

NOME/IDENTIFICAÇÃO:

DATA:

Estamos interessados na sua opinião sobre as suas experiências incomuns ou únicas. NÃO estamos interessados no que outros possam querer que pense.

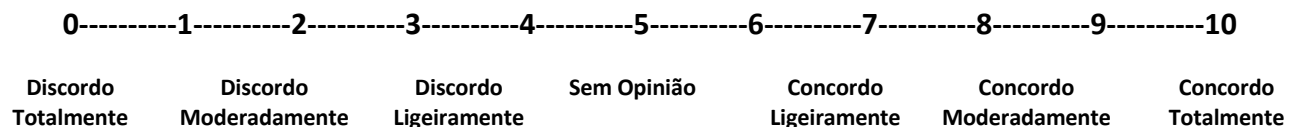
Indique, lendo as questões e selecionando Sim ou Não, se alguma vez teve alguma das seguintes experiências incomuns ou únicas.

	Sim	Não
A) Alguma vez teve visões ou viu coisas que os outros não conseguem ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Alguma vez teve medo que alguém, alguma força ou entidade andasse a persegui-lo(a) ou a tentar magoá-lo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si no jornal, televisão, rádio, ou outro aparelho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si de pessoas desconhecidas na rua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Alguma vez teve algum dom ou capacidade especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Alguma vez conseguiu ler mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Alguma vez sentiu que outros conseguiam ler os seus pensamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram transmitidos para outros ouvirem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Alguma vez teve uma relação com Deus mais especial do que as outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Alguma vez comunicou com seres espirituais, como anjos ou demónios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Alguma vez comunicou com extra-terrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Alguma vez se sentiu excessivamente culpado(a)? Ou que tinha feito algo muito mau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Alguma vez sentiu que os seus pensamentos ou ações eram controlados por uma força exterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Alguma vez sentiu que estava possuído(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Alguma vez teve a sensação de que algo tinha mudado no seu corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Alguma vez sentiu que o seu corpo ou uma parte do seu corpo estava doente ou a morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

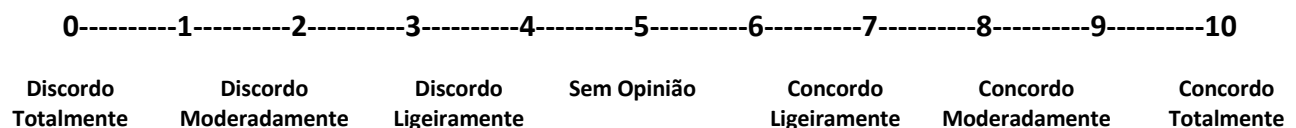
Selecione a experiência incomum ou única mais intensa entre as mencionadas acima. Escreva aqui a letra correspondente _____.

Tendo em conta a sua experiência mais intensa, indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.

1) As minhas experiências incomuns ou únicas devem-se à minha doença mental.



2) As minhas experiências incomuns ou únicas são REAIS independentemente do que as outras pessoas pensam (por exemplo médicos, família, amigos, etc.).



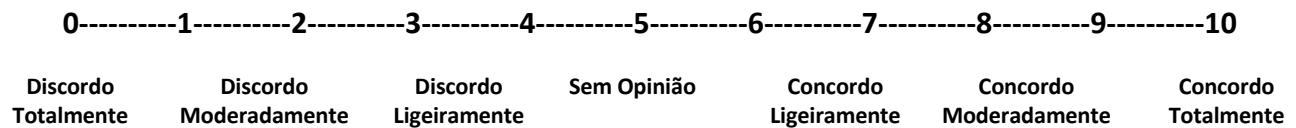
Indique, lendo a questão e assinalando Sim ou Não, se alguma vez teve a seguinte experiência incomum ou única.

	Sim	Não
Alguma vez ouviu vozes ou sons que os outros não conseguem ouvir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

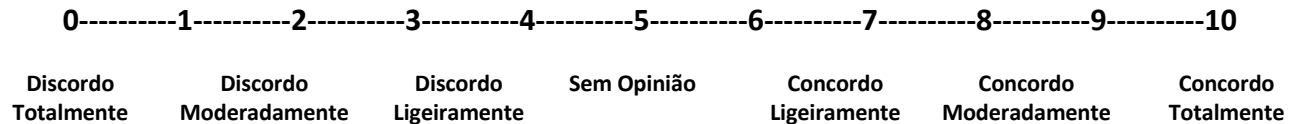
Se assinalou 'NÃO,' por favor avance para a página seguinte.

Se assinalou 'SIM', indique o quanto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.

