

### THE MONTGOMERY AND ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS)

Montgomery, S.A. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Meetinstrument	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
Afkorting	MADRS
Auteur	Montgomery, & Asberg (1979)
Thema	Depressie
Doel	Nagaan van de ernst van de depressie en vaststellen van veranderingen te wijten aan de behandeling(en)
Populatie	Patiënten waarbij een depressie werd vastgesteld
Gebruikers	Psychiaters, huisartsen, psychologen en verpleegkundigen
Aantal items	10
Aanwezigheid van de patiënt vereist	Ja
Vindplaats van het meetinstrument	Engelstalige versie: McDowell, I. (2006). A Guide to Rating Scales and Questionnaires. <i>Measuring Health, Oxford University Press, third edition, 383-385</i> Franstalige versie: Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. <i>Collection Pratiques en psychothérapie, Edition Masson, 4<sup>e</sup> édition, 195-197.</i>

#### **DOEL**

Het doel van Montgomery and Asberg Depression Rating Scale is de evaluatie van de ernst van de depressie en het vaststellen van veranderingen te wijten aan de behandeling(en).

#### **DOELGROEP**

De doelgroep van de MADRS bestaat uit patiënten waarbij een depressie gediagnosticeerd werd.

## BESCHRIJVING

De Montgomery and Asberg Depression Rating Scale is een meetinstrument met 10 items die geselecteerd waren uit de 65 elementen van de Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) ontwikkeld door Asberg *et al.* in 1978. De geselecteerde items zijn diegene die het meest frequent werden vastgesteld en die het gevoeligst zijn voor verandering. Het meetinstrument wordt ingevuld aan de hand van een klinisch interview. De vragenlijst vertrekt van een aantal brede vragen over de symptomen om te komen tot een gedetailleerder inzicht, zodat een nauwkeurige evaluatie van de ernst van de symptomen mogelijk is. De 10 items zijn: waargenomen droefheid, uitgedrukte droefheid, moeite om te voelen, concentratieproblemen, innerlijke spanning, pessimistische gedachten, suïcidale gedachten, vermoeidheid, vermindering van slaap en verlies van eetlust. Deze elementen krijgen een score tussen 0 en 6 (0=symptoom afwezig, 6=symptoom zeer sterk aanwezig). Enkel de even scores hebben een definitieve waarde, de oneven scores wijzen op een intermediaire staat.

De totaalscore wordt verkregen door het optellen van de afzonderlijke scores en varieert tussen 0 en 60. Een hogere score wijst op een grotere aanwezigheid van de stoornis. Snaith *et al.* (1986) stellen verschillende drempelwaarden voor: scores van 0 tot 6 wijzen op de afwezigheid van symptomen, scores van 7 tot 19 wijzen op een lichte depressie, scores van 20 tot 34 tonen een matige depressie aan en scores van 35 tot 60 wijzen op een ernstige depressie. Wilkin *et al.* (1992) stelt volgende drempelwaarden voor: 12 voor een lichte depressie, 24 voor een matige depressie en 35 voor een ernstige depressie.

## BETROUWBAARHEID

De interne consistentie (*internal consistency*) van de MADRS varieert tussen 0.61 en 0.89. Maier and Philipp (1985) geven een Cronbach alfa van 0.86 weer, Hammond *et al.* (1998) bekomen 0.61, Bernstein *et al.* (2010) 0.87, Doraiswamy *et al.* (2010) 0.89 voor de gehele testpopulatie (n=229), 0.73 voor de populatie zonder episode van ernstige depressie (n=105), en 0.61 voor de populatie met een episode van ernstige depressie (n=124). Mundt *et al.* (2006) vinden een Cronbach alfa van 0.82. Hammond (1998) berichten over een waarde van 0.61; maar bekomen na eliminatie van een aantal items een waarde van 0.77. Al deze waarden wijzen op een goede interne consistentie.

