|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 21 | Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba? |  |  |
| 22 | Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba rnencelakai Anda dengan cara tertentu? |  |  |
| 23 | Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda? |  |  |
| 24 | Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar? |  |  |