

Нас цікавлять Ваші власні переконання щодо Ваших незвичайних або унікальних переживань. Нас НЕ цікавить, що інші, можливо, бажають, 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.

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

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

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

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

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

**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<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 6) Я безперечно ПОТРЕБУЮ лікування антипсихотичним препаратом.

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

|                          |                           |                         |                   |                      |                        |                       |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

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

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

|                          |                           |                         |                   |                      |                        |                       |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>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<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>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<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>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<br>згодний(-а) | Помірно не<br>згодний(-а) | Трохи не<br>згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи<br>згодний(-а) | Помірно<br>згодний(-а) | Цілком<br>згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

**КІНЕЦЬ**