

NAMA/ID:

NAMA PENILAI:

TANGGAL:

**Bacakan pernyataan awal (huruf cetak miring) kepada peserta atau pasien dan tanyakan pertanyaan berikut untuk mengumpulkan informasi guna melengkapi VAGUS-CR *Insight Scale* terkait.**

*“Saya tertarik pada pemahaman Anda terkait pengalaman tidak biasa atau unik yang Anda alami **pada saat ini**. Saya **TIDAK** tertarik pada apa yang orang lain inginkan untuk Anda percayai terkait pengalaman Anda tersebut.”*

1) Gambarkan pengalaman tidak biasa atau unik yang Anda alami. Contohnya,

	Ya	Tidak
A) Apakah Anda pernah mendengar suara atau bunyi yang tidak dapat didengar oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Apakah Anda pernah mengalami penglihatan atau melihat sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Apakah Anda pernah merasa takut terhadap seseorang, kekuatan atau sosok yang mengejar Anda atau ingin menyakiti Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Apakah Anda pernah menerima pesan khusus untuk Anda dari TV, radio, surat kabar, atau perangkat lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Apakah Anda pernah menerima pesan khusus untuk Anda dari orang asing di jalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Apakah Anda pernah memiliki bakat atau kemampuan spesial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Apakah Anda dapat membaca pikiran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Apakah Anda pernah merasa orang lain dapat membaca pikiran Anda atau pikiran Anda disiarkan untuk didengar oleh orang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Apakah Anda pernah memiliki hubungan spesial dengan Tuhan melebihi orang biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Apakah Anda pernah berkomunikasi dengan makhluk spiritual, seperti malaikat atau setan atau makhluk luar angkasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Apakah Anda pernah merasa bersalah secara berlebihan atau merasa telah melakukan sesuatu yang sangat buruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Apakah Anda pernah merasa ada kuasa di luar Anda yang mengatur pikiran dan perilaku Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Apakah Anda pernah merasa kerasukan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Apakah Anda pernah merasa bahwa tubuh atau sebagian dari tubuh Anda sakit, membusuk, atau sekarat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Lainnya: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Bagaimana Anda menjelaskan pengalaman tidak biasa atau unik yang Anda alami? ***Pada saat ini***, apa yang Anda yakini menjadi penyebab pengalaman tersebut?

3) Apakah ***saat ini*** Anda percaya bahwa Anda memiliki penyakit jiwa atau gangguan psikiatri, seperti Skizofrenia, Gangguan Bipolar, atau Depresi dengan psikosis, dll.? Mohon jelaskan.

4) Apakah Anda merasa bahwa pengalaman tidak biasa atau unik yang Anda alami memerlukan pengobatan? Apakah Anda **MEMBUTUHKAN** obat antipsikotik? Mohon jelaskan.

- 5) Apakah Anda pernah mengalami konsekuensi negatif yang diakibatkan oleh pengalaman tidak biasa atau unik Anda? Atau disebabkan oleh gangguan emosi atau psikiatri Anda? (seperti rawat inap, disfungsi terkait pekerjaan, atau kehidupan sosial).