

Нас цікавлять Ваші власні переконання щодо Ваших незвичайних або унікальних переживань. Нас НЕ цікавить, що інші, можливо, бажать, щоб Ви думали з цього приводу.

Вкажіть, якщо у Вас коли-небудь виникали будь-які з наступних незвичайних або унікальних переживань, прочитавши ці питання й поставивши позначку для «Так» або «Ні».

| | Так | Ні |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A) Чи у Вас коли-небудь були видіння, або чи Ви бачили речі, які не можуть бачити інші? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Ви коли-небудь боялись, що хтось, якась сила або істота мали намір захопити, викрасти Вас або заподіяти Вам шкоду? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, з газети, телевізора, радіо або іншого пристрою? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Ви коли-небудь отримували особливі повідомлення, призначені лише Вам, від незнайомих на вулиці? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) Ви коли-небудь володіли якимось особливим даром або здібностями? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F) Ви коли-небудь могли читати думки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G) Ви коли-небудь відчували, що інші люди можуть читати Ваші думки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H) Ви коли-небудь відчували, що Ваші думки транслюються, щоб інші могли їх чути? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I) Ви коли-небудь мали особливі стосунки з Богом, що виходять за рамки звичайної людини? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J) Ви коли-небудь спілкувалися з духовними сутностями, такими як ангели або демони? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K) Ви коли-небудь спілкувалися з прибульцями? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L) Ви коли-небудь відчували себе занадто винним (-ою)? Або ніби Ви зробили щось дуже погане? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M) Ви коли-небудь відчували, що якась зовнішня сила контролює Ваші думки чи дії? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N) Ви коли-небудь відчували себе одержимим(-ою)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O) Чи у Вас коли-небудь було відчуття, ніби щось змінилось у Вашому організмі? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P) Ви коли-небудь відчували, що Ваш організм чи якась його частина вражена хворобою або вмирає? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q) Інше: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Виберіть **найсильніше незвичайне або унікальне переживання з перерахованого вище**.
Впишіть тут відповідну літеру: _____.

Вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь **в даний момент** з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число, думаючи при цьому про Ваше найсильніше переживання.

1) Мої незвичайні або унікальні переживання викликані моїм психічним захворюванням.

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

Цілком не згодний(-а) Помірно не згодний(-а) Трохи не згодний(-а) Не впевнений (-а) Трохи згодний(-а) Помірно згодний(-а) Цілком згодний(-а)

2) Мої незвичайні або унікальні переживання з РЕАЛЬНИМИ незалежно від того, що про них думають інші люди (наприклад, лікарі, члени сім'ї, друзі і т. д.).

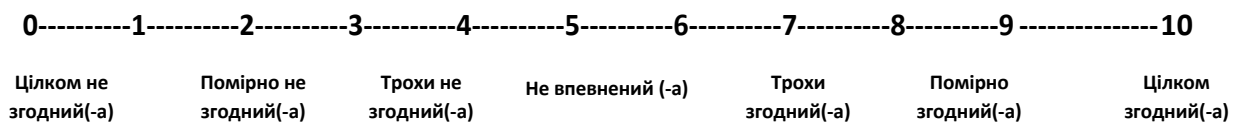
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Цілком не згодний(-а) Помірно не згодний(-а) Трохи не згодний(-а) Не впевнений (-а) Трохи згодний(-а) Помірно згодний(-а) Цілком згодний(-а)

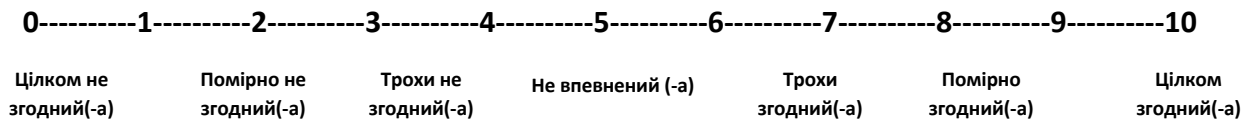
Вкажіть, якщо у Вас коли-небудь виникали будь-які з наступних незвичайних або унікальних переживань, прочитавши ці питання й поставивши позначку для «Так» або «Ні».

| | Так | Ні |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ви коли-небудь чули голоси або звуки, які не можуть чути інші люди? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Якщо Ви зазначили «НІ», перейдіть на наступну сторінку.
 - Якщо Ви зазначили «ТАК» вище, вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь в даний момент з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число.
- 3) Голоси, які не можуть чути інші люди, є РЕАЛЬНИМИ незалежно від того, що про це думають мій лікар, члени сім'ї або друзі.



- 4) Я чую голоси, які не можуть чути інші люди, через психічне захворювання.



ПЕРЕЙДІТЬ НА НАСТУПНУ СТОРІНКУ.

Вкажіть, в якій мірі Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь в даний момент з кожним з наведених нижче тверджень, обвівши відповідне число.

- 5) Я дійсно вважаю, що у мене психічний розлад/захворювання (наприклад, шизофренія, шизоафективний розлад, біполярний розлад, депресія з психозом тощо).

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 6) Я безперечно ПОТРЕБУЮ лікування антипсихотичним препаратом.

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 7) Я завжди був(-ла) психічно здоровим(-ою).

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 8) Мені слід припинити прийом або уникати прийому антипсихотичного препарату.

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 9) Мої незвичайні або унікальні переживання призвели до негативних наслідків у моєму житті (наприклад, до госпіталізації, проблем на роботі, сімейних або соціальних проблем).

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

- 10) Антипсихотичні препарати послабили інтенсивність моїх незвичайних або унікальних переживань.

Не застосовно, оскільки я ніколи раніше не приймав(-ла) антипсихотичних препаратів.

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

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| Цілком не згодний(-а) | Помірно не згодний(-а) | Трохи не згодний(-а) | Не впевнений (-а) | Трохи згодний(-а) | Помірно згодний(-а) | Цілком згодний(-а) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|

КІНЕЦЬ

| Категорія усвідомлення | Розрахунок | Бали ¹ |
|---|---|-------------------|
| Усвідомлення наявності захворювання | $\text{Зап 5} ___ + (10 - \text{Зап 7} ___) \div \text{загальна кількість відповідей} ___$ | |
| Усвідомлення зв'язку із симптомами захворювання психічним | $\text{Зап 1} ___ + (10 - \text{Зап 2} ___) + (10 - \text{Зап 3} ___) + \text{Зап 4} ___ \div \text{загальна кількість відповідей} ___ *$ <p><small>*Без урахування запитань, що мали відповідь «не застосовно».</small></p> | |
| Усвідомлення необхідності лікування | $\text{Зап 6} ___ + (10 - \text{Зап 8} ___) + \text{Зап 10} ___ \div \text{загальна кількість відповідей} ___ *$ <p><small>*Без урахування запитань, що мали відповідь «не застосовно».</small></p> | |
| Усвідомлення негативних наслідків | $\text{Зап 9} ___$ | |
| | Проміжний результат (сума балів) | |
| Загальний бал за шкалою VAGUS-SR ² | Проміжний результат \div _____ | |

¹В усіх категоріях усвідомлення, для яких не було отримано ЖОДНОЇ відповіді, поле «бал» слід залишити порожнім.

²Загальний бал розраховується як проміжний результат, поділений на 4 або на кількість категорій усвідомлення, для яких може бути визначений бал.