nicht auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich habe einen eher unruhigen, leichten Schlaf.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich wache mindestens einmal pro Nacht auf, schlafe aber bald wieder ein.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich wache meistens mehr als einmal pro Nacht auf und bleibe mindestens 20 Minuten wach.</p>
<p>3. Früherwachen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Meistens wache ich nicht mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich wache fast immer mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich wache fast immer mind. 1 Stunde vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, schlafe aber manchmal wieder ein.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich wache fast immer mindestens 2 Stunden vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, ohne wieder einzuschlafen.</p>
<p>4. Schlafdauer</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich schlafe nicht länger als 7-8 Stunden pro Nacht und mache tagsüber kein Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 10 Stunden, inklusive Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich schlafe insgesamt länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.</p>
<p>5. Traurige Stimmung/Niedergeschlagenheit</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über sehr traurig/niedergeschlagen.</p>
<p>6. Gereizte Stimmung</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht gereizt.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal gereizt.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens gereizt.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über extrem gereizt.</p>
<p>7. Ängstlichkeit/Anspannung</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht ängstlich oder angespannt.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal ängstlich oder angespannt.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens ängstlich oder angespannt.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit ängstlich oder angespannt.</p>

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

8. Auslenkbarkeit der Stimmung

- 0 Meine Stimmung hellt auf ein normales Niveau auf, wenn schöne Ereignisse auftreten und bleibt dort für mehrere Stunden.
- 1 Meine Stimmung hellt auf, wenn schöne Ereignisse auftreten, fühlt sich aber nicht so an, wie sie sollte.
- 2 Meine Stimmung hellt nur ein wenig auf und nur bei wenigen, sehr erwünschten Ereignissen.
- 3 Meine Stimmung hellt gar nicht auf, selbst wenn sehr schöne oder erwünschte Ereignisse auftreten.

9. Tagesschwankungen

- 0 Es besteht keine bestimmte Beziehung zwischen meiner Stimmung und der Tageszeit.
- 1 Meine Stimmung steht oft in Beziehung zur Tageszeit und ist dabei abhängig von den Umgebungsbedingungen (z. B. bei der Arbeit, Alleinsein).
- 2 Meine Stimmung ist meistens von der Tageszeit stärker abhängig als von den Umgebungsbedingungen.
- 3 Meine Stimmung ist immer klar und voraussagbar zu bestimmten Tageszeiten besser oder schlechter.

10. Stimmungsqualität

- 0 Meine Stimmung entspricht weitgehend einer normalen/gesunden Stimmung.
- 1 Meine Stimmung ist Trauer sehr ähnlich, jedoch schlechter erklärbar.
- 2 Meine Stimmung ist traurig, unterscheidet sich jedoch in vielem von Trauer und ist schwer zu erklären.
- 3 Meine Stimmung ist die ganze Zeit über traurig und unterscheidet sich vollkommen von Trauer.

11. Appetitverlust – bitte beantworten Sie nur Frage 11 oder 12

- 0 Mein Appetit ist normal.
- 1 Ich esse weniger oft oder geringere Mengen als normal.
- 2 Ich esse sehr viel weniger als üblich und nur mit Überwindung.
- 3 Ich esse insgesamt kaum etwas, und wenn, nur mit extremer Überwindung oder weil mich andere zum Essen überreden.

12. Appetitsteigerung

- 0 Mein Appetit ist normal.
- 1 Ich habe größeres Verlangen nach Essen als normal.
- 2 Ich esse regelmäßig mehr oder häufiger als sonst.
- 3 Ich fühle mich dazu getrieben, mich während oder zwischen den Mahlzeiten zu überessen.

13. Gewichtsverlust in den letzten 2 Wochen – bitte beantworten Sie nur Frage 13 oder 14

- 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert/ Ich mache bewusst eine Diät.
- 1 Ich habe wahrscheinlich etwas abgenommen.
- 2 Ich habe 1-2,5kg abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 2,5kg abgenommen.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

14. Gewichtssteigerung in den letzten 2 Wochen

- 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert.
- 1 Ich habe wahrscheinlich etwas zugenommen.
- 2 Ich habe 1-2,5kg zugenommen.
- 3 Ich habe mehr als 2,5kg zugenommen.

15. Konzentration und Entscheidungsfähigkeit

- 0 Meine Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit ist unbeeinträchtigt.
- 1 Ich bin gelegentlich unentschlossen oder bemerke, dass meine Aufmerksamkeit wandert.
- 2 Ich muss die meiste Zeit drum kämpfen, mich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen.
- 3 Meine Konzentration ist zu schlecht, um ein Buch zu lesen, selbst kleine Entscheidungen sind mir unmöglich.

16. Selbstwertgefühl

- 0 Ich betrachte mich als genauso achtenswert und wertvoll wie andere Menschen.
- 1 Ich mache mir mehr Selbstvorwürfe als bei anderen Menschen üblich.
- 2 Ich glaube, dass ich anderen Probleme bereite.
- 3 Ich grübele fast ständig über größere und kleinere Fehler nach.

