

이름/연구번호:

날짜:

이상하거나 특이한 일을 경험했을 때 당신이 느낀 것들에 관한 질문들입니다. 다른 사람들의 의견은 중요하 지 않으니 자신이 믿는 대로 대답해 주십시오.

아래와 같이 이상하거나 특이한 일을 한 번이라도 경험한 적이 있습니까? 질문을 읽고 '예' 또는 '아니오'에 X표를 하십시오.

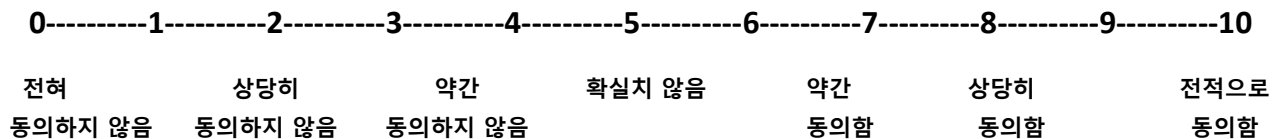
	예	아니오
A) 환상이나 남들이 볼 수 없는 어떤 것을 본 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 누군가가(사람이나 힘, 어떤 존재) 당신을 괴롭히려고 쫓아오거나 해칠 것 같아 두려워했던 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) 신문이나 텔레비전, 라디오, 또는 다른 장치를 통해 당신에게만 보내는 어떤 특별한 메시 지를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) 길에서 낯선 사람으로부터 당신에게만 주는 특별한 메시지를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 남에게 없는 특별한 재능이나 능력이 있었던 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 남의 마음을 읽을 수 있었던 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 남들이 당신의 생각을 읽을 수 있다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 당신 생각이 퍼뜨려져서 남들이 들을 수 있다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) 보통 사람들과는 달리 신과 특별한 관계를 가진 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) 천사나 악마와 같은 영적인 존재와 소통한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) 외계인과 소통한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) 지나친 죄책감을 느끼거나 자신이 뭔가 용서받지 못할 일을 했다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) 외부의 어떤 힘이 당신의 생각과 행동을 조종한다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) 귀신에 씌었다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) 당신 몸에서 뭔가 달라졌다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) 몸 전부 또는 일부가 병들거나 썩거나 죽어간다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) 기타: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

위의 예에서 가장 뚜렷했던 것은 무엇입니까?

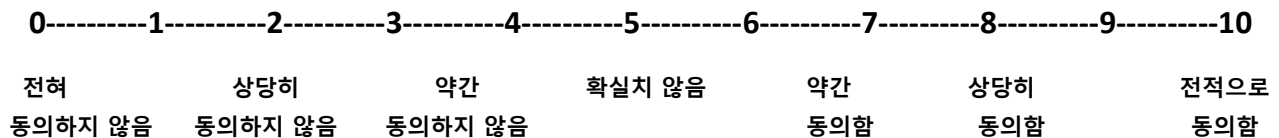
해당 문항의 숫자를 적으십시오 (            ).

현 시점에서 아래의 문장에 어느 정도로 동의할 수 있습니까? 해당 숫자에 동그라미를 치십시오.

1) 내가 이상하거나 특이한 일을 경험하는 이유는 나의 정신장애 때문이다.



2) 남들이(예; 의사, 가족, 친구 등) 어떻게 생각하든 내가 경험한 이상하거나 특이한 일들은 모두 사실이다.



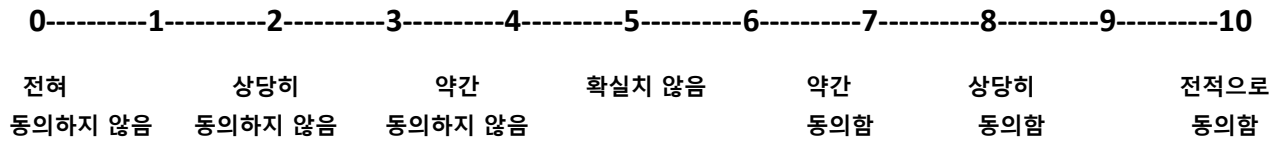
아래와 같이 이상하거나 특이한 일을 한번이라도 경험한 적이 있습니까? '예' 또는 '아니오'에 X 표를 하십시오.

	예	아니오
남들이 들을 수 없는 목소리나 어떤 소리를 들은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

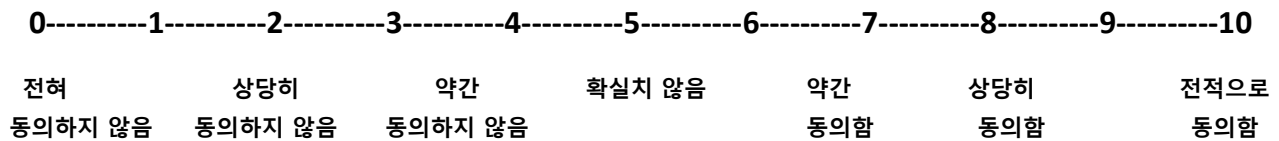
'아니오'라고 대답한 경우는 다음 페이지로 가십시오.

'예'라고 대답한 경우는 아래 문장을 읽으십시오. 현 시점에서 아래의 문장에 어느 정도 동의할 수 있습니까?  
해당 숫자에 동그라미를 치십시오.

3) 의사, 가족, 친구들이 뭐라고 믿든 나는 실제로 남들이 듣지 못하는 소리(목소리)를 들었다.



4) 남들이 듣지 못하는 소리(목소리)를 듣게 된 것은 정신장애 때문이다.



**다음 장으로 가십시오.**

현 시점에서 아래의 문장에 어느 정도로 동의할 수 있습니까? 해당 숫자에 동그라미를 치십시오.

5) 나는 정말로 내가 정신장애(조현병, 조현정동장애, 양극성장애, 정신병을 동반한 우울증)을 앓고 있다고 믿는다.

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

6) 나는 정말로 항정신병약물 치료가 필요하다.

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

7) 나는 늘 정신적으로 건강했다.

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

8) 나는 항정신병약물 복용을 중단하거나 피해야 한다.

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

9) 이상하거나 특이한 경험 때문에 내 생활에 나쁜 일들이 생겼다 (예; 입원, 직장, 가족, 사회생활 문제들).

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

10) 항정신병약물을 복용한 이후 이상하거나 특이한 일을 경험한 횟수가 줄거나 그 강도가 약해졌다.

이전에 한 번도 항정신병약물을 복용해본 적이 없으므로 답할 수 없음.

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

전혀 동의하지 않음	상당히 동의하지 않음	약간 동의하지 않음	확실치 않음	약간 동의함	상당히 동의함	전적으로 동의함
---------------	----------------	---------------	--------	-----------	------------	-------------

이름/연구번호:

날짜:

인식 범주	계산	점수
질환 인식	$Q5\_\_\_ + (10 - Q7\_\_\_)$ $\div \text{총 답변 숫자}\_\_\_$	
증상 귀인	$Q1\_\_\_ + (10 - Q2\_\_\_) + (10 - Q3\_\_\_) +$ $Q4\_\_\_$ $\div \text{총 답변 숫자}\_\_\_ *$ $* \text{ 해당없음 질문 제외}$	
치료 필요성 인식	$Q6\_\_\_ + (10 - Q8\_\_\_) + Q10\_\_\_$ $\div \text{총 답변 숫자}\_\_\_ *$ $* \text{ 해당없음 질문 제외}$	
부정적인 결과 인식	$Q9\_\_\_$	
	부분합 (점수 합계)	
VAGUS-CR 총점	$\text{부분합} \div 4$	