De equivalentie (*equivalence*) wordt beoordeeld aan de hand van de interrater betrouwbaarheid. Montgomery and Asberg (1979) bekomen waarden tussen 0.89 en 0.97. Davidson *et al.* (1986) vinden een waarde van 0.76 voor de totaalscore en een waarde van 0.57 tot 0.76 voor elk item afzonderlijk. Bramley *et al.* (1988) stellen een waarde van 0.98 vast en Ianzuzo *et al.* (2006) verkrijgen een waarde van 0.91. Deze waarden wijzen op een hoge equivalentie. De correlatie tussen de verschillende

onderdelen (*equivalence*) bedraagt 0.66 à 0.82 (Maier *et al.*, 1988) , 0.86 (Kørner *et al.*, 1990) en 0.98 (Iannunzo *et al.*, 2006).

De test-retest betrouwbaarheid (*stabilité – stability*) bedraagt 0.90. (Mundt *et al.*, 2006), wat wijst op een goede stabiliteit.

## VALIDITÉIT

De concurrente validiteit (*criterion-related validity*) tussen de MADRS en de klinische evaluatie van de ernst van depressie behaalt goede waarden: 0.71 (Maier *et al.*, 1988); 0.75 (Maier, 1990); 0.83 (Snaith *et al.*, 1986), 0.86 (Agrell and Dehlin, 1989).

De correlatie (*criterion-related validity*) tussen de MADRS en de Hamilton Rating Scale for Depression behaalt waarden van 0.46 (Davidson *et al.*, 1986), 0.82 (Kørner *et al.*, 1990), 0.85 (Maier *et al.*, 1988), en 0.70 (Montgomery and Asberg, 1979). Iannunzo *et al.* (2006) beschrijft de correlatie tussen de MADRS en diverse varianten van de Hamilton Rating Scale for Depression: 0.90 met de versie van 17 items (HAM-D<sub>17</sub>), 0.88 met de versie van 31 items (HAM-D<sub>31</sub>), 0.89 met de subschaal met 6 items (HAM-D<sub>6</sub>), en 0.96 met de HMI (HAM-D/MADRS Interview). Met uitzondering van de studie van Davidson *et al.* (1986), wijzen alle resultaten op een goede validiteit.

De concurrente validiteit (*criterion-related validity*) van de MADRS wordt beoordeeld aan de hand van andere schalen. Kørner *et al.* (1990) vinden een correlatie van 0.92 en 0.89 met de Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS). Maier *et al.* (1988) beschrijven een correlatie tussen de MADRS en de Raskin Depression Scale van 0.71. Snaith et Taylor (1985) rapporteren een correlatie van 0.81 tussen de MADRS en de depressieschaal van de Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale. Met de QIDSC<sub>16</sub> (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician-rated), bedraagt de correlatie 0.86. Met de QIDS-SR<sub>16</sub> (self-reported Inventory of Depressive Symptomatology), is dit 0.84 (Doraiswamy *et al.*, 2010). Al deze waarden wijzen op een uitstekende validiteit.

De concurrente validiteit (*criterion-related validity*) bedraagt 0.88 met de CGI-S (Clinical Global Impression scale for severity) en 0.61 met de PGI-S (Patient version of the Clinical Global Impression scale for severity) (Mundt *et al.*, 2006).

De constructvaliditeit (*construct validity*) bedraagt 0.81 met de depressieschaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) maar slechts 0.37 met de angstschaal (Snaith *et al.*, 1985). Dit wijst op een goede validiteit. Maier and Philipp (1985) vinden een matige waarde van 0.60, evenals Maier *et al.* (1988) en Maier (1990) die waarden van 0.61 en 0.63 vaststellen.

Het gebied onder de curve (*area under the curve*) bedraagt 0.69 (Doraiswamy *et al.*, 2010), wat een matige waarde is.

Agrell and Dehlin (1989) vinden een zeer hoge sensitiviteit (*sensitivity*) (88%), terwijl de waarden bij Doraiswamy *et al.* (2010) variëren tussen 0.75 en 0.99 naargelang de drempelwaarde. Dit wijst op een goede sensitiviteit.

De specificiteit (*specificity*) is zeer goed, met waarden van 0.74 tot 0.92, waarbij de drempelwaarden variëren van 8 tot 14 (Doraiswamy *et al.*, 2010). Ook Agrell et Dehlin (1989) vinden een goede specificiteit van 70%.

