

NOM/Numéro d'identification:

DATE:

Nous sommes intéressés à mieux comprendre vos propres croyances en lien avec vos expériences inhabituelles ou uniques. Nous ne sommes PAS intéressés à connaître ce que d'autres personnes voudraient que vous croyiez.

Indiquez par une croix ☒ si vous avez déjà vécu les expériences inhabituelles ou uniques ci-dessous en répondant par oui ou non.

	Oui	Non
A) Avez-vous déjà eu des visions ou vu des choses que d'autres ne peuvent pas voir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Avez-vous déjà craint qu'une personne, une force ou une entité vous persécute ou vous fasse du mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Avez-vous déjà reçu des messages qui vous étaient spécialement destinés de la télévision, de la radio, des journaux ou de tout autre dispositif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Avez-vous déjà reçu des messages qui vous étaient spécialement destinés de la part d'inconnus dans la rue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Avez-vous déjà eu des dons particuliers ou aptitudes spéciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Avez-vous déjà pu lire dans l'esprit d'autres personnes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Avez-vous déjà eu le sentiment que les autres pouvaient lire vos pensées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Avez-vous déjà eu le sentiment que vos pensées étaient diffusées pour être entendues par d'autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Avez-vous déjà eu une relation spéciale avec Dieu, au-delà de ce que vivent la plupart des gens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Avez-vous déjà communiqué avec des êtres spirituels, tels que des anges ou des démons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Avez-vous déjà communiqué avec des aliens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Avez-vous déjà ressenti une culpabilité excessive ou avez eu le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Avez-vous déjà eu le sentiment qu'une force extérieure contrôlait vos pensées ou vos actes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Avez-vous déjà eu le sentiment que vous êtes possédé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose avait changé quant à votre corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Avez-vous déjà eu le sentiment que votre corps ou une partie de votre corps était malade ou en train de mourir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choisissez parmi les affirmations ci-dessus l'expérience inhabituelle ou unique la plus intense. Indiquez la lettre correspondante ici _____.

Indiquez, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré d'accord ou de désaccord au moment présent et entourez le chiffre approprié pour chaque affirmation en gardant à l'esprit l'expérience la plus intense indiquée plus haut.

1) Mes expériences inhabituelles ou uniques sont dues à ma maladie mentale.

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

Fortement En Désaccord Moyennement En Désaccord Légèrement En Désaccord Indécis Quelques Peu D'accord Moyennement D'accord Tout à fait D'accord

2) Mes expériences inhabituelles ou singulières sont RÉELLES indépendamment de ce que les autres peuvent en penser (p.ex. médecins, famille, amis, etc.)

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

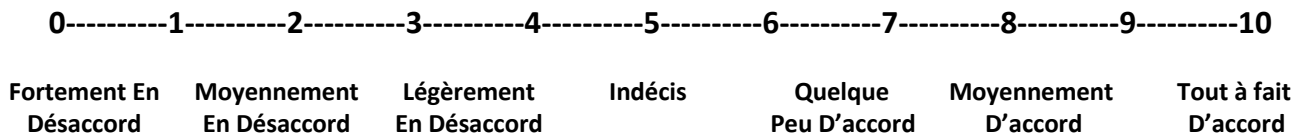
Fortement En Désaccord Moyennement En Désaccord Légèrement En Désaccord Indécis Quelques Peu D'accord Moyennement D'accord Tout à fait D'accord

Indiquez par une croix ☒ si vous avez déjà vécu l'expérience inhabituelle ou singulière suivante en répondant par Oui ou Non.

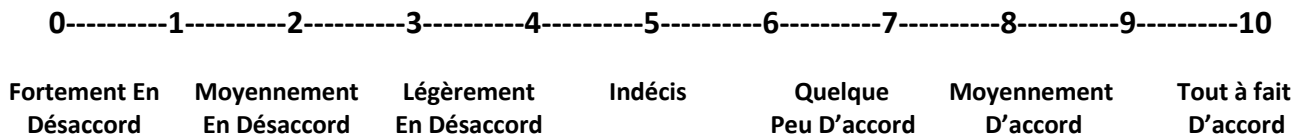
Avez-vous déjà entendu des voix ou des sons que d'autres ne peuvent pas entendre?	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si vous avez répondu 'NON' à la question précédente, merci de vous rendre à la page suivante.
- Si vous avez répondu 'OUI' à la question précédente, indiquez, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré d'accord ou de désaccord au moment présent et entourez le chiffre approprié pour chaque affirmation.

3) Les voix que les autres ne peuvent pas entendre sont RÉELLES indépendamment de ce que mon médecin, ma famille ou mes amis peuvent penser.



4) Ma maladie mentale fait que j'entends des voix que les autres ne peuvent pas entendre.



MERCI DE VOUS RENDRE A LA PAGE SUIVANTE

Indiquez, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré d'accord ou de désaccord au moment présent et entourez le chiffre approprié pour chaque affirmation.

- 5) Je crois vraiment que j'ai un trouble/maladie mental/e (p.ex. schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble bipolaire, dépression avec symptômes psychotiques, etc.).

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

- 6) J'ai vraiment BESOIN d'un traitement par antipsychotique.

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

- 7) J'ai toujours été en bonne santé mentale.

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

- 8) Je devrais interrompre ou éviter la prise d'un traitement antipsychotique.

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

- 9) Mes expériences inhabituelles ou uniques ont eu pour conséquence un impact négatif dans ma vie (p.ex. hospitalisation, emploi, famille ou problèmes sociaux).

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

- 10) Les traitements antipsychotiques ont diminué l'intensité de mes expériences inhabituelles ou singulières.

Non applicable étant donné que je n'ai jamais pris de traitement antipsychotique.

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

Fortement En Désaccord	Moyennement En Désaccord	Légèrement En Désaccord	Indécis	Quelque Peu D'accord	Moyennement D'accord	Tout à fait D'accord
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------	-------------------------	-------------------------	-------------------------