

NOME DEL PARTECIPANTE:

DATA:

Siamo interessati alle Sue personali convinzioni riguardo alle Sue esperienze insolite o uniche. NON siamo interessati a ciò che altri potrebbero desiderare che lei creda.

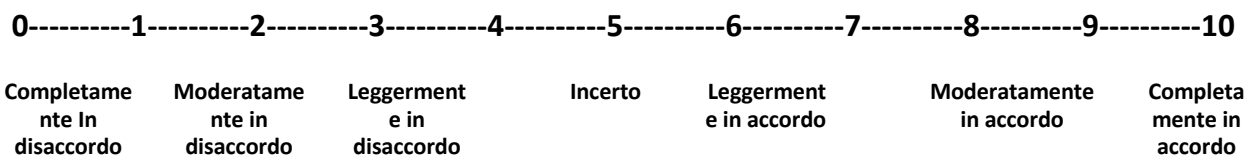
Indichi se ha mai avuto una delle seguenti esperienze insolite o uniche leggendo le domande e segnando su Sì o No.

	Si	No
A) Ha mai avuto visioni o visto cose che gli altri non possono vedere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Ha mai temuto che qualcuno, qualche forza o entità, le desse la caccia o volesse farle del male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Ha mai ricevuto messaggi speciali destinati solo a lei da giornali, TV, radio o altri dispositivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Ha mai ricevuto messaggi speciali destinati solo a lei da sconosciuti per strada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Ha mai avuto doni o abilità speciali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Ha mai potuto leggere nella mente degli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Ha mai avuto la sensazione che gli altri potessero leggere i suoi pensieri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Ha mai avuto la sensazione che i suoi pensieri venissero diffusi 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Ha mai comunicato con gli alieni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Ha mai provato un senso di colpa eccessivo? O sentito di aver fatto qualcosa di molto brutto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Ha mai avuto la sensazione che i suoi pensieri o azioni fossero controllati da qualche forza esterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Ha mai avuto la sensazione di essere posseduto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Ha mai avuto la sensazione che qualcosa fosse cambiato rispetto al suo corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Ha mai sentito che il suo corpo o una parte di esso fosse malato o stesse morendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

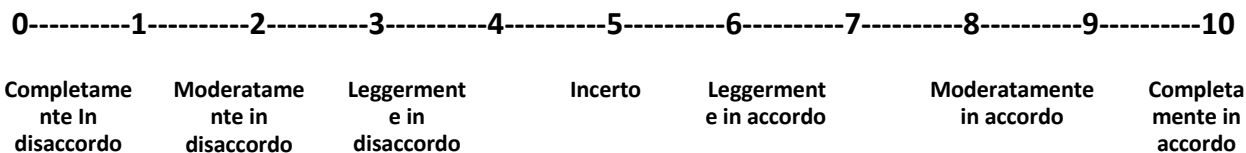
Scelga l'esperienza insolita o unica più intensa tra quelle elencate sopra. Scriva la lettera corrispondente qui: _____.

Indichi quanto concorda o non concorda al momento attuale con ciascuna delle seguenti affermazioni cercando il numero appropriato per ciascuna affermazione, tenendo presente la sua esperienza più intensa.

1) Le mie esperienze insolite o uniche sono dovute alla mia malattia mentale.



2) Le mie esperienze insolite o uniche sono REALI, indipendentemente da ciò che pensano gli altri (ad es. medici, famiglia, amici, ecc.).



NOME DEL PARTECIPANTE:

DATA:

Indichi se ha mai avuto la seguente esperienza insolita o unica leggendo la domanda e segnando su Sì o No.

	Sì	No
Ha mai sentito voci o suoni che gli altri non possono udire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Se ha risposto 'NO', si prega di passare alla pagina successiva.

■ Se ha risposto 'Sì' alla domanda precedente, indichi quanto concorda o non concorda al momento attuale con ciascuna delle seguenti affermazioni, cerchiando il numero appropriato.

3) Le voci che gli altri non possono sentire sono REALI, indipendentemente da ciò che pensano il mio medico, la mia famiglia o i miei amici.

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

Completamente
In disaccordo

Moderatamente
in disaccordo

Leggermente
e in disaccordo

Incerto

Leggermente
e in accordo

Moderatamente
in accordo

Completamente
in accordo

4) La mia malattia mentale mi ha fatto sentire voci che gli altri non possono sentire.

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

Completamente
In disaccordo

Moderatamente
in disaccordo

Leggermente
e in disaccordo

Incerto

Leggermente
e in accordo

Moderatamente
in accordo

Completamente
in accordo

SI PREGA DI PASSARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

NOME DEL PARTECIPANTE:

DATA:

La preghiamo di indicare quanto concorda o non concorda al momento attuale con ciascuna delle seguenti affermazioni, cercando il numero appropriato.

- 5) Credo sinceramente di avere un disturbo/malattia mentale (es. Schizofrenia, Disturbo schizoaffettivo, Disturbo bipolare, Depressione con sintomi psicotici, ecc.).

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- 6) Ho decisamente BISOGNO di un trattamento con un farmaco antipsicotico.

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- 7) Sono sempre stato mentalmente sano.

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- 8) Dovrei smettere o evitare di prendere farmaci antipsicotici.

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- 9) Le mie esperienze insolite o uniche hanno portato a conseguenze negative nella mia vita (es. ospedalizzazione, lavoro, problemi familiari o sociali).

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- 10) I farmaci antipsicotici hanno attenuato l'intensità delle mie esperienze insolite o uniche.

Non applicabile poiché non ho mai preso farmaci antipsicotici in passato.

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

Completamente In disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Leggermente e in disaccordo	Incerto	Leggermente e in accordo	Moderatamente in accordo	Completamente in accordo
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SELF-REPORT VERSION (VAGUS-SR)

NOME DEL PARTECIPANTE:

DATA:

VAGUS[®]