



**Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5, past month) - German Version**

Anleitung: Unten steht eine Liste mit Problemen, die Personen nach einer besonders belastenden Erfahrung (Erlebnis) manchmal erleben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und kreisen Sie von den Zahlen rechts diejenige ein, die angibt, wie sehr Sie sich im vergangenen Monat durch dieses Problem gestört gefühlt haben.

Wie sehr wurden Sie im vergangenen Monat durch folgendes Problem gestört:	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich stark	Sehr stark
1. Wiederkehrende, störende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
2. Wiederkehrende, störende Träume bezüglich des belastenden Erlebnisses?	0	1	2	3	4
3. Ein plötzliches Gefühl oder Verhalten, als ob sich das belastende Erlebnis tatsächlich wiederholen würde (als ob Sie es tatsächlich noch einmal durchleben würden)?	0	1	2	3	4
4. Sich sehr aufgewühlt fühlen, wenn etwas Sie an das belastende Erlebnis erinnert?	0	1	2	3	4
5. Starke körperliche Reaktionen, wenn etwas Sie an das belastende Erlebnis erinnert (zum Beispiel: Herzrasen, Atemnot, Schweißausbrüche)?	0	1	2	3	4
6. Vermeiden von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die mit dem belastenden Erlebnis in Zusammenhang stehen?	0	1	2	3	4
7. Vermeiden von äußeren Hinweisen, die an das belastende Erlebnis erinnern (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Tätigkeiten, Gegenstände oder Situationen)?	0	1	2	3	4
8. Schwierigkeiten, sich an wichtige Einzelheiten des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
9. Intensive negative Überzeugungen sich selbst, andere Menschen oder die Welt betreffend (zum Beispiel, Gedanken wie: "Ich bin schlecht, mit mir stimmt etwas ganz und gar nicht, man kann niemandem trauen, die ganze Welt ist gefährlich?")	0	1	2	3	4

10. Sich selbst oder jemand anderem die Schuld für das belastende Erlebnis geben, oder für das, was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
11. Starke negative Gefühle wie Angst, Wut, Schuldgefühle oder Scham?	0	1	2	3	4
12. Kein Interesse mehr an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
13. Sich von anderen weit entfernt oder abgeschnitten zu fühlen?	0	1	2	3	4
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden (zum Beispiel, unfähig zu sein, Freude oder Zuneigung für Personen zu empfinden, die Ihnen nahestehen)?	0	1	2	3	4
15. Gereiztes Verhalten, Wutausbrüche oder aggressive Handlungen?	0	1	2	3	4
16. Zu viele Risiken einzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen schaden könnten?	0	1	2	3	4
17. Extreme Aufmerksamkeit, Wachsamkeit, oder „ständig auf der Hut“ zu sein?	0	1	2	3	4
18. Das Gefühl, sprunghaft oder schreckhaft zu sein?	0	1	2	3	4
19. Konzentrationsschwierigkeiten?	0	1	2	3	4
20. Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4

© F. Weathers et al. (8/14/2013). All rights reserved.

**Beziehen sich Ihre Antworten auf die Fragen im Fragebogen auf das belastende Erlebnis, das Ihre Hirnverletzung auslöste?**

Ja     Nein