

NAMA/ID:

TANGGAL:

**Kami tertarik untuk mengetahui kepercayaan Anda terkait pengalaman tidak biasa atau unik yang Anda alami. Kami TIDAK tertarik untuk mengetahui apa yang orang lain inginkan untuk Anda percayai.**

**Tunjukkan bila Anda pernah mengalami pengalaman tidak biasa atau unik berikut ini dengan membaca pertanyaan dan memberikan tanda  pada kolom Ya atau Tidak.**

	Ya	Tidak
A) Apakah Anda pernah mengalami penglihatan atau melihat sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Apakah Anda pernah merasa takut akan seseorang, kekuatan atau sosok yang mengejar Anda atau ingin menyakiti Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Apakah Anda pernah menerima pesan khusus untuk Anda dari TV, radio, surat kabar, atau perangkat lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Apakah Anda pernah menerima pesan khusus untuk Anda dari orang asing di jalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Apakah Anda pernah memiliki bakat atau kemampuan spesial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Apakah Anda dapat membaca pikiran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Apakah Anda pernah merasa orang lain dapat membaca pikiran Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Apakah Anda pernah merasa pikiran Anda disiarkan untuk didengar oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Apakah Anda pernah memiliki hubungan spesial dengan Tuhan melebihi orang biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Apakah Anda pernah berkomunikasi dengan makhluk spiritual, seperti malaikat atau setan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Apakah Anda pernah berkomunikasi dengan makhluk luar angkasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Apakah Anda pernah merasa bersalah secara berlebihan? Atau Anda telah melakukan sesuatu yang sangat buruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Apakah Anda pernah merasa pikiran dan perilaku Anda dikontrol oleh kuasa luar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Apakah Anda pernah merasa kerasukan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Apakah Anda pernah merasa ada sesuatu yang berubah dari tubuh Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Apakah Anda pernah merasa bahwa tubuh atau sebagian dari tubuh Anda sakit atau sekarat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Lainnya: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pilih pengalaman tidak biasa atau unik yang paling intens.**

**Tuliskan huruf yang sesuai \_\_\_\_\_.**

**Tandai seberapa besar Anda merasa setuju atau tidak setuju pada saat ini dengan setiap pernyataan berikut dengan melingkari angka yang sesuai, dengan memikirkan pengalaman Anda yang paling intens.**

1) Pengalaman tidak biasa atau unik saya disebabkan oleh penyakit jiwa saya.

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

2) Pengalaman tidak biasa atau unik saya NYATA, terlepas dari apa yang dipikirkan oleh orang lain (seperti dokter, keluarga, teman, dll.)

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

Tunjukkan bila Anda pernah mengalami pengalaman tidak biasa atau unik berikut ini dengan membaca pertanyaan dan menandai  pada kolom Ya atau Tidak.

	Ya	Tidak
Apakah Anda pernah mendengar suara atau bunyi yang tidak dapat didengar oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bila 'TIDAK', mohon melanjutkan ke halaman berikutnya.

Bila 'YA' pada pernyataan di atas, tandai seberapa besar Anda merasa setuju atau tidak setuju pada saat ini dengan setiap pernyataan berikut dengan melingkari angka yang sesuai.

3) Suara-suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain itu NYATA, terlepas dari apa yang dipercayai oleh dokter, keluarga, atau teman saya.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
 Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

4) Penyakit jiwa saya menyebabkan saya mendengar suara-suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
 Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

**MOHON MELANJUTKAN KE HALAMAN BERIKUTNYA**

Mohon tandai seberapa besar Anda merasa setuju atau tidak setuju pada saat ini dengan setiap pernyataan berikut dengan melingkari angka yang sesuai.

- 5) Saya sungguh percaya bahwa saya memiliki gangguan/penyakit jiwa (seperti Skizofrenia, Gangguan Skizoafektif, Gangguan Bipolar, Depresi dengan Psikosis, dll.)

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

- 6) Saya sungguh MEMBUTUHKAN pengobatan dengan obat antipsikotik.

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

- 7) Saya selalu sehat secara mental.

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

- 8) Saya harus menghentikan atau menghindari konsumsi obat antipsikotik.

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

- 9) Pengalaman tidak biasa atau unik yang saya alami menyebabkan terjadinya konsekuensi negatif pada kehidupan saya (seperti rawat inap, masalah pekerjaan, keluarga, atau sosial).

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

- 10) Obat antipsikotik mengurangi intensitas pengalaman tidak biasa atau unik saya.

Tidak berlaku karena saya tidak pernah menggunakan obat antipsikotik sebelumnya.

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

Sangat Tidak Setuju      Tidak Setuju      Agak Tidak Setuju      Tidak Yakin      Agak Setuju      Setuju      Sangat Setuju

**SELESAI**