17. Zukunftserwartung

- 0 Ich blicke optimistisch in die Zukunft.
- 1 Ich bin zwar manchmal pessimistisch, aber meistens glaube ich daran, dass sich alles zum Guten wenden wird.
- 2 Ich glaube nicht, dass mir die nahe Zukunft (die nächsten 1-2 Monate) etwas Gutes bringen wird.
- 3 Ich bin hoffnungslos und glaube nicht daran, dass die Zukunft noch irgendwann etwas Gutes bringen wird.

18. Gedanken an den Tod/Suizid

- 0 Ich denke nicht über Tod und Suizid nach.
- 1 Ich empfinde das Leben als leer und frage mich, ob es tatsächlich lebenswert ist.
- 2 Ich denke öfter über den Tod oder Suizid nach, mehrmals in der Woche für einige Minuten.
- 3 Ich habe intensive Todesgedanken oder konkrete Suizidpläne, oder habe in den vergangenen Tagen versucht, mich umzubringen.

19. Allgemeine Interessen

- 0 Mein Interesse an anderen Menschen oder Aktivitäten entspricht dem von Gesunden.
- 1 Ich bemerke, dass ich mich etwas weniger für andere Menschen oder Aktivitäten interessiere.
- 2 Ich interessiere mich nur noch für eine oder zwei meiner früheren Aktivitäten.
- 3 Ich habe gar keine Interessen mehr.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

20. Energieniveau

- 0 Meine Energie entspricht weitgehend der von vielen anderen Personen.
- 1 Ich werde schneller müde als sonst.
- 2 Es macht mir große Mühe, meine täglichen Aktivitäten (z. B. Einkaufen, Kochen, Hausarbeit, zur Arbeit gehen) zu bewältigen.
- 3 Ich bin zu den meisten täglichen Aktivitäten nicht in der Lage, weil ich keine Energie dazu habe.

21. Genuss/Freude (außer sexuelle Aktivität)

- 0 Ich genieße angenehme Aktivitäten.
- 1 Ich empfinde manchmal Vergnügen an angenehmen Aktivitäten.
- 2 Ich kann bei kaum etwas Freude oder Genuss empfinden.
- 3 Ich bin nicht mehr in der Lage, bei irgendetwas Freude oder Genuss zu empfinden.

22. Sexuelles Interesse (bitte beurteilen Sie Interesse, nicht Aktivität)

- 0 Ich habe ein normales Interesse an Sex.
- 1 Mein sexuelles Interesse ist etwas verringert bzw. ich habe nicht das gleiche Vergnügen.
- 2 Ich habe wenig Verlangen nach sexuellen Aktivitäten oder empfinde kaum Befriedigung.
- 3 Ich habe absolut kein sexuelles Interesse oder empfinde dabei keinerlei Befriedigung.

23. Verlangsamung

- 0 Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten ist unbeeinträchtigt.
- 1 Ich bemerke eine Verlangsamung in meinem Denken und/oder eine Veränderung im Tonfall meiner Stimme.
- 2 Ich brauche für die meisten Fragen mehrere Sekunden Zeit und denke sehr langsam.
- 3 Es macht mir extrem große Mühe, diese Fragen zu beantworten.

24. Gefühl der Ruhelosigkeit

- 0 Ich fühle mich körperlich ruhig.
- 1 Ich bin oft nervös, ringe mit den Händen oder rutsche unruhig auf meinem Sitz umher.
- 2 Ich habe den ständigen Impuls, mich zu bewegen und bin körperlich ziemlich unruhig.
- 3 Ich bin nicht in der Lage, stillzusitzen und muss ständig auf und ab gehen.

25. Körperliche Beschwerden

- 0 Ich fühle mich körperlich gesund und beschwerdefrei.
- 1 Manchmal habe ich Kopfschmerzen, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die allerdings vorübergehend und nur wenig störend sind.
- 2 Ich habe fast die ganze Zeit über körperliche Beschwerden.
- 3 Die körperlichen Beschwerden sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutraf. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

20. Energieniveau

- 0 Meine Energie entspricht weitgehend der von vielen anderen Personen.
- 1 Ich werde schneller müde als sonst.
- 2 Es macht mir große Mühe, meine täglichen Aktivitäten (z. B. Einkaufen, Kochen, Hausarbeit, zur Arbeit gehen) zu bewältigen.
- 3 Ich bin zu den meisten täglichen Aktivitäten nicht in der Lage, weil ich keine Energie dazu habe.

21. Genuss/Freude (außer sexuelle Aktivität)

- 0 Ich genieße angenehme Aktivitäten.
- 1 Ich empfinde manchmal Vergnügen an angenehmen Aktivitäten.
- 2 Ich kann bei kaum etwas Freude oder Genuss empfinden.
- 3 Ich bin nicht mehr in der Lage, bei irgendetwas Freude oder Genuss zu empfinden.

22. Sexuelles Interesse (bitte beurteilen Sie Interesse, nicht Aktivität)

- 0 Ich habe ein normales Interesse an Sex.
- 1 Mein sexuelles Interesse ist etwas verringert bzw. ich habe nicht das gleiche Vergnügen.
- 2 Ich habe wenig Verlangen nach sexuellen Aktivitäten oder empfinde kaum Befriedigung.
- 3 Ich habe absolut kein sexuelles Interesse oder empfinde dabei keinerlei Befriedigung.

