

Прочитайте початкове твердження (виділене курсивом) учаснику (-ці) або пацієнту (-ці), а потім поставте наступні запитання, щоб зібрати інформацію для заповнення відповідної шкали самоусвідомлення наявності захворювання VAGUS-CR.

*«Мене цікавить Ваше власне розуміння Ваших незвичайних або унікальних переживань **в даний момент**. Мене **НЕ** цікавить те, як іншим людям може хотілося б, щоб Ви думали про свої переживання».*

1) Опишіть свої незвичайні або унікальні переживання. Наприклад:

	Так	Ні
A) Ви коли-небудь чули голоси або звуки, які не можуть чути інші люди?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Чи у Вас коли-небудь були видіння, або чи Ви бачили речі, які не можуть бачити інші?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Ви коли-небудь боялись, що хтось, якась сила або істота мали намір захопити, викрасти Вас або заповдіяти Вам шкоду?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, з телевізора, радіо, газети або іншого пристрою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, від незнайомих на вулиці?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Ви коли-небудь володіли якимось особливим даром або здібностями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Ви коли-небудь могли читати думки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Ви коли-небудь відчували, що інші можуть читати Ваші думки або що Ваші думки транслюються, щоб інші могли їх чути?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Ви коли-небудь мали особливі стосунки з Богом, що виходять за рамки звичайної людини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Ви коли-небудь спілкувалися з духовними сутностями, такими як ангели або демони або прибульці?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Ви коли-небудь відчували себе занадто винним (-ою) або ніби Ви зробили щось дуже погане?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Ви коли-небудь відчували, що якась зовнішня сила контролює Ваші думки або дії?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Ви коли-небудь відчували себе одержимим(-ою)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Ви коли-небудь відчували, що Ваш організм чи якась його частина вражена хворобою, гние або вмирає?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Інше: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Чим Ви поясните свої незвичайні або унікальні переживання? Як Ви гадаєте, яка причина цих переживань **в даний момент**?

3) Чи Ви **зараз** вважаєте, що у Вас психічне захворювання або психічний розлад, наприклад, шизофренія, біполярний розлад або депресія з психозом тощо? Поясніть детальніше.

4) Як Ви гадаєте, Ваші незвичайні або унікальні переживання потребують лікування? Чи Ви **ПОТРЕБУЄТЕ** лікування антипсихотичним препаратом? Поясніть детальніше.

5) Чи стикалися Ви з будь-якими негативними наслідками в результаті Ваших незвичайних або унікальних переживань? Або в результаті Ваших емоційних або психіатричних проблем? (наприклад, госпіталізація, професійна чи соціальна дисфункція).