

Нас интересуют Ваши собственные впечатления по поводу Ваших необычных или уникальных переживаний. Нас НЕ интересует мнение других людей о Ваших необычных или уникальных переживаниях.

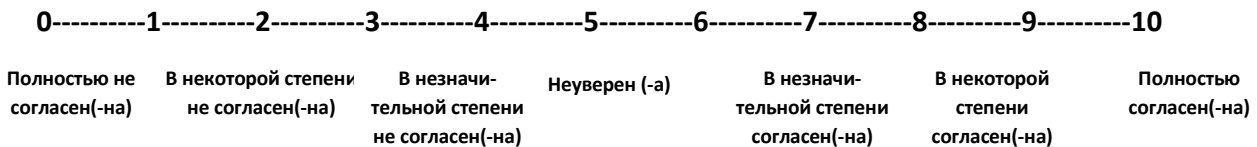
Укажите, были ли у Вас когда-либо какие-либо из следующих необычных или уникальных переживаний, прочитав вопросы и отметив либо «Да», либо «Нет».

	Да	Нет
A) У Вас когда-нибудь были видения или Вы видели то, что другие люди не могут видеть?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Вы когда-нибудь боялись, что кто-то, какая-то сила или сущность преследует Вас или хочет навредить Вам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас из газеты, телевизора, радио или другого устройства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас от незнакомцев на улице?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Обладали ли Вы когда-нибудь каким-то особым даром или особыми способностями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Вы когда-нибудь читали мысли других людей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Вы когда-нибудь чувствовали, что другие люди могут читать Ваши мысли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Вы когда-нибудь чувствовали, что Ваши мысли сверхъестественным образом передавались другим людям?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Были ли у Вас когда-нибудь особые отношения с Богом, более близкие, чем у обычного человека?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Вы когда-нибудь общались с духовными сущностями, такими как ангелы или демоны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Вы когда-нибудь общались с пришельцами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Вы когда-нибудь чувствовали себя слишком виноватым (-ой)? Или что Вы сделали что-то очень плохое?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) У Вас когда-нибудь было чувство, что Вашими мыслями или действиями управляет какая-то внешняя, сверхъестественная сила?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Вы когда-нибудь ощущали себя одержимым (-ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) У Вас когда-нибудь было чувство, что что-то изменилось в Вашем теле?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Вы когда-нибудь ощущали, что Ваше тело или какая-то часть Вашего тела «больна» или «отмирает»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Другое: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

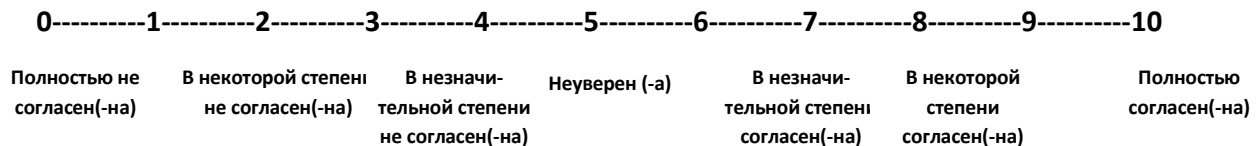
Выберите наиболее сильное необычное или уникальное переживание из перечисленного выше. Напишите здесь соответствующую букву _____.

Укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число, думая при этом о Вашем самом сильном переживании.

1) Мои необычные или уникальные переживания вызваны моим психическим заболеванием.



2) Мои необычные или уникальные переживания РЕАЛЬНЫ независимо от того, что о них думают другие люди (например, врачи, семья, друзья и т. д.).



Укажите, были ли у Вас когда-либо какие-либо из следующих необычных или уникальных переживаний, прочитав вопросы и отметив либо «Да», либо «Нет».

	Да	Нет
Вы когда-нибудь слышали голоса или звуки, которые другие люди не могут слышать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Если «НЕТ», перейдите на следующую страницу.
- Если Вы отметили «Да» выше, укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число.

3) Голоса, которые не могут услышать другие люди, РЕАЛЬНЫ, независимо от того, что об этом думают мой врач, семья или друзья.

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

Полностью не согласен(-на) В некоторой степени не согласен(-на) В незначительной степени не согласен(-на) Неуверен (-а) В незначительной степени согласен(-на) В некоторой степени согласен(-на) Полностью согласен(-на)

4) Мое психическое заболевание является причиной того, что я слышу голоса, которые не могут услышать другие люди.

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

Полностью не согласен(-на) В некоторой степени не согласен(-на) В незначительной степени не согласен(-на) Неуверен (-а) В незначительной степени согласен(-на) В некоторой степени согласен(-на) Полностью согласен(-на)

ПЕРЕЙДИТЕ НА СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ

Укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число.

- 5) Я действительно считаю, что у меня психическое расстройство/заболевание (например, шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное расстройство, депрессия с психозом и т.д.).

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 6) Мне несомненно ТРЕБУЕТСЯ лечение антипсихотическими препаратами.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 7) Я всегда был (-а) психически здоровым (-ой).

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 8) Я должен(-на) прекратить прием или стараться не принимать антипсихотические препараты.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 9) Мои необычные или уникальные переживания вызвали негативные последствия в моей жизни (например, госпитализацию, проблемы на работе, семейные или социальные проблемы).

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 10) Прием антипсихотических препаратов уменьшал интенсивность моих необычных или уникальных переживаний.

Не применимо, так как я никогда раньше не принимал(-а) антипсихотические препараты.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

КОНЕЦ