23. Verlangsamung

- 0 Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten ist unbeeinträchtigt.
- 1 Ich bemerke eine Verlangsamung in meinem Denken und/oder eine Veränderung im Tonfall meiner Stimme.
- 2 Ich brauche für die meisten Fragen mehrere Sekunden Zeit und denke sehr langsam.
- 3 Es macht mir extrem große Mühe, diese Fragen zu beantworten.

24. Gefühl der Ruhelosigkeit

- 0 Ich fühle mich körperlich ruhig.
- 1 Ich bin oft nervös, ringle mit den Händen oder rutsche unruhig auf meinem Sitz umher.
- 2 Ich habe den ständigen Impuls, mich zu bewegen und bin körperlich ziemlich unruhig.
- 3 Ich bin nicht in der Lage, stillzusitzen und muss ständig auf und ab gehen.

25. Körperliche Beschwerden

- 0 Ich fühle mich körperlich gesund und beschwerdefrei.
- 1 Manchmal habe ich Kopfschmerzen, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die allerdings vorübergehend und nur wenig störend sind.
- 2 Ich habe fast die ganze Zeit über körperliche Beschwerden.
- 3 Die körperlichen Beschwerden sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutraf. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

26. Vegetative Beschwerden (Herzrasen, verschwommene Sicht, vermehrtes Schwitzen, kalte und heiße Schauer, Ohrgeräusche, Atemnot, Brustschmerzen oder Ähnliches)

- 0 Ich habe keines dieser Symptome.
- 1 Diese Symptome sind mild und nur vorübergehend vorhanden.
- 2 Diese Symptome sind meistens ziemlich ausgeprägt.
- 3 Die Symptome sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.

27. Panik/Angstanfälle

- 0 Ich habe keine Panikanfälle und auch keine spezifischen Ängste (Phobien), wie z.B. vor Tieren oder Höhen.
- 1 Ich habe leichte Panikanfälle oder Phobien, die jedoch mein Verhalten nicht beeinflussen.
- 2 Ich habe deutliche Panikanfälle oder Phobien, die den Alltag aber nicht schwer behindern.
- 3 Ich habe mind. einmal pro Woche schwere Panikanfälle oder Phobien, die mich stark in meinem Alltag beeinträchtigen.

28. Magen-/Darmbeschwerden

- 0 Mein Stuhlgang ist normal.
- 1 Ich habe zwischendurch einmal leichte Verstopfung oder Durchfall.
- 2 Ich habe meistens leichte Verstopfung oder Durchfall, die mich aber im Alltag nicht behindern.
- 3 Ich habe Verstopfung oder Durchfall, die behandlungsbedürftig sind oder zu Beeinträchtigungen im Alltag führen.

29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit

- 0 Ich fühle mich von anderen akzeptiert und angenommen.
- 1 Manchmal habe ich das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden.
- 2 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was aber kaum zu Auswirkungen in meinem Handeln führt.
- 3 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was dazu führt, dass ich mich sozial oder bei der Arbeit weniger einbringe.

30. Körperliches Schweregefühl

- 0 Ich fühle mich körperlich nicht schwer und bin ausreichend energiegeladent.
- 1 Ich fühle mich ab und zu schwer oder ohne körperliche Energie.
- 2 Ich fühle mich die meiste Zeit über körperlich niedergedrückt.
- 3 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was dazu führt, dass ich mich sozial oder bei der Arbeit weniger einbringe.

CGI Clinical Global Impressions

Name: _____

Datum: _____

Fragen 2 und 3 müssen bei Erstbewertungen ausgeklammert werden, indem man 0 (nicht beurteilbar) ankreuzt.

<p>1. Schweregrad der Krankheit</p> <p>Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nicht beurteilbar.</p>	<p>2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung</p> <p>Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Studie, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nicht beurteilbar.</p>
<input type="checkbox"/> 1 Patient ist überhaupt nicht krank.	<input type="checkbox"/> 1 Zustand ist sehr viel besser.
<input type="checkbox"/> 2 Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.	<input type="checkbox"/> 2 Zustand ist viel besser.
<input type="checkbox"/> 3 Patient ist nur leicht krank.	<input type="checkbox"/> 3 Zustand ist nur wenig besser.
<input type="checkbox"/> 4 Patient ist mässig krank.	<input type="checkbox"/> 4 Zustand ist unverändert.
<input type="checkbox"/> 5 Patient ist deutlich krank.	<input type="checkbox"/> 5 Zustand ist etwas schlechter.
<input type="checkbox"/> 6 Patient ist schwer krank.	<input type="checkbox"/> 6 Zustand ist viel schlechter.
<input type="checkbox"/> 7 Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.	<input type="checkbox"/> 7 Zustand ist sehr viel schlechter.
<p>3. Wirksamkeitsindex</p> <p>Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von Therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen.</p>	
<p>3.1 Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkungen)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nicht beurteilbar.</p>	<p>3.2 Unerwünschte Wirkungen (Therapie-Risiken)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nicht beurteilbar.</p>
<input type="checkbox"/> 1 Sehr gut – Umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome.	<input type="checkbox"/> 1 Keine.
<input type="checkbox"/> 2 Mässig – Deutliche Besserung. Teilweise Remission der Symptome.	<input type="checkbox"/> 2 Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich.
<input type="checkbox"/> 3 Gering – Leichte Besserung. Eine weitere Behandlung des Patienten ist dennoch nötig.	<input type="checkbox"/> 3 Beeinträchtigen den Patienten wesentlich.
<input type="checkbox"/> 4 Zustand unverändert oder verschlechtert.	<input type="checkbox"/> 4 Ueberwiegen die therapeutische Wirksamkeit.

