

Cardiff Anomalous Perception Scale

Übersetzung: Veith Weinhhammer

Einleitung

Dieser Fragebogen beinhaltet Fragen nach Eindrücken und Wahrnehmungen, die Sie gehabt haben könnten. Einige dieser Erfahrungen sind ungewöhnlich, während andere eher alltäglich sind.

Uns ist klar, dass die Antworten in diesem Fragebogen Ihre Erfahrungen nicht immer so genau abbilden können, wie Sie es möglicherweise wünschen. Wir bitten Sie jedoch darum, diejenigen Antworten anzukreuzen, welche Ihren Erfahrungen am Nächsten kommen, und möglichst keine Frage auszulassen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie in Ihren Antworten so ehrlich wie möglich sein könnten.

Die einzigen Erfahrungen, an denen wir nicht interessiert sind, sind Erfahrungen, welche unter dem Einfluss von Drogen gemacht wurden.

Anleitung

Zu jedem Item finden Sie eine Frage auf der linken Seite. Bitte lesen Sie sich die Frage durch und antworten Sie, indem Sie JA oder NEIN ankreuzen.

Wenn Sie mit NEIN antworten, gehen Sie direkt zur nächsten Frage über.

Wenn Sie mit JA antworten, bewerten Sie ihre Erfahrung *in allen drei Felder* auf der rechten Seite, indem Sie eine Zahl von 1 bis 5 einkreisen.

In diesen Feldern wird danach gefragt, wie sehr Sie eine Erfahrung als *unangenehm* und *ablenkend* beschreiben. Außerdem bitten wir Sie anzugeben, wie *häufig* eine bestimmte Erfahrung bei Ihnen auftritt.

Beispielfragen

Diese Fragen müssen Sie nicht beantworten, es handelt sich hierbei nur um Beispiele, welche die Anleitung veranschaulichen sollen.

Bemerken Sie jemals, dass Lichtquellen flimmern, ohne dass Sie dafür eine Ursache ausmachen können?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

Haben Sie jemals den Eindruck, dass der Ton des Fernsehers oder des Radios ungewöhnlich leise ist?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

Fragebogen

1) Bemerken Sie jemals, dass Geräusche viel lauter als normalerweise sind?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

2) Spüren Sie jemals die Gegenwart eines anderen Wesens, ohne dass Sie dafür irgendwelche Hinweise sehen können?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

3) Hören Sie jemals eine Wiederholung oder ein Echo Ihrer eigenen Gedanken?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

4) Sehen Sie jemals Formen, Lichter oder Farben, obwohl diese in Wirklichkeit nicht da sind?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

5) Verspüren Sie jemals ungewöhnliche brennende Missempfindungen oder andere seltsame Körperwahrnehmungen?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

6) Hören Sie jemals Geräusche oder Töne, für die Sie keine Erklärung finden können?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

7) Hören Sie jemals, dass Ihre Gedanken in Ihrem Kopf laut ausgesprochen werden, sodass jemand in der Nähe in der Lage sein könnte, Ihre Gedanken zu hören?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

8) Bemerken Sie jemals Gerüche, die nicht aus Ihrer Umgebung zu kommen scheinen?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

9) Haben Sie jemals den Eindruck, dass Ihre Körper oder ein Teil von ihm seine Form ändert oder geändert hat?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

10) Haben Sie jemals den Eindruck, dass Ihre Extremitäten nicht Ihre eigenen sein oder nicht richtig an Ihren Körper angeschlossen sein könnten?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

11) Hören Sie jemals Stimmen, die kommentieren, was Sie denken oder tun?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 12) Haben Sie jemals das Gefühl, dass jemand Sie berührt, obwohl niemand da ist, wenn Sie nachsehen?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 13) Hören Sie jemals Stimmen, die Wörter oder Sätze sagen, wenn niemand in der Nähe ist, der hierfür verantwortlich sein könnte?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 14) Haben Sie jemals einen unerklärlichen Geschmack im Mund?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 15) Haben Sie jemals das Gefühl, dass Sinneseindrücke alle auf einmal auftreten und Sie mit Information überfluten?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 16) Haben Sie jemals das Gefühl, dass Geräusche auf seltsame oder unnatürliche Art und Weise verzerrt sind?

