

Нас интересуют Ваши собственные впечатления по поводу Ваших необычных или уникальных переживаний. Нас НЕ интересует то, как другим людям хотелось бы, чтобы Вы думали о своих переживаниях.

Укажите, были ли у Вас когда-либо какие-либо из следующих необычных или уникальных переживаний, прочитав вопросы и отметив либо «Да», либо «Нет».

	Да	Нет
A) У Вас когда-нибудь были видения или Вы видели то, что другие люди не могут видеть?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Вы когда-нибудь боялись, что кто-то, какая-то сила или существо преследует Вас или хочет навредить Вам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас из газеты, телевизора, радио или другого устройства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Вы когда-нибудь получали особые послания только для Вас от незнакомцев на улице?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Обладали ли Вы когда-нибудь каким-то особым даром или особыми способностями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Вы когда-нибудь читали мысли других людей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Вы когда-нибудь чувствовали, что другие люди могут читать Ваши мысли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Вы когда-нибудь чувствовали, что Ваши мысли передаются другим людям и те их слышат?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Вы когда-нибудь общались с пришельцами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Вы когда-нибудь чувствовали себя слишком виноватым(-ой)? Или что Вы сделали что-то очень плохое?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Вы когда-нибудь чувствовали, что Вашими мыслями или действиями управляет какая-то внешняя сила?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Вы когда-нибудь ощущали себя одержимым (-ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Вы когда-нибудь чувствовали, что что-то изменилось в Вашем теле?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Вы когда-нибудь чувствовали, что Ваше тело или какая-то часть Вашего тела «больна» или «отмирает»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Другое: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Выберите **наиболее сильное** необычное или уникальное переживание из перечисленного выше. Напишите здесь соответствующую букву _____.

Укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число, думая при этом о Вашем самом сильном переживании.

1) Мои необычные или уникальные переживания вызваны моим психическим заболеванием.

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

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

2) Мои необычные или уникальные переживания РЕАЛЬНЫ независимо от того, что о них думают другие люди (например, врачи, члены семьи, друзья 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 незначи- тельной степени не согласен(-на) Неуверен (-а) В незначи- тельной степени согласен(-на) В некоторой степени согласен(-на) Полностью согласен(-на)

Укажите, были ли у Вас когда-либо какие-либо из следующих необычных или уникальных переживаний, прочитав вопросы и отметив либо «Да», либо «Нет».

	Да	Нет
Вы когда-нибудь слышали голоса или звуки, которые другие люди не могут слышать?		

- Если ответ «НЕТ», перейдите на следующую страницу.
- Если ответ «Да» на вышеуказанный вопрос, укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число.

3) Голоса, которые не могут слышать другие люди, РЕАЛЬНЫ, независимо от того, что считает мой врач, члены семьи или друзья.

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) Мое психическое заболевание является причиной того, что я слышу голоса, которые не могут услышать другие люди.

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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

ПЕРЕЙДИТЕ НА СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ

Укажите то, в какой степени Вы согласны или не согласны в настоящий момент с каждым из нижеприведенных утверждений, обведя соответствующее число.

- 5) Я действительно считаю, что у меня 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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 6) Мне несомненно ТРЕБУЕТСЯ лечение антипсихотическими препаратами.

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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 7) Я всегда был(-а) психически здоровым(-ой).

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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 8) Я должен(-на) прекратить прием 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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 9) Мои необычные или уникальные переживания вызвали негативные последствия в моей жизни (например, госпитализацию, проблемы на работе, семейные или социальные проблемы).

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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

- 10) Прием антипсихотических препаратов уменьшал интенсивность моих необычных или уникальных переживаний.

Не применимо, так как я никогда раньше не принимал(-а) 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)
----------------------------	--------------------------------------	---	---------------	--	-----------------------------------	-------------------------

КОНЕЦ

Категория осознания	Подсчет	Балл ¹
Осознание наличия заболевания	$B5___ + (10 - B7___)$ ÷ общее количество ответов $___$	
Отнесение симптомов к имеющемуся заболеванию	$B1___ + (10 - B2___) + (10 - B3___) +$ $B4___$ ÷ общее количество ответов $___$ * <small>*Исключить вопросы указанные как Н/П (не применимо)</small>	
Осознание необходимости лечения	$B6___ + (10 - B8___) + B10___$ ÷ общее количество ответов $___$ * <small>*Исключить вопросы указанные как Н/П (не применимо)</small>	
Осознание негативных последствий	$B9___$	
	Предварительный результат (сумма баллов)	
Общая сумма баллов по VAGUS-SR²	Предварительный результат ÷ $___$	

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

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