Name des Untersuchers

Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens** ein Wort, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahm – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Strek – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofeltrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridon
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium
15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekem
16. Kantate – knerte – kanzen – kretern – trekem

Anhang B – Mehrfach-Wortschatz-Test (MWT-B)

17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz
20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio
21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure
22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch
23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor
24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl
25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte
26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte
27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta
28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin
29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen
30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran
31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber
32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane
33. Spirine – Saprin – Parsin – Purin – Asprint
34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus
35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped
36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgessar – Ringelaar
37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiri

Ort, Datum

Name des Untersuchers

MINI-MENTAL-STATUS-TEST, MMST

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

1. Orientierung

- In welchem Jahr leben wir?
- Welche Jahreszeit ist jetzt?
- Welches Datum haben wir heute?
- Welchen Tag haben wir heute?
- Welchen Monat haben wir?
- In welchem Bundesland sind wir hier?
- In welchem Land?
- In welcher Ortschaft?
- Wo sind wir (in welcher Praxis, Altenheim)?
- Auf welchem Stockwerk?

2. Merkfähigkeit

Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis prüfen dürfen. Nennen Sie dann drei verschiedenartige Dinge klar und langsam (ca. 1 pro Sekunde): AUTO, BLUME, KERZE. Nachdem Sie alle drei Wörter ausgesprochen haben, soll der Patient sie wiederholen. Die erste Wiederholung bestimmt die Wertung (= 0 – 3, vergeben Sie für jedes wiederholte Wort 1 Punkt), doch wiederholen Sie den Versuch, bis der Patient alle drei Wörter nachsprechen kann; maximal gibt es 5 Versuche. Wenn ein Patient nicht alle drei Wörter lernt, kann das Erinnern nicht sinnvoll geprüft werden.

- Auto
- Blume
- Kerze

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend in 7-er Schritten rückwärts zu zählen. Halten Sie nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65) an, und zählen Sie die in der richtigen Reihenfolge gegebenen Antworten.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

Falls der Patient die Aufgabe nicht bewältigen will oder kann, bitten Sie ihn daraufhin, das Wort RADIO rückwärts zu buchstabieren. Die Wertung entspricht der Anzahl der Buchstaben in der richtigen Reihenfolge (z.B. OIAR = 5, ODIAR = 3). Die höhere der beiden Wertungen wird gezählt.

- O - I - D - A - R (max. 5 Punkte)

Zwischensumme



Punktübertrag

4. Erinnern

Fragen Sie den Patienten, ob er die Wörter noch weiß, die er vorhin auswendig lernen sollte. Geben Sie einen Punkt für jedes richtige Wort.

Auto

Blume

Kerze

5. Benennen

Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr, und fragen Sie ihn, was das ist. Wiederholen Sie die Aufgabe mit einem Bleistift. Geben Sie einen Punkt für jeden erfüllten Aufgabenteil.

Armbanduhr benennen

Bleistift benennen

6. Wiederholen

Bitte Sie den Patienten, den Satz „Sie leiht ihm kein Geld mehr.“ nachzusprechen. Nur ein Versuch ist erlaubt.

7. Dreiteiliger Befehl

Lassen Sie den Patienten den folgenden Befehl ausführen: „Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte, und legen Sie es auf den Boden!“. Geben Sie einen Punkt für jeden richtig ausgeführten Befehl.

„Nehmen Sie ein Blatt in die Hand,

falten Sie es in der Mitte,

und legen Sie es auf den Boden!“

8. Reagieren

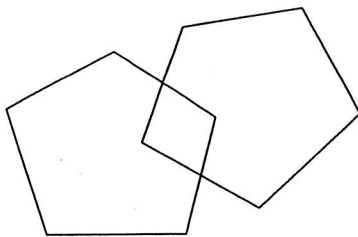
Schreiben Sie auf ein weißes Blatt mit großen Buchstaben „Schließen Sie die Augen.“ Der Patient soll den Text lesen und ausführen. Geben Sie einen Punkt, wenn der Patient die Augen schließt.

9. Schreiben

Geben Sie dem Patienten ein weißes Blatt, auf dem er für Sie einen Satz schreiben soll. Diktieren Sie den Satz nicht, er soll spontan geschrieben werden. Der Satz muss ein Subjekt und ein Verb enthalten und einen Sinn ergeben. Korrekte Grammatik und Interpunktion werden nicht verlangt.

10. Abzeichnen

Zeichnen Sie auf ein weißes Blatt zwei sich überschneidende Fünfecke, und bitten Sie den Patienten, die Figur genau abzuzeichnen. Alle 10 Ecken müssen vorhanden sein, und zwei müssen sich überschneiden, um als Punkt zu zählen. Zittern und Verdrehung der Figur sind nicht wesentlich.



