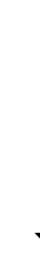


A metric interval scale for estimating the severity of visual height intolerance (VHI)

Visual Height Intolerance Severity Scale (vHISS)		
<p>Question</p> <p>Have you already experienced vHI while looking from a height? (distressing instability when standing or moving)</p> <p>Continue to fill out the rest of the questionnaire only if you answered "yes."</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p> 	<p>No <input type="checkbox"/></p> 
	Continue	Finished
1. Because of your vHI, how much difficulty did you recently have doing sports?	0 <input type="checkbox"/> No difficulty 1 <input type="checkbox"/> Any difficulty (a little/moderately/quite a lot/very much)	
2. Because of your vHI, how much difficulty did you recently have in your daily activities?	0 <input type="checkbox"/> No difficulty 1 <input type="checkbox"/> A little 2 <input type="checkbox"/> Moderately/quite a lot/very much	
3. Because of your vHI, how much is your quality of life affected?	0 <input type="checkbox"/> Not at all 1 <input type="checkbox"/> A little 2 <input type="checkbox"/> Moderately/quite a lot/very much	
4. I have vHI when exposed to heights	0 <input type="checkbox"/> ... occasionally 1 <input type="checkbox"/> ... often/frequently/always	
5. Now I have vHI that is ...	0 <input type="checkbox"/> ... less strong than before 1 <input type="checkbox"/> ... just as strong as before 2 <input type="checkbox"/> ... stronger than before	
6. I have/had vHI for longer than 6 months	0 <input type="checkbox"/> No 1 <input type="checkbox"/> Yes	
List A	<input type="checkbox"/> a. Trembling <input type="checkbox"/> b. Palpitations <input type="checkbox"/> c. Inner agitation <input type="checkbox"/> d. Sweating/moist hands <input type="checkbox"/> e. Light-headedness <input type="checkbox"/> f. Postural (to-and-fro) dizziness <input type="checkbox"/> g. Weakness in the knees <input type="checkbox"/> h. Instability of stance and gait <input type="checkbox"/> i. Malaise/queasy feeling in the stomach <input type="checkbox"/> j. Oppression <input type="checkbox"/> k. Fearfulness <input type="checkbox"/> l. Mental image of falling <input type="checkbox"/> m. Gait disorder <input type="checkbox"/> n. Others <input type="checkbox"/> None of the above	
List B	<input type="checkbox"/> Standing on or climbing up a tower	

-
8. vHI is induced by my ... (multiple answers possible)
- Standing on or walking over a bridge
 Standing on or walking up steps
 Standing on or climbing up a ladder
 Standing on or walking on a balcony
 Looking out of a window
 Standing or walking on a scaffolding
 Standing or walking on a roof
 Riding on a carousel or a Ferris wheel
 Riding in a ski lift or gondola
 Hiking/mountain climbing
 Rock climbing
 Other situations. If yes, please name

Additional questions for the diagnosis of acrophobia

9. Do you feel very intense fear or extremely strong fear when exposed to heights? Yes
 No
10. I try in advance to avoid exposure to heights Yes
 No
-

Scoring instructions for the vHISS.

The scale is based on a set of eight questions for determining the severity of vHI. Two of the questions are lists: one of symptoms and one of triggers. Two additional questions are for the assessment of acrophobia.

1. Severity of vHI.

- Sum up the score of items 1–6
 - Add up the number of symptoms reported from List A (item 7). If there are less than 4 symptoms, add 0 to the total score; if there are 4 or more symptoms, add 1 to the total score.
 - Likewise, add up the number of triggers from List B (item 8). If there are less than 4 triggers, add 0 to the total score. If there are 4–6 triggers, add 1 to the total score. For 7–9 triggers, add 2 to the total score. For 10 or more triggers, add 3 to the total score. The sum of items 1–6, plus items of List A plus items of List B yields the total severity score.
-

Severity score:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

2. Diagnosis of acrophobia.

To meet DSM-V criteria for the diagnosis, one must have

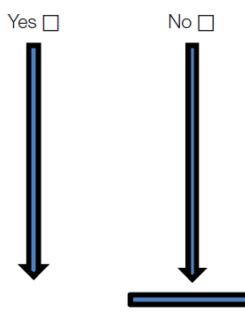
- At least one of the vegetative symptoms (a.–d.) from List A.
 - Two other additional symptoms from List A.
 - A positive response to item 6 (duration of at least 6 months) of the severity scale (yes).
 - A positive response to items 9 and 10 (yes).
-

Acrophobia:

yes no

Telah diterjemahkan dan ditinjau oleh dokter spesialis syaraf dan peneliti ontologi

Skala interval metrik untuk memperkirakan tingkat keparahan visual intoleransi tinggi (vHI).