De positieve predictieve waarde (*positive predictive value*) bevindt zich tussen 0.83 en 0.93 naargelang de drempelwaarde (Doraiswamy *et al.*, 2010). Deze waarden duiden een goede validiteit aan.

De negatieve predictieve waarde (*negative predictive value*) varieert van 0.74 tot 0.98 volgens de drempelwaarde (Doraiswamy *et al.*, 2010). Ongeacht deze drempelwaarde, wordt een goede validiteit bekomen.

## GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID

Afname van de MADRS neemt 20 tot 60 minuten in beslag.

## VARIANTEN

De MADRS-S is een variant van de MADRS met 9 items. De MADRS-S evalueert de gemoedstoestand van de patiënt, gevoelens van ongemak, de slaap, de eetlust, concentratiemoeilijkheden, het nemen van initiatieven, de emotionele betrokkenheid, het pessimisme en de levenslust. Elk element krijgt een score tussen 0 en 3, met intermediaire intervallen (0.5, 1.5, 2.5). de totaalscore wordt berekend door de som te berekenen van de verschillende elementen. Hoe hoger de score, hoe meer de stoornis aanwezig is.

De MADRS-S a heeft een goede betrouwbaarheid met een Cronbach alfa waarde van 0.84 (*internal consistency*) en een correlatie tussen de verschillende items van 0.78.

De MADRS-S is gecorreleerd (*criterion-related validity*) met de MADRS met een waarde van 0.54. deze waarde is matig, wat er op wijst dat de MADRS-S eerder een aanvulling is dan een vervanging van de MADRS. Bij een drempelwaarde van 5, wordt een sensitiviteit (*sensitivity*) bekomen van 81,8%; een specificiteit (*specificity*) van 75,4%; een positieve predictieve waarde (*positive predictive value*) van 77,1% en een negatieve predictieve waarde (*negative predictive value*) van 80,3%. Deze waarden wijzen op een goede validiteit.

Een andere variant is de IVR MADRS, die wordt afgenomen via de telefoon (Interactive Voice Response (IVR) technology) of elektronisch. De interne consistentie (*internal consistency*) bedraagt 0.79. Deze waarde is iets lager dan deze van de MADRS afgenomen door een clinicus (0.82). De stabiliteit (*stability*) wordt uitgedrukt met een test-retest waarde van 0.85. de correlatie (*criterion-*

*related validity*) tussen de MADRS en de IVR MADRS bedraagt 0.82. de correlatie tussen de CGI-S (Clinical Global Impression scale for severity) en de IVR MADRS 0.75; tussen de PGI-S (Patient version of the Clinical Global Impression scale for severity) en de IVR MADRS 0.78.

## **OPMERKINGEN**

De beoordeling aan de hand van de Montgomery and Asberg Depression Rating Scale laat niet toe om atypische symptomen vast te stellen zoals bij bijvoorbeeld de Hamilton Depression Rating Scale het geval is.

Een richtlijn voor het afnemen van de vragen werd ontwikkeld om de betrouwbaarheid en de validiteit van de MADRS te verhogen: de HMI (Ham-D/MADRS Interview). De richtlijn kan in dit artikel geraadpleegd worden: Iannuzzo, R.W., Jaeger, J., Goldberg, J.F., Kafantaris, V., Sublette, M.E. (2006). Development and reliability of the HAM-D/MADRS Interview: An integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Research*, 145, 29-36.

## **RÉFÉRENTIES**

Bernstein, I.H., Rush, A.J., Stegman, D., Macleod, L., Witte, B., & Trivedi, M.H. (2010). A Comparison of the QIDS-C16, QIDS-SR16, and the MADRS in an Adult Outpatient Clinical Sample. *CNS Spectr.*, 15(7), 458-468.

Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. *Collection Pratiques en psychothérapie, Edition Masson, 4<sup>e</sup> édition*, 174-175, 195-197.

Bowling, A. (1997). A review of quality of life measurement scales. *Measuring Health, Open University Press, second edition*, 73-75.

Doraiswamy, P.M., Bernstein, I.H., Rush, A.J., Kyutoku, Y., Carmody, T.J., Macleod, L., Venkatraman, S., Burks, M., Stegman, D., Witte, B., & Trivedi, M.H. (2010). Diagnostic utility of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C<sub>16</sub> and QIDS-SR<sub>16</sub>) in the elderly. *Acta Psychiatr Scand*, 122, 226-234.

