

## Post-traumatic diagnostic scale (PDS)

PDS; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997<sup>1</sup>

**Veillez indiquer le nombre d'événements suivants dont vous avez été témoin ou vécu :**

- Accident ou incendie
- Catastrophe naturelle
- Agression non sexuelle (agresseur connu)
- Agression non sexuelle (agresseur inconnu)
- Agression sexuelle (agresseur connu)
- Agression sexuelle (agresseur inconnu)
- Zone de combat ou de guerre
- Abus sexuel
- Emprisonnement
- Torture
- Maladie mettant la vie en danger
- Autre

**Veillez indiquer lequel des événements ci-dessus vous a le plus perturbé au cours du mois écoulé et décrivez brièvement l'événement dans l'espace prévu à cet effet.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Veillez-vous référer à l'événement ci-dessus pour répondre aux questions suivantes.**

1. Avez-vous subi des blessures physiques à la suite de l'événement ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
2. L'événement a-t-il causé des dommages corporels à quelqu'un d'autre ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
3. Avez-vous eu le sentiment que votre vie ou celle de quelqu'un d'autre était en danger au moment de l'événement ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
4. Avez-vous éprouvé un sentiment d'impuissance ou de terreur au moment de l'événement ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

<sup>1</sup> E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., Knowles, K. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 28, 1166-1171

Les questions suivantes se réfèrent à la fréquence à laquelle vous avez ressenti ces symptômes au cours du mois dernier:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>De temps en temps Une fois par semaine ou moins</b>	<b>Une partie du temps 2 fois / semaine</b>	<b>La moitié du temps 3 - 4 fois / semaine</b>	<b>Presque toujours 5 + fois / semaine</b>

1. Avoir des pensées ou des images bouleversantes à propos de l'événement traumatique qui vous viennent à l'esprit alors que vous ne le souhaitiez pas.	0	1	2	3
2. Faire des mauvais rêves ou des cauchemars à propos de l'événement traumatisant	0	1	2	3
3. Revivre l'événement traumatique, agir ou se sentir comme s'il se reproduisait.	0	1	2	3
4. Se sentir émotionnellement bouleversé lorsque l'on vous rappelle l'événement traumatique (par exemple, peur, tristesse, colère, culpabilité, etc.)	0	1	2	3
5. Réactions physiques lorsque l'événement traumatique vous est rappelé (par ex. l'événement traumatique (par exemple, transpiration, battements de cœur rapides)	0	1	2	3
6. Essayer de ne pas penser à l'événement traumatisant ou de ne pas éprouver de sentiments à son sujet	0	1	2	3
7. Essayer d'éviter les activités, les personnes ou les lieux qui vous rappellent l'événement traumatique	0	1	2	3
8. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme	0	1	2	3
9. Avoir beaucoup moins d'intérêt ou participer beaucoup moins souvent à des activités importantes	0	1	2	3
10. Sentiment d'éloignement ou de coupure avec les personnes qui vous entourent	0	1	2	3
11. Sentiment d'engourdissement émotionnel (par exemple, incapacité de pleurer ou d'éprouver des sentiments affectueux)	0	1	2	3
12. Sentiment que vos projets d'avenir ou vos espoirs ne se réaliseront pas (par exemple, vous n'aurez pas de carrière, de mariage, d'enfants ou de longue vie)	0	1	2	3
13. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi	0	1	2	3
14. Se sentir irritable ou avoir des accès de colère	0	1	2	3
15. Difficultés à se concentrer (par exemple, dériver dans une conversation, perdre le fil d'une histoire à la télévision, oublier ce que vous avez lu).	0	1	2	3
16. Être trop vigilant (par exemple, vérifier qui est autour de vous, être mal à l'aise en tournant le dos à une porte, etc.)	0	1	2	3
17. Être nerveux et facilement surpris (par exemple lorsque quelqu'un s'avance derrière vous)	0	1	2	3

**Veillez indiquer si vos symptômes ont interféré avec les domaines suivants au cours du dernier mois:**

1. Travail	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
2. Tâches ménagères	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
3. Amitiés	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
4. Relations familiales	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
5. Activités ludiques et de loisirs	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
6. Travail scolaire	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
7. Vie sexuelle	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
8. Satisfaction générale de la vie	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
9. Niveau général de fonctionnement	<b>OUI</b>	<b>NON</b>