

NOME DEL PARTECIPANTE:

NOME DEL VALUTATORE:

DATA:

Legga l'affermazione iniziale (in corsivo) al partecipante o al paziente e poi ponga le seguenti domande per raccogliere informazioni al fine di completare la Scala VAGUS-CR sull'Insight.

*"Sono interessato alla sua personale comprensione delle sue esperienze insolite o uniche **in questo momento**. **NON** sono interessato a ciò che altri potrebbero desiderare che lei creda riguardo le sue esperienze."*

1) Descriva le sue esperienze insolite o uniche. Per esempio,

	Si	No
A) Ha mai sentito voci o suoni che gli altri non possono sentire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Ha mai avuto visioni o visto cose che gli altri non possono vedere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Ha mai temuto che qualcuno, qualche forza o entità fosse dietro di lei o contro di lei o volesse farle del male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Ha mai ricevuto messaggi speciali rivolti esclusivamente a lei dalla TV, dalla radio, dal giornale o da qualsiasi altro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Ha mai ricevuto messaggi speciali rivolti esclusivamente a lei da sconosciuti per strada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Ha mai avuto doni o abilità speciali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Ha mai potuto leggere nella mente degli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Ha mai avuto la sensazione che gli altri potessero leggere i suoi pensieri o che i suoi pensieri fossero trasmessi in modo che gli altri potessero sentirli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Ha mai avuto un rapporto speciale con Dio superiore a quello delle persone comuni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Ha mai comunicato con esseri spirituali, come angeli o demoni o alieni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Ha mai provato un senso di colpa eccessivo o pensato di aver fatto qualcosa di molto brutto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Ha mai avuto la sensazione che qualche forza esterna controllasse i suoi pensieri o le sue azioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Ha mai avuto la sensazione di essere posseduto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Ha mai avuto la sensazione che il suo corpo o qualche parte del suo corpo fosse malato, in decomposizione o morente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Come spiega le sue esperienze insolite o uniche? **Al momento attuale**, quale crede siano le cause di queste esperienze?

3) Ritiene **attualmente** di avere una malattia mentale o un disturbo psichiatrico, come Schizofrenia, Disturbo Bipolare o Depressione con sintomi psicotici, ecc.? La preghiamo di approfondire.

4) Pensa che le sue esperienze insolite o uniche richiedano trattamento? Ha BISOGNO di farmaci antipsicotici? La preghiamo di approfondire.

5) Ha sperimentato conseguenze negative a seguito delle sue esperienze insolite o uniche? Oppure a seguito dei suoi problemi emotivi o psichiatrici (ad esempio, ospedalizzazione, problemi occupazionali o sociali)?