

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).