

NOME/IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO(A) AVALIADOR(A):

DATA:

**Leia a afirmação inicial (em itálico) ao(à) doente ou participante e, de seguida, coloque as seguintes questões, de forma a recolher informação para preencher a Escala de *Insight* VAGUS-CR.**

*“Estou interessado(a) no seu próprio entendimento das suas experiências incomuns ou únicas  **neste momento.** **NÃO** estou interessado(a) no que os outros possam pensar sobre elas.”*

1) Descreva as suas experiências incomuns ou únicas. Por exemplo,

	Sim	Não
A) Alguma vez ouviu vozes ou sons que os outros não conseguem ouvir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Alguma vez teve visões ou viu coisas que os outros não conseguem ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Alguma vez teve medo que alguém, alguma força ou entidade andasse a persegui-lo(a) ou a tentar magoá-lo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si vindas da televisão, rádio, jornal ou outro aparelho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si vindas de estranhos na rua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Alguma vez teve algum dom ou capacidade especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Alguma vez conseguiu ler mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Alguma vez sentiu que outros conseguiam ler os seus pensamentos ou que os seus pensamentos eram transmitidos para outros ouvirem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Alguma vez teve uma relação com Deus mais especial do que as outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Alguma vez comunicou com seres espirituais, como anjos, demónios ou extra-terrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Alguma vez se sentiu excessivamente culpado(a) ou que tinha feito algo muito mau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Alguma vez sentiu que uma força exterior controlava os seus pensamentos ou ações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Alguma vez sentiu que estava possuído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Alguma vez sentiu que o seu corpo ou uma parte do seu corpo estava doente, a apodrecer ou a morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Como é que explica as suas experiências incomuns ou únicas? Neste momento, qual considera ser a causa dessas experiências?

3) Acredita **atualmente** que tem uma doença mental ou uma perturbação psiquiátrica, como Esquizofrenia, Perturbação Bipolar ou Depressão com psicose, etc.? Por favor fale-me sobre isso.

4) Acha que as suas experiências incomuns ou únicas requerem tratamento? **PRECISA** de medicação antipsicótica? Por favor fale sobre isso.

5) Já sentiu or teve algumas consequências negativas que resultaram das suas experiências incomuns ou únicas? Ou como resultado dos seus problemas emocionais ou psiquiátricos? (por exemplo internamento ou problemas sociais ou ocupacionais).