Fantino, B., & Moore, N. (2009). The self-reported Montgomery-Asberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 9, 26-31.

Hammond, M.F. (1998). Rating depression severity in the elderly physically ill patient: reliability and factor structure of the Hamilton and the Montgomery-Asberg depression rating scales. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 257-261.

Iannuzzo, R.W., Jaeger, J., Goldberg, J.F., Kafantaris, V., & Sublette, M.E. (2006). Development and reliability of the HAM-D/MADRS Interview: An integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Research*, 145, 21-37.

Katona, C.L.E. (1994). Depression in Old Age. *Wiley, Chichester*, p. 13.

Montgomery, S.A. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

McDowell, I. (2006). A Guide to Rating Scales and Questionnaires. *Measuring Health, Oxford University Press, third edition*, 382-387.

Mundt, J.C., Katzelnick, D.J., Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Bouffard, B.B., & Greist, J.H. (2006). Validation of an IVRS version of the MADRS. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 243-246.

#### **VINDPLAATS VAN HET MEETINSTRUMENT**

Engelstalige versie: McDowell, I. (2006). A Guide to Rating Scales and Questionnaires. *Measuring Health, Oxford University Press, third edition*, 383-385.

Franstalige versie: Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. *Collection Pratiques en psychothérapie, Edition Masson, 4<sup>e</sup> édition*, 195-197.

**Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)**  
Montgomery, & Asberg (1979)

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
1. McDowell, I. (2006)			Book – description of scale and of the studies over the scale	IC E	CrV CsV
2. Bernstein, I.H., Rush, A.J., Stegman, D., Macleod, L., Witte, B., & Trivedi, M.H. (2010)		n=278 consecutive outpatients		IC	
3. Bowling, A. (1997)			Description of the scale		CtV CrV
4. Doraiswamy, P.M., Bernstein, I.H., Rush, A.J., Kyutoku, Y., Carmody, T.J., Macleod, L., Venkatraman, S., Burks, M., Stegman, D., Witte, B., & Trivedi, M.H. (2010)	Community and clinic patients	n=229 community and clinic elderly subjects : - 105 not in a major depressive episode (MDE) - 124 in a major depressive episode (MDE)	Prospective study	IC	CrV ROC Sen Sp PPV NPV
5. Hammond, M.F. (1998)	Geriatric wards	n=100 acute medical admissions aged 65 and over	Prospective study	IC	
6. Katona, C.L.E. (1994)		Geriatric stroke patients			CrV Sen Sp
7. Mundt, J.C., Katzelnick, D.J., Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Bouffard, B.B., Greist, J.H. (2006)	General population	n=66 subjects aged 22-64 years recruited through newspaper advertisements	Validation study	IC S	CrV
8. Iannuzzo, R.W., Jaeger, J., Goldberg, J.F., Kafantaris, V., Sublette, M.E. (2006)	Inpatient hospital	n=50 inpatients subjects hospitalized for an acute manic or depressive episode	Prospective study	E	CrV

