

Прочитайте первоначальное утверждение (выделенное курсивом) участнику(-це) или пациенту(-ке), а затем задайте следующие вопросы, чтобы собрать информацию для заполнения соответствующей шкалы самоосознания наличия заболевания VAGUS-CR.

*«Меня интересует Ваше собственное понимание Ваших необычных или уникальных переживаний **в настоящий момент**. Меня **НЕ** интересует то, как другим людям хотелось бы, чтобы Вы думали о своих переживаниях».*

1) Опишите Ваши необычные или уникальные переживания. Например:

|   | Да                       | Нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A) Вы когда-нибудь слышали голоса или звуки, которые другие люди не могут слышать?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) У Вас когда-нибудь были видения или Вы видели то, что другие люди не могут видеть?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Вы когда-нибудь боялись, что кто-то, какая-то сила или существо преследует Вас, хочет Вас схватить или | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас из телевизора, радио, газеты или другого       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас от незнакомцев на улице?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F) Обладали ли Вы когда-нибудь каким-то особым даром или особыми способностями?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G) Вы когда-нибудь читали мысли других людей?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H) Вы когда-нибудь чувствовали, что другие люди могут читать Ваши мысли или, что Ваши мысли передаются    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I) Были ли у Вас когда-нибудь особые отношения с Богом, более близкие, чем у обычного человека?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J) Вы когда-нибудь общались с духовными существами, такими как ангелы или демоны или пришельцы?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K) Вы когда-нибудь чувствовали себя слишком виноватым(-ой) или что Вы сделали что-то очень плохое?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L) Вы когда-нибудь чувствовали, что какая-то внешняя сила контролирует Ваши мысли или действия?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M) Вы когда-нибудь ощущали себя одержимым (-ой)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N) Вы когда-нибудь чувствовали, что Ваше тело или какая-то часть Вашего тела «больна», «гниет» или        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O) Другое: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Чем Вы объясните свои необычные или уникальные переживания? **Как Вы думаете, в чем причина этих переживаний в настоящий момент?**

3) Считаете ли Вы в **настоящее время**, что у Вас психическое заболевание или психическое расстройство, такое как шизофрения, биполярное расстройство или депрессия с психозом и т. п.? Пожалуйста, поясните подробнее.

4) Как Вы думаете, Ваши необычные или уникальные переживания требуют лечения? Вам **НУЖНО** принимать антипсихотические препараты? Пожалуйста, поясните подробнее.

5) Сталкивались ли Вы с какими-либо негативными последствиями в результате Ваших необычных или уникальных переживаний? Или в результате Ваших эмоциональных или психиатрических проблем? (например, госпитализация, профессиональная или социальная дисфункция).