3) As vozes que as outras pessoas não conseguem ouvir são REAIS, independentemente do que o meu médico, a minha família ou os meus amigos pensam.



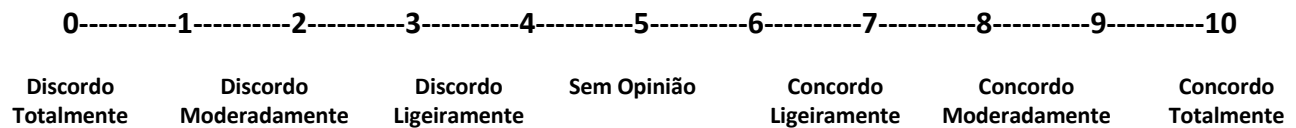
4) A minha doença mental fez com que eu ouvisse vozes que as outras pessoas não conseguem ouvir.



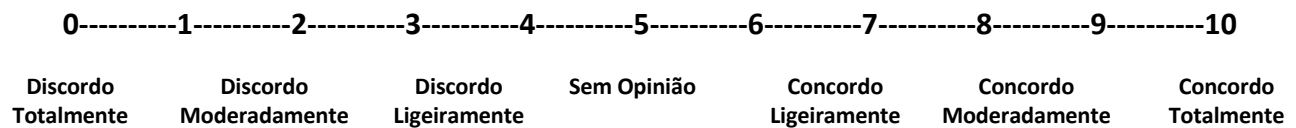
POR FAVOR AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

Por favor indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.

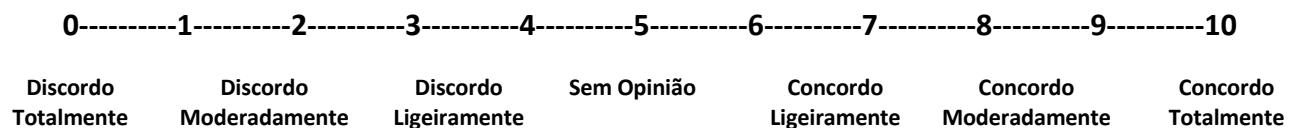
- 5) Eu acredito realmente que tenho uma doença/perturbação mental (por exemplo Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Bipolar, Depressão com Psicose, etc.).



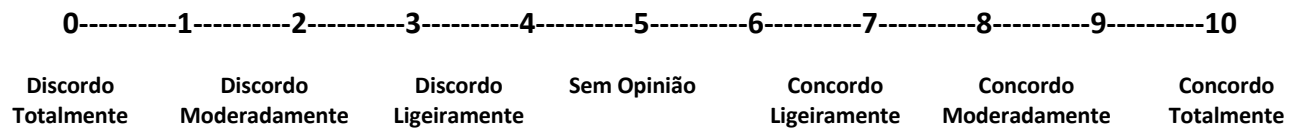
- 6) Eu PRECISO definitivamente de tratamento com medicação antipsicótica.



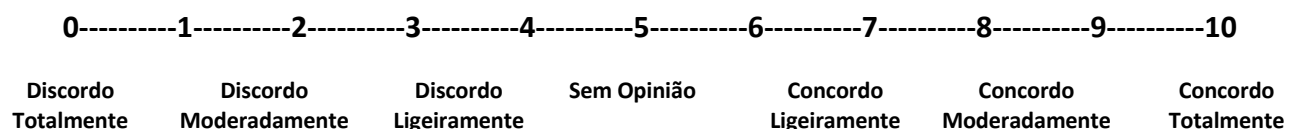
- 7) Eu sempre fui mentalmente saudável.



- 8) Eu deveria parar ou evitar tomar medicação antipsicótica.

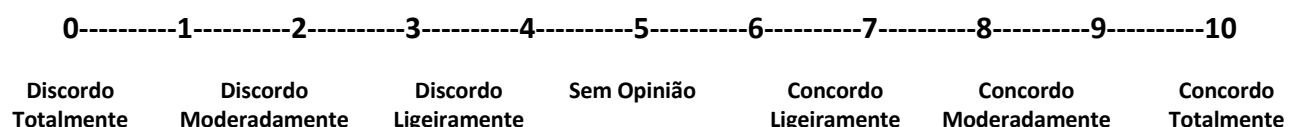


- 9) As minhas experiências incomuns ou únicas levaram a consequências negativas na minha vida (por exemplo internamento, problemas profissionais, familiares ou sociais).



- 10) A medicação antipsicótica diminuiu a intensidade das minhas experiências incomuns ou únicas.

Não Aplicável uma vez que nunca tomei medicação antipsicótica.



FIM