

氏名:

日付:

私たちはあなたの風変わりな珍しい体験について関心を持っています。他の人がどのようにあなたに信じてほしいと望んでいるかには関心がありません。

以下の風変わりな珍しい体験についての質問を読み、これらの体験をしたことがあるかどうかをはい/いいえのどちらかに☑をしてください。

| | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A) 他人には見えないような幻やものを見たことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) あなたをつけてきたり、危害を与えようとしたりする人や力、存在を恐れたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) テレビ、ラジオ、新聞、その他の装置からあなたただけに向けての特別なメッセージを受け取ったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) 通りで見知らぬ人々からあなたただけに向けての特別なメッセージを受け取ったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) 何か特別な才能や能力を持っていたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F) 人の心を読むことができますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G) 他人があなたの考えを読むことができると感じたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H) あなたの考えが他人が聞くために放送されていると感じたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I) 普通の人以上に神様と特別な関係を持ったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J) 天使や悪魔といった霊的な存在と意思伝達をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K) 異星人と意思伝達をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L) 過度に罪の意識に苛まれたことがありますか？または、以前に非常に悪いことをしたと感じたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M) あなたの考えや行動があなた以外の力に支配されていると感じたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N) 何かにとりつかれていると感じたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O) あなたの体の何かが変わってしまったと感じたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P) あなたの体やその一部が病気に犯されている、死につくあると感じたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q) その他： | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

上記から、最も激しい風変わりな珍しい体験を選択してください。
対応するアルファベットをここに記載してください _____。

最も激しい体験を念頭に置いて、現時点で、以下の各文章にどの程度同意できるかできないかを、適切な数字に丸をつけて示してください。

1) 私の風変わりな珍しい体験は精神疾患によるものである。

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

強く 概ね わずかに どちらで わずかに 概ね 強く
否定 否定 否定 ない 肯定 肯定 肯定

2) 他人がどう考えようと、私の風変わりな珍しい体験は“真実”である。
(例えば、医師、家族、友人など)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

強く 概ね わずかに どちらで わずかに 概ね 強く
否定 否定 否定 ない 肯定 肯定 肯定

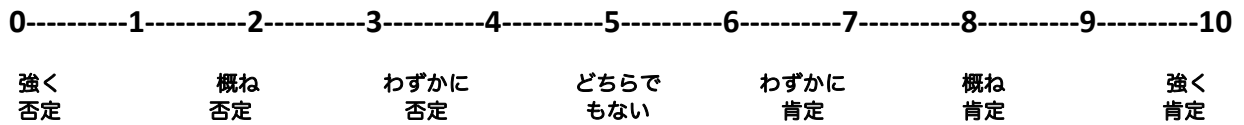
以下の風変わりな珍しい体験についての質問を読み、これらの体験をしたことがあるかどうかをはい/いいえのどちらかに☒をしてください。

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | はい | いいえ |
| 他の人には聞こえないような声や音を聞いたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