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)  
Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)  
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p><b>1. IC</b> An <math>\alpha</math> of 0.86 was found in a study of 151 depressed patients (Maier and Philipp, 1985), but a much lower <math>\alpha</math>, 0.61, has also been reported (Hammond <i>et al.</i>, 1998). <b>E interrater reliability</b> Montgomery and Asberg (1979) reported inter-rater reliability ranged from 0.89 to 0.97 for various combinations of raters in small samples of 12 to 30 patients. Davidson <i>et al.</i> (1986) reported Spearman inter-rater correlations of 0.76 for the total score, whereas correlations for individual items ranged from 0.57 to 0.76. A Pearson correlation of 0.98 between raters has been reported (Bramley <i>et al.</i>, 1988) <b>E</b> Intraclass coefficients for the MADRS fell between 0.66 to 0.82 (Maier <i>et al.</i>, 1988). An equivalent figure of 0.86 was reported by Kørner <i>et al.</i> (1990).</p>	<p><b>CrV</b> Maier <i>et al.</i> (1988) compared the MADRS with clinical assessments of severity of depression; the correlation was 0.71. Equivalent figures from a second study were 0.75 for the MADRS (Maier, 1990). In Snaith's study, MADRS scores correlated <math>\rho=0.83</math> with a clinician's global severity rating (Snaith <i>et al.</i>, 1986). Davidson <i>et al.</i> (1986) reported Spearman correlations averaging only 0.46 between HRSD ratings and the MADRS. Other coefficients are higher, including Spearman correlations with the HRSD of 0.82 and with the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS) of 0.92 (Kørner <i>et al.</i>, 1990), and Pearson correlations of 0.85 with the HRSD, 0.89 with the BMRS, and 0.71 with the Raskin Depression Scale (Maier <i>et al.</i>, 1988). <b>CsV</b> Snaith and Taylor reported convergent and discriminant validity: MADRS scores correlated 0.81 with the depression score of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and 0.37 with its anxiety score (Snaith <i>et al.</i>, 1985). Maier and Philipp (1985) found that MADRS had higher mean discriminatory power (coefficient=0.60) than the Hamilton (coefficient=0.39). By contrast, in two other studies the MADRS had slightly lower correlations with global assessments of change (0.61 and 0.63) (Maier <i>et al.</i>, 1988; Maier, 1990).</p>	
<p><b>2. IC</b> <math>\alpha=0.87</math> for MADRS 10</p>		

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)  
Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)  
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)



Results reliability	Results validity	Commentary
<p><b>3. E interrater reliability</b> Comparisons between two English raters, two Swedish raters and one English and one Swedish rater, rating 11 to 30 patients, produced correlations between 0.89 and 0.97 (Montgomery <i>et al.</i>, 1979)</p>	<p><b>CtV</b> 54 English and 52 Swedish patients completed a 65-item psychopathology scale. Analysis identified the 17 most commonly occurring symptoms in depressive illness. Subsequent analyses, using 64 patients on different types of antidepressive drugs, were then used to create a 10-item depression scale.</p> <p><b>CrV</b> The scale was tested against the Hamilton Depression Scale with a reported correlation of 0.70. (Montgomery and Asberg, 1979). Snaith and Taylor (1985) reported a high correlation between the scale and the depression scale of their self-rated Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale (0.81).</p>	/
<p><b>4. IC</b> Cronbach's <math>\alpha=0.89</math> (All, N=229), 0.73 (no MDE, N=105), 0.61 (v</p>	<p><b>CrV</b> Scale scores were highly correlated: <math>r=0.86</math> for the MADRS and QIDSC<sub>16</sub> (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician-rated); 0.84 for the MADRS and QIDS-SR<sub>16</sub> (self-reported Inventory of Depressive Symptomatology)</p> <p><b>ROC</b> The area under the ROC curve was 0.69 for the MADRS</p> <p><b>Sen</b> Cutoff 8: 0.99; cutoff 10: 0.89; cutoff 12: 0.83; cutoff 14: 0.75</p> <p><b>Sp</b> Cutoff 8: 0.74; cutoff 10: 0.82; cutoff 12: 0.87; cutoff 14: 0.92</p> <p><b>PPV</b> Cutoff 8: 0.83; cutoff 10: 0.87; cutoff 12: 0.89; cutoff 14: 0.93</p> <p><b>NPV</b> Cutoff 8: 0.98; cutoff 10: 0.85; cutoff 12: 0.79; cutoff 14: 0.74</p>	/

