

Nama : _____
Tanggal lahir : _____

PQ-B (Prodromal Questionnaire-Brief)

Apakah Anda memiliki pikiran-pikiran, perasaan-perasaan, dan pengalaman-pengalaman berikut **dalam satu bulan terakhir** dan jawablah dengan "YA" atau "TIDAK" (berikan tanda centang) untuk masing – masing pertanyaan. **Tidak termasuk** pengalaman yang hanya terjadi ketika Anda berada di bawah pengaruh alkohol, zat - zat atau obat - obatan yang tidak diresepkan untuk Anda. Bila Anda menjawab "YA" pada salah satu pertanyaan, tandai juga apakah pengalaman tersebut mengganggu Anda.

1. Apakah lingkungan yang biasa terkadang seperti aneh, membingungkan, mengancam, atau tidak nyata bagi Anda?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

2. Apakah Anda pernah mendengar suara yang tidak biasa seperti dentuman, bunyi "klik", bunyi berdesis, bunyi tepukan atau berdenging di telinga?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

3. Apakah hal-hal yang Anda lihat tampak berbeda dari biasanya (lebih terang atau lebih redup, lebih besar atau kecil, atau berubah dalam hal lainnya)?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

4. Apakah Anda memiliki pengalaman dengan membaca pikiran (telepati), kekuatan gaib, atau meramal?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

5. Apakah Anda pernah merasa tidak dapat mengendalikan ide – ide atau pikiran – pikiran Anda?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

6. Apakah Anda mengalami kesulitan menyampaikan maksud Anda, karena Anda mengoceh atau banyak keluar jalur ketika Anda berbicara?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

7. Apakah Anda memiliki perasaan atau keyakinan yang kuat bahwa Anda berbakat luar biasa atau berkemampuan khusus?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

8. Apakah Anda merasa orang lain sedang memperhatikan atau membicarakan Anda?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

9. Apakah Anda terkadang mengalami perasaan aneh di atas atau persis di bawah kulit seperti ada serangga yang berjalan?

- YA TIDAK *Bila YA:* Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

10. Apakah Anda kadang-kadang merasa tiba-tiba terganggu oleh suara-suara jauh yang sebelumnya tidak Anda alami?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

11. Apakah Anda memiliki perasaan ada beberapa orang atau kekuatan di sekitar Anda, meskipun Anda tidak bisa melihat siapa - siapa?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

12. Apakah pada beberapa waktu Anda khawatir ada sesuatu yang salah dengan pikiran Anda?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

13. Apakah Anda pernah merasa Anda tidak ada, dunia tidak ada, atau Anda sudah mati?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

14. Apakah ada kalinya Anda bingung bahwa yang Anda alami nyata atau imajinasi?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

15. Apakah Anda meyakini hal - hal yang orang lain anggap tidak biasa atau aneh?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

16. Apakah Anda merasa bahwa bagian – bagian tubuh Anda telah berubah dalam beberapa cara, atau bahwa bagian – bagian tubuh Anda bekerja secara berbeda?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

17. Apakah pikiran – pikiran Anda terkadang begitu kuat sehingga Anda hampir dapat mendengarnya?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

18. Apakah Anda menemukan diri Anda merasa tidak percaya atau curiga terhadap orang lain?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

19. Apakah Anda pernah melihat sesuatu yang tidak biasa seperti kilatan cahaya, api, cahaya yang menyilaukan, atau bentuk – bentuk geometris?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

20. Apakah Anda pernah melihat hal - hal yang tidak biasa atau sepertinya tidak bisa dilihat orang lain?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju

21. Apakah orang – orang terkadang mengalami kesulitan memahami apa yang Anda katakan?

- YA TIDAK **Bila YA:** Saat hal ini terjadi, saya merasa ketakutan, khawatir, atau hal ini menyebabkan masalah bagi saya:
 Sangat tidak setuju Tidak setuju Netral Setuju Sangat setuju