

姓名/ID :

日期 :

我們希望您個人對目前經歷之異常或獨特情況的看法。我們並非想知道其他人如何評論您的體驗。

請閱讀以下問題，並在「是」或「否」欄標上☐，說明您曾否經歷以下的異常或獨特情況。

	是	否
A) 您曾否看見別人看不見的影像或事物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 您曾否害怕某些人、力量或事物跟蹤您或傷害您？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) 您曾否從電視、電台、報章或其他途徑接收到只給您本人的特別訊息？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) 您曾否從街上的陌生人身上接收到只針對您本人的特別訊息？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 您曾否擁有特殊天賦或能力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 您曾否懂得讀心術？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 您曾否覺得有很多人洞悉您的想法？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 您曾否認為你的思想被廣播給其他人聽？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) 您曾否與神建立比一般信徒更特殊的關係？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) 您曾否與靈界的事物 (例如：天使、魔鬼、觀音、佛祖) 溝通？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) 您曾否與外星人溝通？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) 您曾否感到過度愧疚？您是否曾做非常壞的事？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) 您曾否感到有外力控制您的思想或行為？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) 您曾否感到被附體？(例如：被鬼上身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) 您曾否察覺身體出現某些改變？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) 您曾否感到身體或體內某部分患病或壞死？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) 其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請選出上述最嚴重的異常或獨特經歷，並在此寫下相應字母_____。

請繼續想著這個最嚴重的經歷，說明您目前有多同意以下各句，並圈出相應的分數。

1) 我經歷的異常或獨特經歷是由我所罹患的精神疾病所引致。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

2) 無論別人 (如：醫生、家人、朋友等) 怎麼想，我經歷的異常或獨特經歷都是真實的。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

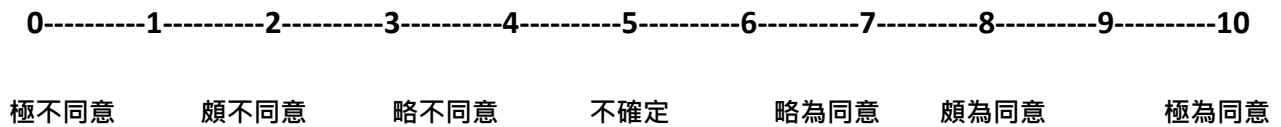
請閱讀以下問題，並在「是」或「否」欄標上☒，以指出您曾否經歷以下的異常或獨特情況。

	是	否
您是否曾聽見別人聽不見的話語或聲音？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

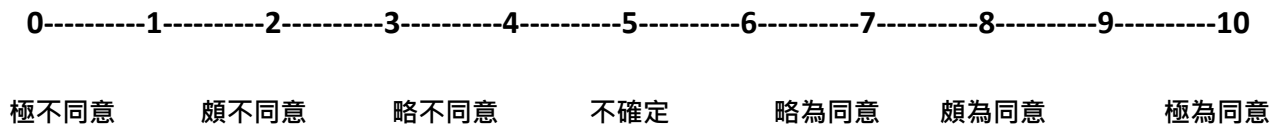
如「否」，請繼續到下一頁。

如「是」，請說明您目前有多同意以下各句，並圈出相應的分數。

3) 無論醫生、家人或朋友怎麼想，別人聽不到的那些聲音都是真實的。



4) 我所罹患的精神疾病令我聽見別人聽不見的聲音。



請繼續到下一頁

請說明您目前有多同意以下各句，並圈出相應的分數。

- 5) 我確信自己患有精神病 (如：思覺失調、情感型精神分裂、躁鬱症、有思覺失調症狀的抑鬱症等)。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

- 6) 我絕對需要接受抗思覺失調藥物治療。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

- 7) 我的精神狀況一直都很健康。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

- 8) 我應該停止或避免服用抗思覺失調藥物。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

- 9) 我經歷的異常或獨特經歷在生活中導致負面影響 (如：留院治療、工作、家庭或社交問題)。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

- 10) 抗思覺失調藥物有助減輕我經歷之異常或獨特經歷的嚴重性。

如從未服食抗思覺失調藥物，則此題不適用。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

極不同意 頗不同意 略不同意 不確定 略為同意 頗為同意 極為同意

完