

İSİM/TC:

DEĞERLENDİRİCİ İSMİ:

TARİH:

**Katılımcı ya da hastaya ilk ifadeyi okuyun (italik olan) ve ardından aşağıdaki soruları ilgili VAGUS-CR İçgörü Ölçeği'ni tamamlamak için bilgi toplamak üzere sorun.**

***“Su anda sizin sıra dışı ya da kendine özgü tecrübelerinizi nasıl anladığınızla ilgileniyorum. Başkalarının sizin yaşadıklarınız hakkında neye inanmanızı isteyebilecekleri ile ilgilenmiyorum.”***

1) Sıra dışı veya benzersiz tecrübelerinizi açıklayın. Örneğin,

	Evet	Hayır
A) Hiç başkalarının duymadığı sesler ya da insan sesleri işittiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Hiç gözünüzün önüne görüntüler geldiği veya başkalarının görmediği şeyleri gördüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Hiç başka birisi, başka bir güç ya da varlığın size ele geçirmek ya da zarar vermek için peşinizde ya da dışarıda olduğundan korktunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Hiç TV, radyo, gazete ya da başka bir cihazdan sadece sizin için özel mesajlar aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Hiç sokaktaki yabancılardan sadece sizin için özel mesajlar aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Hiç özel kabiliyetlere ya da tanrı vergisi yeteneklere sahip oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Hiç zihin okuyabildiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Hiç başkalarının düşüncelerinizi okuyabildiğiniz ya da düşüncelerinizin başkaları duysun diye yayınlandığını hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Hiç ortalama bir insanın ötesinde Allah ile özel bir ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Hiç melekler ya da şeytanlar veya uzaylılar gibi ruhsal varlıklarla iletişiminiz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Hiç aşırı derecede suçluluk ya da çok kötü bir şey yaptığınızı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Hiç düşünceleriniz ya da eylemlerinizin bir dış kuvvet tarafından kontrol edildiğini hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Hiç size ruhsal varlıkların musallat olduğunu hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Hiç vücudunuzun ya da vücudunuzun bir kısmının hastalıklı, çürümekte ya da ölmekte olduğunu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Sıra dışı ya da kendine özgü yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? ***Su anda***, bu yaşadıklarınızın sebebinin ne olduğuna inanıyorsunuz?

3) ***Su anda*** Şizofreni, Bipolar Bozukluk veya Psikotik Özellikli Depresyon gibi bir ruhsal hastalık ya da psikiyatrik hastalığınız olduğuna inanıyor musunuz? Lütfen detaylandırın.

4) Sıra dışı ya da kendine özgü yaşantılarınızın tedavi gerektirdiğini düşünüyor musunuz? Antipsikotik ilaçlara İHTİYACINIZ var mı? Lütfen detaylandırın.

5) Sıra dışı ya da kendine özgü tecrübeleriniz sonucu olarak ya da duygusal veya psikiyatrik problemlerinizin sonucu olarak herhangi bir olumsuz sonuç yaşadınız mı? (Ör., hastanede yatma, mesleki veya sosyal işlev bozukluğu).