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p><b>5. IC</b> The initial coefficient was 0.61. Successive deletion of items to maximise <math>\alpha</math> resulted in a five-item scale containing apparent and reported sadness, inability to concentrate, lassitude and inability to feel, with a final coefficient <math>\alpha</math> of 0.77.</p> <p><b>IC</b> Three items (reduced sleep, reduced appetite and pessimistic thoughts) failed to correlate at 0.30 or above with any other items.</p>		/
<p><b>6.</b></p>	<p><b>CrV – Sen – Sp</b> Agrell and Dehlin (1989) found the MADRS to have excellent criterion validity (<math>r=0.86</math>) against a global clinical rating of depression as well as showing a high sensitivity (88%) and specificity (70%).</p>	/
<p><b>7. IC</b> Cronbach's <math>\alpha</math>: 0.82</p> <p><b>S</b> The test-retest correlation over the two days was 0.90.</p>	<p><b>CrV</b> The clinician MADRS scores correlated 0.88 and 0.61 with the CGI-S (Clinical Global Impression scale for severity) and PGI-S (Patient version of the Clinical Global Impression scale for severity), respectively.</p>	/
<p><b>8. E intraclass correlation</b> ICC: 0.98</p> <p><b>E interrater reliability</b> Spearman's <math>\rho</math> correlations: 0.91 Spearman's <math>\rho</math> correlations (Davidson <i>et al.</i>, 1986): 0.76</p>	<p><b>CrV</b> MADRS – HAM-D<sub>17</sub>: 0.90 MADRS – HAM-D<sub>31</sub>: 0.88 MADRS – HAM-D<sub>6</sub> subscale: 0.89 HMI (HAM-D/MADRS Interview) – MADRS: 0.96</p>	/

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver

Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Echelle en français - avec autorisation de l'auteur.  
Source : Montgomery, S.A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389

be

### Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

La cotation devrait être basée sur un entretien clinique consistant en questions générales et en questions plus détaillées qui permettent d'évaluer le degré de gravité des symptômes. L'examineur doit décider si cette gravité correspond à l'un des degrés opérationnalisés de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à l'un des degrés intermédiaires (1, 3, 5).

Il est rare qu'un déprimé ne puisse pas être coté aux items de cette échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du patient, toutes les indications pertinentes et toutes autres sources d'information devraient être utilisées comme base d'évaluation, conformément à la pratique clinique.

L'échelle peut être répétée aussi souvent que nécessaire, chaque semaine par exemple, à condition que la fréquence d'administration soit précisée.

#### *Liste des points*

1. Tristesse apparente : .....
2. Tristesse exprimée : .....
3. Tension intérieure : .....
4. Insomnie : .....
5. Perte d'appétit : .....
6. Difficultés de concentration : .....
7. Lassitude : .....
8. Anesthésie affective : .....
9. Pensées péjoratives : .....
10. Idées de suicide : .....

#### *1. Tristesse apparente*

Observer l'abattement, l'humeur sombre, la perte d'espoir (c'est-à-dire plus qu'un cafard passager), le discours, l'expression du visage, le maintien. Coter en fonction de la gravité, de l'impossibilité à dérider le patient.

- 0 Pas de tristesse apparente.
- 1
- 2 Paraît découragé mais sourit sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Paraît constamment misérable, extrêmement découragé.

## 2. Tristesse exprimée

Evaluer aux plaintes du patient, si l'humeur déprimée se reflète ou non dans sa présentation. Inclut mauvais moral, abattement, sentiment de ne pouvoir être aidé, perte d'espoir. Coter en fonction de l'intensité, de la durée et de la mesure dans laquelle l'humeur est, selon le patient, influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle, adaptée aux circonstances.
- 1
- 2 Triste, à plat, mais sourit sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment pénétrant de tristesse, d'humeur sombre, encore susceptible d'être influencé par les circonstances.
- 5
- 6 Vécu permanent de tristesse, de souffrance, de découragement.

## 3. Tension intérieure

Sensations de malaise mal défini, de nervosité, de tourment intérieur, de tension psychique allant jusqu'à la panique, la terreur, l'angoisse. Coter en fonction de l'intensité, de la fréquence, de la durée et du degré de réassurance demandé par le patient.

- 0 Tranquille ; tension intérieure légère et passagère.
- 1
- 2 Sensation occasionnelle de nervosité, de malaise mal défini.
- 3
- 4 Tension intérieure permanente ou panique intermittente que le patient ne contient qu'à grand-peine.
- 5
- 6 Terreur ou angoisse incessante. Panique insupportable.

#### 4. *Insomnie*

Plaintes quant à la durée ou à la qualité insuffisante du sommeil par rapport à ce qu'il est lorsque le patient est bien.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légères difficultés d'endormissement ; sommeil un peu raccourci, léger ou irrégulier.
- 3
- 4 Sommeil raccourci ou interrompu par un réveil toutes les 2 h au moins.
- 5
- 6 Moins de 2 à 3 h de sommeil par nuit.

