

Нас цікавлять Ваші власні переконання щодо Ваших незвичайних або унікальних переживань. Нас НЕ цікавить, що інші, можливо, бажать, щоб Ви думали з цього приводу.

Вкажіть, якщо у Вас коли-небудь виникали будь-які з наступних незвичайних або унікальних переживань, прочитавши ці питання й поставивши позначку для «Так» або «Ні».

	Так	Ні
A) Чи у Вас коли-небудь були видіння, або чи Ви бачили речі, які не можуть бачити інші?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Ви коли-небудь боялись, що хтось, якась сила або істота мали намір захопити, викрасти Вас або заподіяти Вам шкоду?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, з газети, телевізора, радіо або іншого пристрою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, від незнайомих на вулиці?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Ви коли-небудь володіли якимось особливим даром або здібностями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Ви коли-небудь могли читати думки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Ви коли-небудь відчували, що інші люди можуть читати Ваші думки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Ви коли-небудь відчували, що Ваші думки транслюються, щоб інші могли їх чути?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Ви коли-небудь мали особливі стосунки з Богом, що виходять за рамки звичайної людини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Ви коли-небудь спілкувалися з духовними сутностями, такими як ангели або демони?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Ви коли-небудь спілкувалися з прибульцями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Ви коли-небудь відчували себе занадто винним (-ою)? Або ніби Ви зробили щось дуже погане?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Ви коли-небудь відчували, що якась зовнішня сила контролює Ваші думки чи дії?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Ви коли-небудь відчували себе одержимим(-ою)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Чи у Вас коли-небудь було відчуття, ніби щось змінилось у Вашому організмі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Ви коли-небудь відчували, що Ваш організм чи якась його частина вражена хворобою або вмирає?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Інше: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Виберіть найсильніше незвичайне або унікальне переживання з перерахованого вище.
Впишіть тут відповідну літеру: _____.

Вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь в даний момент з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число, думаючи при цьому про Ваше найсильніше переживання.

1) Мої незвичайні або унікальні переживання викликані моїм психічним захворюванням.

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

Цілком не
згодний(-а)

Помірно не
згодний(-а)

Трохи не
згодний(-а)

Не впевнений (-а)

Трохи
згодний(-а)

Помірно
згодний(-а)

Цілком
згодний(-а)

2) Мої незвичайні або унікальні переживання з РЕАЛЬНИМИ незалежно від того, що про них думають інші люди (наприклад, лікарі, члени сім'ї, друзі і т. д.).

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

Цілком не
згодний(-а)

Помірно не
згодний(-а)

Трохи не
згодний(-а)

Не впевнений (-а)

Трохи
згодний(-а)

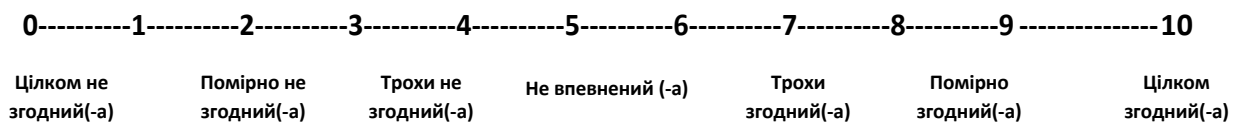
Помірно
згодний(-а)

Цілком
згодний(-а)

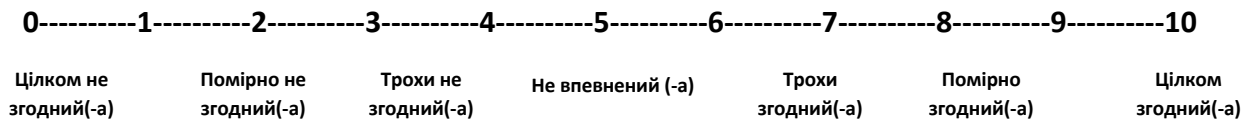
Вкажіть, якщо у Вас коли-небудь виникали будь-які з наступних незвичайних або унікальних переживань, прочитавши ці питання й поставивши позначку для «Так» або «Ні».

	Так	Ні
Ви коли-небудь чули голоси або звуки, які не можуть чути інші люди?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Якщо Ви зазначили «НІ», перейдіть на наступну сторінку.
 - Якщо Ви зазначили «ТАК» вище, вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь в даний момент з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число.
- 3) Голоси, які не можуть чути інші люди, є РЕАЛЬНИМИ незалежно від того, що про це думають мій лікар, члени сім'ї або друзі.



- 4) Я чую голоси, які не можуть чути інші люди, через психічне захворювання.



ПЕРЕЙДІТЬ НА НАСТУПНУ СТОРІНКУ.

Вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь в даний момент з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число.

- 5) Я дійсно вважаю, що у мене психічний розлад/захворювання (наприклад, шизофренія, шизоафективний розлад, біполярний розлад, депресія з психозом тощо).

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

- 6) Я безперечно ПОТРЕБУЮ лікування антипсихотичним препаратом.

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

- 7) Я завжди був(-ла) психічно здоровим(-ою).

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

- 8) Мені слід припинити прийом або уникати прийому антипсихотичного препарату.

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

- 9) Мої незвичайні або унікальні переживання призвели до негативних наслідків у моєму житті (наприклад, до госпіталізації, проблем на роботі, сімейних або соціальних проблем).

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

- 10) Антипсихотичні препарати послабили інтенсивність моїх незвичайних або унікальних переживань.

Не застосовно, оскільки я ніколи раніше не приймав(-ла) антипсихотичних препаратів.

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

Цілком не згодний(-а)	Помірно не згодний(-а)	Трохи не згодний(-а)	Не впевнений (-а)	Трохи згодний(-а)	Помірно згодний(-а)	Цілком згодний(-а)
--------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

КІНЕЦЬ