

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).

Укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений в отношении участника (-цы) или пациента (-ки), которого (-ую) Вы оцениваете ниже. Обведите соответствующее число для каждого утверждения. Ваши ответы должны основываться на структурированном интервью.

- 1) Пациент (-ка) считает, что у него/нее психическое расстройство/заболевание (например, шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное расстройство, депрессия с психозом и т.д.).

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 2) Пациент (-ка) осознает, что слуховые галлюцинации (в прошлом или в настоящем) связаны с его/ее психическим заболеванием.

Неприменимо, поскольку у участника (-цы) никогда не было слуховых галлюцинаций.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 3) Пациент (-ка) осознает, что бредовые идеи (в прошлом или в настоящем) связаны с его/ее психическим заболеванием.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 4) Пациент (-ка) считает, что ему/ей необходимо прекратить или стараться не принимать антипсихотические препараты.

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 5) Пациент (-ка) считает, что его/ее психическое заболевание привело к негативным последствиям в его/ее жизни (например, к госпитализации, проблемам на работе, семейной или социальной дисфункции).

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

Полностью не согласен(-на)	В некоторой степени не согласен(-на)	В незначительной степени не согласен(-на)	Неуверен (-а)	В незначительной степени согласен(-на)	В некоторой степени согласен(-на)	Полностью согласен(-на)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

Категория осознания	Подсчет	Балл <sup>1</sup>
Осознание наличия заболевания	B1___	
Отнесение симптомов к имеющемуся заболеванию	B2___ + B3___ ÷ общее количество ответов___*  *Исключить вопросы указанные как Н/П (не применимо)	
Осознание необходимости лечения	10 – B4___	
Осознание негативных последствий	B5___	
	Предварительный результат (сумма баллов)	
Общая сумма баллов по VAGUS-CR <sup>2</sup>	Предварительный результат ÷ ___	

<sup>1</sup>Ячейку, в которой записывается балл для каждой категории осознания, следует оставить незаполненной, если для этой категории не было заполнено НИ одного пункта.

<sup>2</sup>Для расчета общей суммы баллов следует использовать промежуточную сумму ÷ 4 или количество категорий осведомленности, для которых можно рассчитать балл.