#### 5. *Perte d'appétit*

Impression d'avoir moins bon appétit qu'avant. L'évaluer au manque de désir pour la nourriture ou à la nécessité de forcer le patient à manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement diminué.
- 3
- 4 Pas d'appétit. La nourriture est sans goût.
- 5
- 6 Doit être poussé à manger un tant soit peu.

## 6. Difficultés de concentration

Depuis la difficulté à rassembler ses idées jusqu'à une incapacité totale de concentration. Coter suivant l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 3
- 4 Difficultés à soutenir son attention, interférant avec la lecture ou la conversation.
- 5
- 6 Grande difficultés à lire ou à tenir une conversation.

## 7. Lassitude

Manque d'entrain ; lenteur de démarrage et de réalisation des activités quotidiennes.

- 0 Pratiquement pas de difficultés à démarrer, pas de ralentissement.
- 1
- 2 Difficultés à entamer les activités quotidiennes.
- 3
- 4 Difficultés à s'attaquer aux activités quotidiennes, qui ne sont réalisées qu'avec effort.
- 5
- 6 Lassitude extrême; incapable de toute activité sans être aidé.

## 8. Anesthésie affective

Expérience subjective de désintérêt pour le monde environnant ou pour les plaisirs habituels, de perte de réaction émotionnelle adaptée aux circonstances et aux personnes.

- 0 Intérêt normal pour les autres et le monde environnant.
- 1
- 2 Réduction de la capacité à prendre plaisir des intérêts habituels.
- 3

- 4 Désintérêt pour le monde ambiant ; perte des sentiments envers amis et connaissances.
- 5
- 6 Vécu de sidération émotionnelle. Impossibilité de ressentir colère, chagrin ou plaisir. Perte totale, voire pénible, des sentiments envers amis et proches.

### 9. Pensées péjoratives

Idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensées péjoratives.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation, d'insuffisance.
- 3
- 4 Auto-accusation persistante; idées précises mais encore raisonnables de culpabilité ou de péché. Pessimisme croissant envers l'avenir.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords, de non rédemption.

### 10. Idées de suicide

Sentiment que la vie n'en vaut pas la peine, qu'une mort naturelle serait la bienvenue. Idées et préparatifs suicidaires. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Las de la vie. Idées de suicide passagères.
- 3
- 4 Pense qu'il serait sans doute mieux s'il était mort. Idées suicidaires fréquentes; le suicide est considéré comme une solution, mais sans intention ni préparatifs précis.
- 5
- 6 Plans précis de suicide lorsque l'occasion se présentera. Préparatifs actifs.

Reproduced from: A new depression scale designed to be sensitive to change. S.A. Montgomery & M. Åsberg,  
*British Journal of Psychiatry* (1979), **134**, 382-389.

© 1979 The Royal College of Psychiatrists.



# MADRS - MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

(Vertaling J.G. Goekoop)

Naam patiënt(e) :  
(+ voorletters en midsjesnaam)

Datum :  
Tijdstip :

Geboortedatum :

Onderzoeker :

## 1. Zich direct tonende somberheid

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

0. Geen somberheid
- 1.
2. Ziet er ontmoedigd uit, maar klaart zonder enige moeite op.
- 3.
4. Lijkt de meeste tijd somber en ongelukkig te zijn.
- 5.
6. Ziet er voortdurend ellendig uit.

## 2. Vermelde somberheid

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

0. In daartoe aanleiding gevende omstandigheden soms somber.
- 1.
2. Somber of neerslachtig maar klaart zonder moeite op.
- 3.
4. Een alles bepalend en alles overheersend gevoel van somberheid of droefgeestigheid. De stemming kan nog door uitwendige omstandigheden beïnvloed worden.
- 5.
6. Voortdurend onveranderlijke somberheid, ellende en moedeloosheid.

## 3. Innerlijke gespannenheid

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

0. Rustig. Alleen vluchtige beweging van spanning.
- 1.
2. Zo nu en dan een geprikkeld gevoel of een niet zo goed omschrijfbaar onbehagen.
- 3.
4. Voortdurende gevoelens van innerlijke spanning of een keer op keer terugkomende paniek, die de patiënt niet zonder enige moeite de baas is.
- 5.
6. Een onverbiddelijke dreiging of kwelling. Overweldigende paniek.