Gesamtpunktwert



Ort, Datum

Name des Untersuchers

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 1 – FAMILIENMITGLIED

Prä-Test Datum: _ / _ / _	Post-Test Datum: _ / _ / _				
<p>Zur Einleitung sagen Sie bitte: „Während diesem Interview, werde ich Sie darum bitten, sich an verschiedene Erlebnisse und Erfahrungen aus Ihrer Vergangenheit, zu erinnern. Ich werde Sie darum bitten, sich an sehr spezifische Details zu erinnern. Das Interview gibt uns die Möglichkeit ihre Fähigkeit sich an Details aus Ihrer Vergangenheit zu erinnern, einzuschätzen. Ähnliche Interviews kommen im weiteren Verlauf der Studie auf Sie zu.“</p>					
<p><i>[Interviewer: Sie beginnen diesen Abschnitt, indem Sie den Befragten/ die Befragte bitten einen Verwandten/ eine Verwandte zu benennen. Zu dem/ der genannten Verwandten stellen Sie dem Patienten/ der Patientin fünf Fragen. Wenn mehrere Verwandte genannt werden, fragen Sie nach dem/ der Verwandten, mit dem der/ die Befragte den häufigsten Kontakt hat. Hat der/ die Befragte keine Verwandte, fragen Sie nach dem engsten/ der engsten Freund/-in].</i></p>					
	<table border="1"> <tr> <td>Notizen</td> <td>Summe</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Notizen	Summe		
Notizen	Summe				
<p align="center">ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ÜBER EIN FAMILIENMITGLIED STELLEN: WIE HEISST DER/ DIE VERWANDTE, DER/ DIE IHNEN AM WICHTIGSTEN IST, DER/ DIE ABER NICHT MIT IHNEN ZUSAMMENLEBT MIT VOR- UND NACHNAMEN?</p>					
Prä-Test: Name					
<p><i>[Interviewer: Wenn beim POST-Test ein anderer Name als bei dem Prä-Test genannt wird, erinnern Sie den Patienten/ die Patientin, bitte an den ursprünglich genannten Namen und die Beziehung und fahren mit Frage 1-5 fort.]</i></p>					
Post-Test: Name					
<p align="center">WIE IST SEINE/ IHRE BEZIEHUNG ZU IHNEN?</p>					
Prä-Test (nur): Beziehung					
<p align="center">FRAGE 1: AN WELCHEM TAG HAT ER/ SIE GEBURTSTAG?</p>					
Prä-Test: Monat & Tag					
Post-Testung: Monat & Tag					
<p align="center">FRAGE 2: WIE ALT WAR ER/SIE ZU DEM ZEITPUNKT, ALS SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN?</p>					
Prä-Test: Alter					
Post-Testung: Alter					
<p align="center">FRAGE 3: WIE LAUTETE DIE VOLLSTÄNDIGE ADRESSE VON IHM/ IHR, ZU DEM ZEITPUNKT, ALS SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN?</p>					
Prä-Test: Adresse					

Post-Testung: Adresse		
FRAGE 4: WIE LAUTETE SEINE/ IHRE TELEFONNUMMER EINSCHLIESSLICH VORWAHL ZU DEM ZEITPUNKT, ALS SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN?		
Prä-Test: Telefonnummer		
Post-Testung: Telefonnummer		
FRAGE 5: WELCHE PERSON(EN) HAT/ HABEN ZU DEM ZEITPUNKT, ALS SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN, MIT DEM/DER VERWANDTEN ZUSAMMENGELEBT?		
Prä-Test: Mitbewohner/-in		
Post-Testung: Mitbewohner/-in		
		Prä-Test: Summe
		Post-Test: Summe

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 2 – REISE

Prä-Test Datum: / /	Post-Testung Datum: / /
[Interviewer: Sie beginnen diesen Abschnitt, indem Sie den Befragten/ die Befragte darum bitten, sich an die LETZTE große Reise, die er/ sie vor der Untersuchung gemacht hat, zu erinnern. Wenn der/ die Befragte nie mehr als 100 Meilen, 160 Km verreist ist, fragen Sie nach der letzten Reise, mit Übernachtung außerhalb von Zuhause.]	
	Notizen
	Summe
ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ÜBER DIE LETZTE GRÖßERE REISE STELLEN, DIE SIE UNTERNOMMEN HABEN, BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN: WOHIN FÜHRTE SIE IHRE LETZTE REISE, BEI DER SIE MINDESTENS EINE NACHT MEHR ALS 150 KILOMETER VON ZUHAUSE ENTFERNT VERBRACHT HABEN?	
Prä-Test: Reiseziel	
[Interviewer: Wenn beim POST-Test eine andere Reise als beim Prä-Test genannt wird, erinnern Sie den Patienten/die Patientin, bitte an die ursprünglich genannte Reise und fahren mit Frage 1-5 fort.]	
Post-Test: Reiseziel	
IN WELCHEM JAHR UND WELCHEM MONAT HABEN SIE DIE REISE UNTERNOMMEN?	
Prä-Test (nur): Monat & Jahr der Reise	
FRAGE 1: WIE VIELE TAGE WAREN SIE EINSCHLIESSLICH AN- UND ABREISE UNTERWEGS?	
Prä-Test: Tage	
Post-Testung: Tage	
FRAGE 2: WIE HEISST DAS HOTEL (BZW. DIE PERSON), BEI DEM/DER SIE SICH DIE MEISTE ZEIT WÄHREND IHRER REISE AUFGEHALTEN HABEN?	
Prä-Test: Name des Hotels	
Post-Testung: Name des Hotels	
FRAGE 3: WELCHE PERSON(EN) HAT/HABEN SIE AUF DIESER REISE BEGLEITET? NENNEN SIE DEN/DIE VOLLSTÄNDIGEN NAMEN	
Prä-Test: Reisegefährte/-in	
Post-Testung: Reisegefährte/-in	
FRAGE 4: WAS WAR DER HAUPTGRUND, WIESO SIE DIESER REISE UNTERNOMMEN HABEN?	
Prä-Test: Grund für die Reise	
Post-Testung: Grund für die Reise	

