

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)*

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben oder bald eines gebären werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt, seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte.....	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst.....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher.....	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer.....	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst.....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals.....	0
4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
6. ... überforderten mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden.....	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.....	0
7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich.....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals.....	0
10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft.....	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.

*Quelle: M. Hofecker Fallahpour, Ch. Zinkernagel, U. Frisch, C. Neuhofer, R.-D. Stieglitz, A. Riecher-Rössler: Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch, Verlag Hans Huber 2005.