## 4. Verminderde slaap

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

0. Slaapt net als anders.
- 1.
2. Enige moeite met in slaap vallen of enigszins verminderde, onregelmatige slaap.
- 3.
4. De slaap is minstens twee uur korter of onderbroken gedurende twee uur.
- 5.
6. Minder dan twee of drie uur slaap.

## 5. Verminderde eetlust

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

0. Normale of vermeerderde eetlust.
- 1.
2. Enigszins verminderde eetlust.
- 3.
4. Geen eetlust. Het voedsel smaakt nergens naar.
- 5.
6. Moet er toe overgehaald worden en bepraat om een hap te eten.

## 6. Concentratieproblemen

Hieronder wordt verstaan: moeite met het verzamelen van gedachten, oplopend tot volledig onvermogen door gebrek aan concentratie. Beoordeel naar ernst, frequentie en de maat van het resulterende onvermogen.

0. Geen last van concentratiestoornissen.
- 1.
2. Zo nu en dan moeite met het verzamelen van de gedachten.
- 3.
4. Moeite met concentreren en het vasthouden van een gedachte, zodat het vermogen om een gesprek te volgen of te lezen vermindert.
- 5.
6. Zonder zeer veel moeite niet in staat om te lezen of te praten.

### 7. Moeheid

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

0. Nauwelijks enige moeite met op gang komen. Geen traagheid.
- 1.
2. Moeite met het aanvangen van activiteiten.
- 3.
4. Moeite met het beginnen aan eenvoudige routinematige activiteiten, die met inspanning worden volbracht.
- 5.
6. Volledige moeheid. Niet in staat iets zonder hulp te doen.

### 8. Afwezigheid van gevoel

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

0. Normale belangstelling in omgeving en andere mensen.
- 1.
2. Verminderd vermogen te genieten van de gewone interesses.
- 3.
4. Verlies van belangstelling in de omgeving. Verlies van gevoel voor vrienden en kennissen.
- 5.
6. De beleving emotioneel verlamd te zijn, onvermogen om woede, verdriet of plezier te voelen en een volledig of zelfs pijnlijk gemis aan gevoelens voor nabije verwanten en goede vrienden.

### 9. Pessimistische denkbeelden

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

0. Geen pessimistische gedachten.
- 1.
2. Wisselende ideeën van falen, zelfverwijt of zelfdeprecieatie.
- 3.
4. Aanhoudende zelfbeschuldigingen of duidelijk geformuleerde, maar nog wel zinnige ideeën over zonde en schuld. Toenemend pessimistisch ten aanzien van de toekomst.
- 5.
6. Waandenkbeelden van ondergang, wroeging, niet goed te maken zonde. Absurde en onbetroefbare zelfbeschuldigingen.

### 10. Suïcidale gedachten

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

0. Geniet van het leven of neemt het zoals het valt.
- 1.
2. Is het leven moe. Slechts weinig suïcidale gedachten.
- 3.
4. Waarschijnlijk dood beter af. Zelfmoordgedachten komen vaak voor en zelfmoord wordt als een mogelijke oplossing overwogen, zonder specifieke plannen of voornemens.
- 5.
6. Uitdrukkelijke plannen om zelfmoord te plegen wanneer er een gelegenheid voor is. Actieve voorbereidingen voor zelfmoord.

### SCORING:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 01. Zich direct uitende somberheid | : |
| 02. Vermelde somberheid            | : |
| 03. Innerlijke gespannenheid       | : |
| 04. Verminderde slaap              | : |
| 05. Verminderde eetlust            | : |
| 06. Concentratieproblemen          | : |
| 07. Moeheid                        | : |
| 08. Afwezigheid van gevoel         | : |
| 09. Pessimistische denkbeelden     | : |
| 10. Suïcidale gedachten            | : |

Gelieve bij gebruik van dit rapport als volgt te refereren :

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualiseren van de bestaande BeST-databank & aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volkgezondheid van de voedselketen en leefmilieu.

Comment citer ce rapport ?

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualisation de la base de données BeST & ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.