FRAGE 5: WAS HAT IHNEN AN DIESER REISE AM BESTEN GEFALLEN?		
Prä-Test: Gefallen an der Reise		
Post-Testung: Gefallen an der Reise		
	Prä-Test: Summe	
	Post-Test: Summe	

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 3 – SYLVESTER

Prä-Test Datum: _ / _ / _	Post-Testung Datum: _ / _ / _	
<i>[Interviewer: Wenn der Patient/ die Patientin sich bei der POST-Testung an ein anderes Jahr erinnert, erinnern Sie ihn/ sie bitte an das ursprüngliche Jahr und fahren mit Frage 1-5 fort. Betonen Sie, dass Sie ihn/ sie über das letzte Sylvester vor Studieneintritt befragen.]</i>		
	Notizen	Summe
ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ÜBER LETZTES SILVESTER STELLEN: IN WELCHEM JAHR WAR DAS LETZTE SILVESTER, BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN (D.H. WELCHES JAHR WAR AM 31. DEZEMBER)?		
Prä-Test: Jahr		
FRAGE 1: WELCHE PERSON(EN) HAT/HABEN DIESEN ABEND MIT IHNEN VERBRACHT? NENNEN SIE DEN/DIE VOLLSTÄNDIGEN NAMEN.		
Prä-Test: Freund/-in		
Post-Testung: Freund/-in		
FRAGE 2: WO HABEN SIE AN DIESEM ABEND GEGESSEN?		
Prä-Test: Ort des Abendessens		
Post-Testung: Ort des Abendessens		
FRAGE 3: WOHIN SIND SIE AN DIESEM ABEND GEGANGEN?		
Prä-Test: Ort		
Post-Testung: Ort		
FRAGE 4: WAS HABEN SIE DORT GEMACHT?		
Prä-Test: Aktivität		
Post-Testung: Aktivität		
FRAGE 5: WAS HABEN SIE UM MITTERNACHT GEMACHT?		
Prä-Test: Mitternacht		
Post-Testung: Mitternacht		
	Prä-Test: Summe	
	Post-Test: Summe	

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 4 – GEBURTSTAG

Prä-Test Datum: _ / _ / _	Post-Testung Datum: _ / _ / _	
<i>[Interviewer: Wenn der Patient/ die Patientin sich beim POST-Test an ein anderes Alter, als beim Prä-Test erinnert, erinnern Sie den Patienten/ die Patientin bitte an das ursprüngliche Alter und fahren mit Frage 1-5 fort.]</i>		
	Notizen	Summe
ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ÜBER IHREN GEBURTSTAG STELLEN: WIE LAUTET IHR GEBURTSDATUM (TAG/MONAT/JAHR)?		
Prä-Test: Datum		
Post-Test: Datum		
WIE ALT WURDEN SIE BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN?		
Prä-Test (nur): Alter		
<i>[Wenn beim POST-Test ein anderes Alter genannt wird, als bei dem Prä-Test, erinnern Sie den Patienten/ die Patientin, bitte an das ursprünglich genannte Alter und fahren mit Frage 1-5 fort. Betonen Sie, dass Sie den letzten Geburtstag vor Studieneintritt erfragen. Dies muss nicht unbedingt der letzte Geburtstag sein.]</i>		
FRAGE 1: WELCHE PERSON(EN) HAT/HABEN MIT IHNEN IHREN LETZTEN GEBURTSTAG GEFEIERT? NENNEN SIE DEN/DIE VOLLSTÄNDIGEN NAMEN.		
Prä-Test: Freund/-in		
Post-Testung: Freund/-in		
FRAGE 2: WO HABEN SIE IHREN GEBURTSTAG GEFEIERT?		
Prä-Test: Ort des Abendessens		
Post-Testung: Ort des Abendessens		
FRAGE 3: WAS HABEN SIE DORT GEMACHT?		
Prä-Test: Aktivität		
Post-Testung: Aktivität		
FRAGE 4: VON WEM HABEN SIE GESCHENKE ERHALTEN (FALLS ES KEINE GESCHENKE GAB, NACH KÄRTEN FRAGEN)?		
Prä-Test: Geschenk erhalten von		

