

EPDS-Plus (Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala)



Psychiatrische Praxis
Dr. med. Irene Hertig-Meier
Schulhausstrasse 5
4900 Langenthal

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 Antwort, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Für jede Frage von 1 bis 10 werden danach 0 - 3 Punkte vergeben, die Anzahl Punkte sind jeweils am Ende der angekreuzten Antwort ersichtlich. Nach dem Ausfüllen werden die entsprechenden Punkte zusammengezählt, was zu einer Gesamt-Punktzahl zwischen 0 - 30 führt.

So fühlte ich mich während der letzten Woche:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Genauso oft wie früher | 0 |
| <input type="checkbox"/> Nicht ganz so oft wie früher | 1 |
| <input type="checkbox"/> Eher weniger als früher | 2 |
| <input type="checkbox"/> Überhaupt nie | 3 |

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> So oft wie früher | 0 |
| <input type="checkbox"/> Eher weniger als früher | 1 |
| <input type="checkbox"/> Viel seltener als früher | 2 |
| <input type="checkbox"/> Fast gar nicht | 3 |

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, manchmal | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nicht sehr oft | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> Ganz selten | 1 |
| <input type="checkbox"/> Ja, manchmal | 2 |
| <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft | 3 |

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ziemlich oft | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, manchmal | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nein, fast nie | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nie | 0 |

6. Mir ist alles zu viel geworden:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich wusste mir nicht mehr zu helfen | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, ich wusste mir oft nicht mehr zu helfen | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich konnte den Alltag gut bewältigen | 0 |

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, fast immer | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, manchmal | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nicht sehr oft | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, ziemlich oft | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nicht sehr oft | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, sehr oft | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, ziemlich oft | 2 |
| <input type="checkbox"/> Nur manchmal | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |

10. Manchmal kamen mir Gedanken, mir etwas anzutun:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, oft | 3 |
| <input type="checkbox"/> Manchmal | 2 |
| <input type="checkbox"/> Selten | 1 |
| <input type="checkbox"/> Nein, nie | 0 |

Gesamt-Punktzahl