

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).

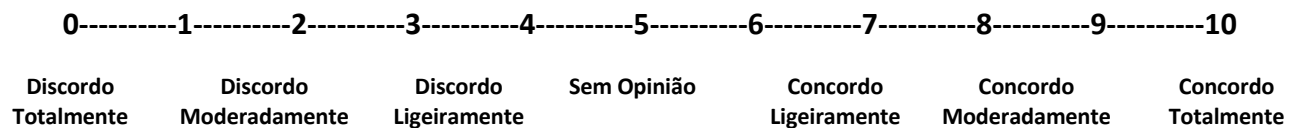
NOME/IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO(A) AVALIADOR(A):

DATA:

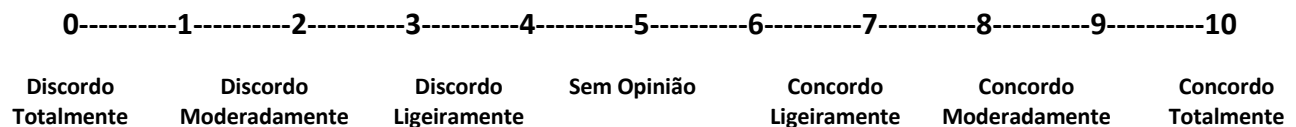
Por favor indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações relativas ao(à) doente ou participante que avalia. Circunde o número mais apropriado para cada afirmação, baseando as suas respostas na entrevista estruturada.

1) O sujeito acredita que tem uma perturbação/doença mental (ex. Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Bipolar, Depressão com Psicose, etc.).

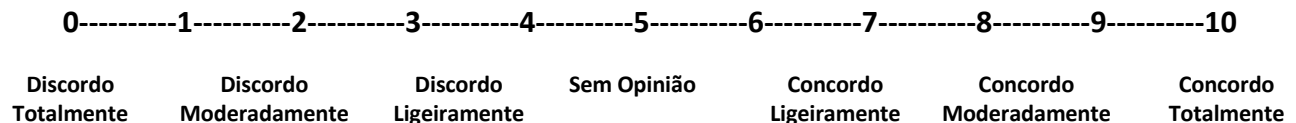


2) O sujeito tem consciência de que as alucinações auditivas (passadas ou atuais) se devem à sua doença mental.

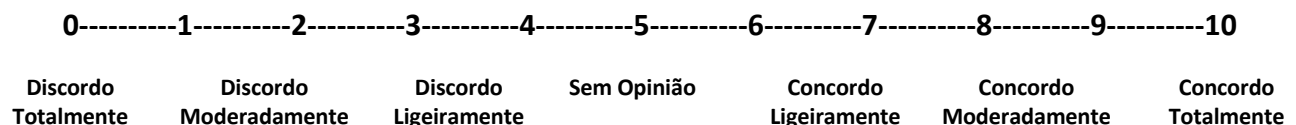
Não aplicável uma vez que o(a) participante nunca teve alucinações auditivas.



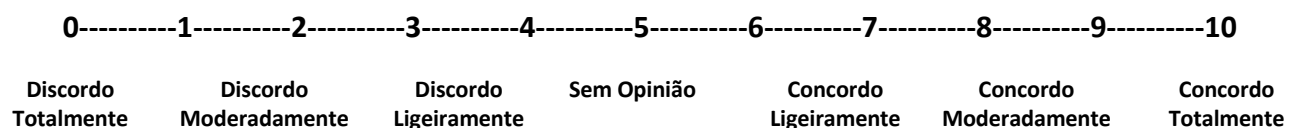
3) O sujeito tem consciência de que os delírios (passados ou atuais) se devem à sua doença mental.



4) O sujeito acredita que deveria descontinuar ou evitar tomar a medicação antipsicótica.



5) O sujeito acredita que a sua doença mental levou a consequências negativas na sua vida (por exemplo internamento, disfunção laboral, familiar ou social).



NOME/IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO(A) AVALIADOR(A):

DATA:

Categoria de Consciência	Cálculo	Cotação ¹
Consciência de Doença	Q1___	
Atribuição Sintomática	$\frac{Q2___ + Q3___}{\div \text{total \# de respostas } ___ *}$ <p><small>*Excluir questões indicadas como N/A</small></p>	
Consciência de Necessidade de Tratamento	10 – Q4___	
Consciência de Consequências Negativas	Q5___	
	Subtotal (soma das cotações)	
VAGUS-CR Cotação Total ²	Subtotal ÷ ___	

¹ A Cotação para cada Categoria de Consciência deve ser deixada em branco se NENHUM dos itens tiver sido preenchido nessa categoria.

² O cálculo da Cotação Total deve ser o Subtotal ÷ 4 ou o número de Categorias de Consciência para as quais uma cotação pôde ser calculada.