Post-Testung: Geschenk erhalten von		
FRAGE 5: WAS HABEN SIE GESCHENKT BEKOMMEN?		
Prä-Test: Geschenk		
Post-Testung: Geschenk		
	Prä-Test: Summe	
	Post-Test: Summe	

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 5 – ARBEIT

Prä-Test Datum: / /	Post-Testung Datum: / /
<p><i>[Interviewer: Sie beginnen diesen Abschnitt, in dem sie den Patienten/ die Patientin zu seinem/ ihrem LETZTEN Job, bevor er/ sie in die Studie eingeschlossen wurde, befragen. Wenn der Patient/ die Patientin noch nie offiziell angestellt war, fragen Sie nach Ehrenämtern oder nach dem Job des Partners/ der Partnerin. Sollte der Patient/ die Patientin selbstständig sein, bitten Sie ihn/ sie, sich an den letzten Job vor der Selbstständigkeit zu erinnern.]</i></p> <p><i>[Sollte der Patient/ die Patientin sich beim POST-Test an einen anderen Job erinnern, verweisen Sie auf den ursprünglich genannten Job und das Datum, und dann fahren Sie mit Frage 1-5 fort.]</i></p>	
	Notizen
	Summe
<p align="center">ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ÜBER IHREN LETZTEN ARBEITSPLATZ STELLEN, AN DEM SIE TÄTIG WAREN, BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN: WIE HEISST DIE FIRMA ODER ORGANISATION, FÜR DIE SIE GEARBEITET HABEN?</p>	
Prä-Test: Name der Firma	
<p><i>[Interviewer: Sollte der Patient/ die Patientin sich beim POST-Test an einen anderen Job erinnern, verweisen Sie auf den ursprünglich genannten Job und das Datum, und dann fahren Sie mit Frage 1-5 fort.]</i></p>	
Post-Test: Name der Firma	
<p align="center">ZU WELCHEM ZEITPUNKT (MONAT UND JAHR) HABEN SIE ZULETZT FÜR DIESEN ARBEITGEBER GEARBEITET, BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN?</p>	
Prä-Test (nur): Monat & Jahr	
<p align="center">FRAGE 1: WELCHE TITEL HATTEN SIE INNE, ALS SIE ZULETZT IN DIESER ARBEITSSTELLE GEARBEITET HABEN?</p>	
Prä-Test: Berufsbezeichnung	
Post-Testung: Berufsbezeichnung	
<p align="center">FRAGE 2: WIE HIESS IHR VORGESETZTER MIT VOR- UND NACHNAMEN?</p>	
Prä-Test: Name des/der Vorgesetzten	
Post-Testung: Name des/der Vorgesetzten	
<p align="center">FRAGE 3: WIE LAUTETE DIE VOLLSTÄNDIGE ADRESSE DER FIRMA ODER DES UNTERNEHMENS?</p>	
Prä-Test: Adresse der Firma	
Post-Testung: Adresse der Firma	

FRAGE 4: WIE LAUTETE IHRE TELEFONNUMMER, EINSCHLIESSLICH VORWAHL BEI DIESER ARBEITSSTELLE?		
Prä-Test: Telefonnummer		
Post-Test: Telefonnummer		
FRAGE 5: WANN (MONAT UND JAHR) HABEN SIE ANGEFANGEN, FÜR DIESEN ARBEITGEBER ZU ARBEITEN?		
Prä-Test: Monat & Jahr		
Post-Test: Monat & Jahr		
	Prä-Test: Summe	
	Post-Test: Summe	

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

TEIL 6 – ORGANISCHE BESCHWERDEN

Prä-Test Datum: ___ / ___ / ___	Post-Testung Datum: ___ / ___ / ___	
<p><i>Interviewer: Sie beginnen diesen Abschnitt, in dem sie den Patienten/ die Patientin zu seinen/ ihren LETZTEN körperlichen Beschwerden befragen, wegen welcher er/ sie bei einem Arzt/-in gewesen ist, bevor er/ sie in die Studie eingeschlossen wurde. Wenn der letzte Arztbesuch des Patienten/ der Patientin eine Routine Check-up Untersuchung war, bitten Sie ihn/ sie, sich an den letzten Arztbesuch wegen körperlicher Beschwerden zu erinnern.]</i></p> <p><i>[Sollte der Patient/ die Patientin sich beim POST-Test an andere Beschwerden erinnern, verweisen Sie auf die ursprünglich genannten Beschwerden und das Datum, und dann fahren Sie mit Frage 1-5 fort.]</i></p>		
	Notizen	Summe
<p align="center">ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ZU DEM LETZTEN ARZT/ DER LETZTEN ÄRZTIN STELLEN, DEN/ DIE SIE WEGEN KÖRPERLICHER BESCHWERDEN ODER EINER ERKRANKUNG AUFGESUCHT HABEN, BEVOR SIE MIT DIESER STUDIE BEGONNEN HABEN: WIESO SIND SIE ZUM ARZT GEGANGEN, WELCHE BESCHWERDEN HATTEN SIE?</p>		
Prä-Test: Beschwerden		
<p><i>[Sollte der Patient/ die Patientin sich beim POST-Test an andere Beschwerden erinnern, verweisen Sie auf die ursprünglich genannten Beschwerden und das Datum, und dann fahren Sie mit Frage 1-5 fort.]</i></p>		
Post-Test: Beschwerden		
<p align="center">IN WELCHEM JAHR UND WELCHEM MONAT HATTEN SIE IHREN ARZTTERMIN?</p>		
Prä-Test (nur): Monat & Jahr		
<p align="center">FRAGE 1: WIE HIESS DER ARZT/ DIE ÄRZTIN, DEN/ DIE SIE AUFSUCHTEN, MIT VOR- UND NACHNAMEN?</p>		
Prä-Test: Name des Arztes/ der Ärztin		
Post-Testung: Name des Arztes/ der Ärztin		
<p align="center">FRAGE 2: WIE HIESS DAS PRAXISGEBÄUDE BZW. KRANKENHAUS UND WIE LAUTETE SEINE VOLLSTÄNDIGE ADRESSE?</p>		
Prä-Test: Adresse		
Post-Testung: Adresse		