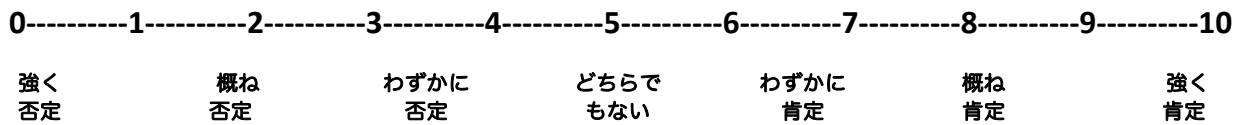
☐ もし“いいえ”の場合は、次のページに進んでください。

☐ もし上記が“はい”の場合は、現時点で、以下の各文章にどの程度同意できるかできないかを、適切な数字に丸をつけて示してください。

3) 医師、家族、友人がどう考えようと、私が聞こえて彼らが聞こえない声は“本物”である。



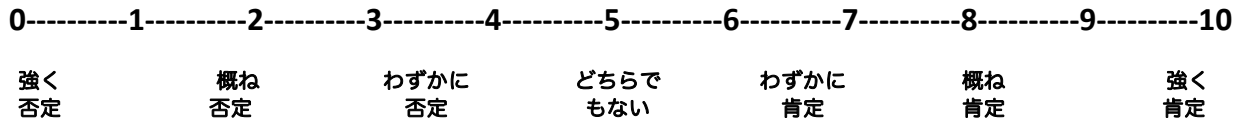
4) 精神疾患のために、他の人には聞こえないような声を聞いたことがある。



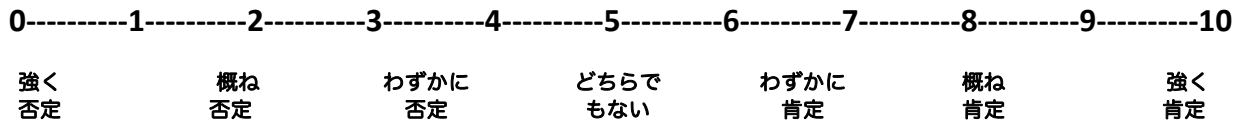
次のページに進んでください

現時点で、以下の各文章にどの程度同意できるかできないかを、適切な数字に丸をつけて示してください。

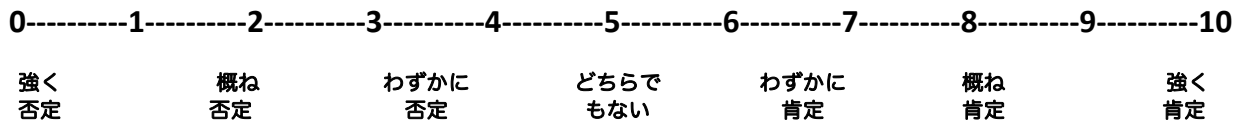
- 5) 自分が精神障害や精神疾患（例えば、統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害（躁うつ病）、精神病性うつ病、など）にかかっていると本当に確信している。



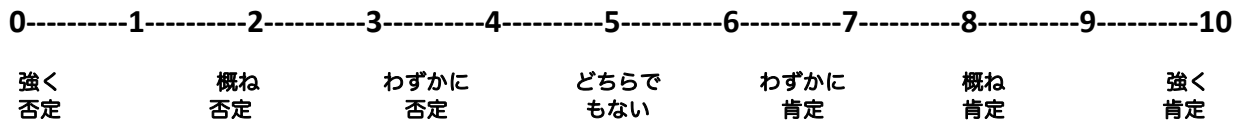
- 6) 私は抗精神病薬による治療が絶対に“必要”である。



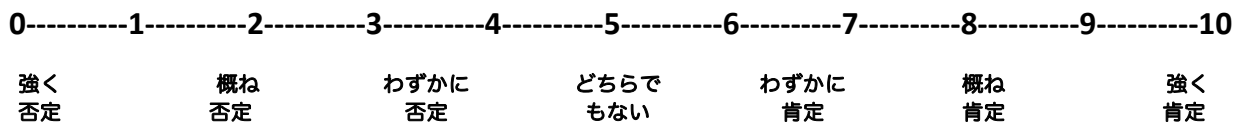
- 7) 私は常に精神的に健康である。



- 8) 私は抗精神病薬の服用を中止したり避けたりするべきである。

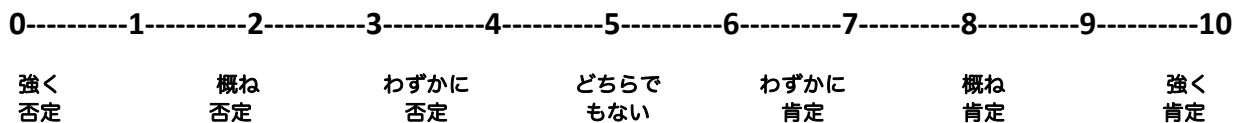


- 9) 風変わりな珍しい体験によって良くない結果（例えば、入院、仕事・家庭・社会生活における問題）を人生で経験したことがある。



- 10) 抗精神病薬による治療によって風変わりな珍しい体験が弱まった。

該当しない。これまでに抗精神病薬を服用したことがない。



終

氏名:

日付:

| 認識の分類 | 計算 | 評点 ¹ |
|---------------------------|--|-----------------|
| 疾病への認識 | $Q5__ + (10 - Q7__)$ $\div \text{全回答数}__$ | |
| 症状への認識 | $Q1__ + (10 - Q2__) + (10 - Q3__) +$ $Q4__$ $\div \text{全回答数}__ *$ <p style="text-align: center;">*未評価の質問は除外</p> | |
| 治療の必要性への認識 | $Q6__ + (10 - Q8__) + Q10__$ $\div \text{全回答数}__ *$ <p style="text-align: center;">*未評価の質問は除外</p> | |
| 負の結果への認識 | $Q9__$ | |
| | 小計 (評点の合計) | |
| VAGUS-SR 総評点 ² | $\text{小計} \div __$ | |

¹ 各認識の分類の評点は、もし項目なく分類を完了した場合、空欄のままにしておく必要があります。

² 総評点の計算は、小計÷4 または評点が計算できた認識の分類の数にする必要があります。