Skala Keparahan Intoleransi Ketinggian secara Visual (vHISS)		
Pertanyaan Pernahkah Anda mengalami vHI sambil melihat dari ketinggian? (Ketidakstabilan menyediakan saat berdiri atau bergerak)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lanjutkan untuk mengisi sisa kuesioner hanya jika Anda menjawab "ya."		
1. Karena vHI Anda, seberapa banyak kesulitan yang baru-baru ini Anda lakukan dalam olahraga?	0 <input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan	1 <input type="checkbox"/> Kesulitan apa pun (sedikit / cukup / cukup banyak / sangat banyak)
2. Karena vHI Anda, seberapa besar kesulitan yang Anda alami dalam kegiatan sehari-hari Anda?	0 <input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan	1 <input type="checkbox"/> Sedikit
	2 <input type="checkbox"/> Cukup / cukup banyak / sangat banyak	
3. Karena vHI Anda, berapa kualitas hidup Anda yang terpengaruh?	0 <input type="checkbox"/> Tidak sama sekali	1 <input type="checkbox"/> Sedikit
	2 <input type="checkbox"/> Cukup / cukup banyak / sangat banyak	
4. Saya memiliki vHI ketika terkena ketinggian	0 <input type="checkbox"/> ... kadang-kadang	1 <input type="checkbox"/> ... sering / sangat sering / selalu
5. Sekarang saya punya vHI yang ...	0 <input type="checkbox"/> ... kurang kuat dari sebelumnya	1 <input type="checkbox"/> ... sama kuatnya seperti sebelumnya
	2 <input type="checkbox"/> ... lebih kuat dari sebelumnya	
6. Saya memiliki vHI lebih lama dari 6 bulan	0 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes
Daftar A	<input type="checkbox"/> a. Gemetaran atau Tremor	
7. Gejala tubuh apa yang Anda rasakan ketika terkena ketinggian? (beberapa jawaban memungkinkan)	<input type="checkbox"/> b. Palpitasi (Berdebar-debar)	
	<input type="checkbox"/> c. Agitasi batin (Gelisah)	
	<input type="checkbox"/> d. Tangan berkeringat atau lembab	
	<input type="checkbox"/> e. Kehilangan keseimbangan	
	<input type="checkbox"/> f. Sensasi melayang	
	<input type="checkbox"/> g. Lemah di lutut atau tungkai	
	<input type="checkbox"/> h. Ketidakstabilan sikap dan gaya berjalan	
	<input type="checkbox"/> i. Lemas / Perasaan mual di perut	
	<input type="checkbox"/> j. Merasa tertekan	
	<input type="checkbox"/> k. Ketakutan	
	<input type="checkbox"/> l. Sensasi terjatuh	
	<input type="checkbox"/> m. Badan serasa kaku dan kedepan	
	<input type="checkbox"/> n. Lainnya	
	<input type="checkbox"/> Tidak satupun di atas	
Daftar B	<input type="checkbox"/> Berdiri atau memanjat menara	

-
8. vHI diinduksi oleh... (beberapa jawaban memungkinkan)
- Berdiri di atas atau berjalan di atas jembatan
 Berdiri atau berjalan menaiki tangga
 Berdiri atau memanjat tangga
 Berdiri di atas atau berjalan di balkon
 Melihat keluar jendela
 Berdiri atau berjalan di atas scaffolding
 Berdiri atau berjalan di atas atap
 Naik di korsel atau kincir besar
 Naik lift ski atau gondola
 Mendaki / memanjat gunung
 Panjat tebing
 Situasi lain. Jika ya, tolong beri nama

-

Pertanyaan tambahan untuk diagnosis acrophobia

9. Apakah Anda merasakan ketakutan yang sangat kuat atau ketakutan yang sangat kuat ketika terkena ketinggian?
10. Saya mencoba terlebih dahulu untuk menghindari paparan ketinggian
-

Petunjuk pemberian skor untuk vHISS.

Skala ini didasarkan pada serangkaian delapan pertanyaan untuk menentukan tingkat keparahan vHI. Dua pertanyaan adalah daftar: salah satu gejala dan salah satu pemicu. Dua pertanyaan tambahan untuk penilaian acrophobia

1. Tingkat keparahan vHI.

- Jumlahkan skor butir 1–6.
 - Tambahkan jumlah gejala yang dilaporkan dari Daftar A (butir 7). Jika ada kurang dari 4 gejala, tambahkan 0 ke skor total; jika ada 4 atau lebih gejala, tambahkan 1 dengan skor total.
 - Demikian juga, tambahkan jumlah pemicu dari Daftar B (butir 8). Jika ada kurang dari 4 pemicu, tambahkan 0 ke skor total. Jika ada 4–6 pemicu, tambahkan 1 ke total skor. Untuk 7–9 pemicu, tambahkan 2 dengan skor total. Untuk 10 atau lebih pemicu, tambahkan 3 dengan skor total.
- Jumlah item 1–6, ditambah item dari Daftar A plus item dari Daftar B menghasilkan keparahan total skor.
-

Severity score:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

2. Diagnosis acrophobia.

Untuk memenuhi kriteria DSM-V untuk diagnosis, harus ada

- Setidaknya satu gejala vegetatif dari Daftar A.
 - Dua gejala tambahan lainnya dari Daftar A.
 - Respons positif terhadap item 6 (durasi setidaknya 6 bulan) dari skala keparahan (ya).
 - Respons positif terhadap butir 9 dan 10 (ya).
-

Acrophobia:

yes no

