

Proszę wskazać, czy w ciągu ostatniego miesiąca doświadczył/a Pan/i następujących myśli, uczuć i zdarzeń, zaznaczając „tak” lub „nie” przy każdej pozycji kwestionariusza. **Proszę nie uwzględniać doświadczeń, które mają miejsce tylko wtedy, gdy znajduje się Pan/i pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków, które nie zostały Panu/i przepisane przez lekarza.** Jeśli odpowie Pan/i „tak” na którekolwiek z pytań, proszę wskazać, jak bardzo dokuczliwe było/jest dla Pana/i opisywane doświadczenie.

**1. Czy znajome otoczenie czasami wydaje się Panu/i dziwne, niezrozumiałe, groźne lub nierealne?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**2. Czy zdarzyło się Panu/i słyszeć nietypowe dźwięki jak piski, trzaski, szумы, klaskanie lub dzwonienie w uszach?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**3. Czy przedmioty, które Pan/i widzi wydają się inne niż zazwyczaj (jaśniejsze lub ciemniejsze, większe lub mniejsze, albo odmienne w jakiś inny sposób)?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**4. Czy miał/a Pan/i jakiegokolwiek doświadczenia związane z telepatią, działaniem innych sił psychicznych lub przepowiadaniem przyszłości?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**5. Czy zdarzyło się Panu/i mieć poczucie utraty kontroli nad własnymi myślami?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**6. Czy miewa Pan/i trudności z porozumiewaniem się, bo podczas rozmowy często zdarza się Panu/i mówić chaotycznie lub zbaczać z tematu?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**7. Czy ma Pan/i silne przekonanie, że posiada Pan/i jakieś niezwykle umiejętności czy talenty?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**8. Czy czuje Pan/i, że inni ludzie obserwują lub rozmawiają o Panu/i?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**9. Czy czasami miewa Pan/i dziwne doznania na skórze lub tuż pod nią, np pelzających robaków?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**10. Czy czasami zdarza się, że rozpraszają Pana/ią dźwięki z oddali, na które zazwyczaj nie zwraca Pan/i uwagi?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**11. Czy miewał/a Pan/i poczucie obecności jakiejś osoby lub siły, chociaż dookoła nie było nikogo widać?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**12. Czy zdarza się Panu/i martwić, że coś może być nie tak z Pana/i umysłem?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**13. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i poczucie, że Pan/i nie istnieje, świat nie istnieje, albo że jest Pan/i martwy/a?**

TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**14. Czy kiedykolwiek czuł/a się Pan/i dezorientowany/a, czy coś, czego Pan/i doświadczył/a jest prawdziwe czy urojone?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**15. Czy posiada Pan/i przekonania, które inni ludzie uznają za niezwykle lub dziwaczne ?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**16. Czy ma Pan/i poczucie, że części Pana/i ciała w jakiś sposób się zmieniły, lub inaczej pracują?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**17. Czy Pana/i myśli są czasami tak silne, że prawie można je usłyszeć?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**18. Czy czuje się Pan/i nieufny/a i podejrzliwy/a wobec innych ludzi?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**19. Czy zdarzyło się Panu/i widzieć nietypowe rzeczy jak błyski, płomienie, oślepiające światło lub figury geometryczne?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**20. Czy zdarzyło się Panu/i widzieć rzeczy, których inne osoby nie widzą lub zdają się nie widzieć?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

**21. Czy innym ludziom czasami trudno zrozumieć, co Pan/i mówi?**

TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam