

The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

German Version
Deutsche Version

Version Date: 2022

1. Manche Menschen machen Erfahrungen, die ungewöhnlich oder besonders beängstigend, schrecklich oder traumatisch sind. Beispielsweise

- schwerer Unfall oder Brand
- körperlicher oder sexueller Übergriff oder Missbrauch
- Erdbeben oder eine Überschwemmung
- Krieg
- Sehen, dass jemand getötet oder schwer verletzt wird
- einen geliebten Menschen durch Mord oder Selbstmord verlieren

Haben Sie jemals eine Erfahrung dieser Art gemacht?

Falls NEIN: Screening Wert= 0. Bitte hier aufhören.

Falls JA: Bitte die folgenden Fragen beantworten:

2. Im letzten Monat...

1. Hatten Sie Alpträume davon oder haben Sie daran gedacht, wenn Sie es nicht wollten?

JA NEIN

2. Haben Sie sich sehr bemüht nicht daran zu denken oder haben Sie sich große Mühe gegeben Situationen zu vermeiden, die Sie daran erinnerten?

JA NEIN

3. Waren Sie ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken?

JA NEIN

4. Haben Sie sich wie abgestumpft gefühlt oder entfremdet von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?

JA NEIN

5. Haben Sie sich schuldig gefühlt, oder konnten Sie nicht damit aufhören, sich selbst oder anderen Vorwürfe zu machen bzw. die Schuld zu geben für die schlimmen Ereignisse oder für Probleme, die von den Ereignissen verursacht wurden?

JA NEIN

Total Wert: Ja: _____ Nein: _____