FRAGE 3: IN WELCHEM STOCK DIESES GEBÄUDES BZW. KRANKENHAUSES FAND IHR TERMIN STATT?		
Prä-Test: Stockwerk		
Post-Testung: Stockwerk		
FRAGE 4: WELCHE BEHANDLUNG BZW. WELCHE MEDIKAMENTE WURDE(N) IHNEN VERSCHRIEBEN?		
Prä-Test: Medikament		
Post-Testung: Medikament		
FRAGE 5: IN WELCHEM JAHR UND WELCHEM MONAT HABEN SIE IHRE SYMPTOME ZUERST BEMERKT?		
Prä-Test: Monat & Jahr der Symptome		
Post-Testung: Monat & Jahr der Symptome		
Prä-Test: Summe		
Post-Test: Summe		

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

**FRAGEBOGEN ZUM AUTOBIOGRAFISCHEN GEDÄCHTNIS –
DEUTSCHE KURZVERSION DES AUTOBIOGRAFISCHEN
GEDÄCHTNIS INTERVIEW (D-AMI)**

ENDERGEBNIS

	Prä-Test Gesamtsumme	Post-Test Gesamtsumme
Teil 1 – Familienmitglied		
Teil 2 – Reise		
Teil 3 – Sylvester		
Teil 4 – Geburtstag		
Teil 5 – Arbeit		
Teil 6 – Organische Beschwerden		
Gesamtsumme		

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

GLOBALE SELBSTEINSCHÄTZUNG - GEDÄCHTNIS

Klinische Studie zur Validierung der deutschen Kurzversion des autobiographischen Gedächtnis Interviews (D-AMI) mit depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe; Kurztitel: D-AMI Validierungsstudie

Diese Likert-Skala ist ein Verfahren zur Messung der persönlichen Erwartungen hinsichtlich der wahrscheinlichen Auswirkungen im Zeitverlauf von 6 Wochen auf das Gedächtnis. Die Skalen bestehen aus mehreren Items. Auf einer vorgegebenen mehrstufigen Antwortskala (1 – 7) stimmen die Befragten mehr oder weniger stark zu oder lehnen ab. Die Punktwerte der einzelnen Antworten werden ungewichtet addiert und ergeben so den Wert der Skala.

(Adaptiert an Global Self-Evaluation – memory, [GSE-My]; Bermann et al., Brain Stimulation 2008, Brakemeier et al., J ECT 2011)

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

Prä-Testung:

Denken Sie, dass die Behandlung Ihr Gedächtnis beeinflusst? Inwiefern?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an!

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrem negativer Effekt	Negativer Effekt	Eher negativer Effekt	Keine Änderung	Eher positiver Effekt	Positiver Effekt	Extrem positiver Effekt

Ort, Datum

Name des Untersuchers

Patient (Name)	ID	Geburtsjahr

Post-Testung:

Denken Sie, dass die Behandlung Ihr Gedächtnis beeinflusst hat? Inwiefern?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrem negativer Effekt	Negativer Effekt	Eher negativer Effekt	Keine Änderung	Eher positiver Effekt	Positiver Effekt	Extrem positiver Effekt

Ort, Datum

Name des Untersuchers

9 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich in dieser intensiven Zeit in unterschiedlichen Formen bei dieser Arbeit unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei meiner Betreuerin, für ihre Bereitschaft, meine Dissertation zu betreuen, und für ihre Unterstützung, die sie mir dabei zukommen ließ. Mein aufrichtiger Dank gilt ebenfalls meiner statistischen Beraterin, für ihren Rat und die wertvollen Anregungen in statistischen Fragen.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Kollegen und Kolleginnen bedanken, die mich auf meinem Weg mit Rat und produktiven Gesprächen begleitet haben.

Meinem Ehemann und meiner Familie möchte ich von ganzem Herzen dafür danken, dass sie mich in meinem Vorhaben stets vorbehaltlos unterstützt und gefördert haben. Ebenso gilt mein Dank meinen Kindern für ihre Geduld in der gesamten Zeit der Dissertation.

Zuletzt und ganz besonders gilt mein Dank aber den Probandinnen und Probanden, welche an dieser Studie direkt teilgenommen haben; ohne sie wäre diese ganze Studie gar nicht möglich gewesen.

10 Tabellarischer Lebenslauf