[Nein]		[Ja]			
[Nicht belastend]					[Sehr belastend]
1	2	3	4	5	
[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5	
[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5	

- 17) Haben Sie jemals Schwierigkeiten, einen Sinneseindruck von einem anderen zu unterscheiden?

[Nein]		[Ja]			
[Nicht belastend]					[Sehr belastend]
1	2	3	4	5	
[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5	
[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5	

- 18) Nehmen Sie jemals alltägliche Gerüche wahr, die Ihnen ungewöhnlich stark erscheinen?

[Nein]		[Ja]			
[Nicht belastend]					[Sehr belastend]
1	2	3	4	5	
[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5	
[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5	

- 19) Haben Sie jemals den Eindruck, dass das Aussehen von Dingen oder Personen sich auf seltsame Weise verändert, zum Beispiel durch verzerrte Formen, Größen oder Farben?

[Nein]		[Ja]			
[Nicht belastend]					[Sehr belastend]
1	2	3	4	5	
[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5	
[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5	

20) Haben Sie jemals das Gefühl, dass ihre Haut empfindlicher als gewöhnlich auf Berührung, Wärme oder Kälte reagiert?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

21) Denken Sie jemals, dass Essen oder Getränke intensiver schmecken als sie es normalerweise tun?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

22) Blicken Sie jemals in den Spiegel und finden, dass ihr Gesicht anders als normal aussieht?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

23) Haben Sie jemals Tage, an denen Ihnen Lichter oder Farben heller oder intensiver als normal erscheinen?

[Nein]					[Ja]				
	[Nicht belastend]					[Sehr belastend]			
	1	2	3	4		5			
	[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]			
	1	2	3	4		5			
	[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]			
	1	2	3	4		5			

- 24) Haben Sie jemals das Gefühl, hochgehoben zu werden, als ob Sie über eine Straße fahren oder rollen würden, obwohl Sie still sitzen?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Nicht ablenkend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Tritt kaum auf]	1	2	3	4
	1	2	3	4

- 25) Haben Sie jemals den Eindruck, dass gewöhnliche Gerüche seltsam anders riechen?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Nicht ablenkend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Tritt kaum auf]	1	2	3	4
	1	2	3	4

- 26) Kommen Ihnen alltägliche Dinge jemals ungewöhnlich vor?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Nicht ablenkend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Tritt kaum auf]	1	2	3	4
	1	2	3	4

- 27) Haben Sie jemals den Eindruck, dass Ihre Zeitwahrnehmung sich dramatisch verändert?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Nicht ablenkend]	1	2	3	4
	1	2	3	4
[Tritt kaum auf]	1	2	3	4
	1	2	3	4

- 28) Hören Sie jemals zwei oder mehr Stimmen, die miteinander reden, ohne dass Sie sich diese Stimmen erklären können?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 29) Nehmen Sie jemals Gerüche wahr, die Menschen in Ihrer Umgebung nicht zu bemerken scheinen?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 30) Haben Sie jemals den Eindruck, dass Essen oder Getränke einen ungewöhnlichen Geschmack haben?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

- 31) Sehen Sie jemals Dinge, die andere Menschen nicht sehen können?

[Nein]		[Ja]		
[Nicht belastend]				[Sehr belastend]
1	2	3	4	5
[Nicht ablenkend]				[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5
[Tritt kaum auf]				[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5

32) Hören Sie jemals Geräusche oder Musik, die andere Menschen in Ihrer Nähe nicht hören können?

[Nein]	[Ja]				
[Nicht belastend]					[Sehr belastend]
1	2	3	4	5	
[Nicht ablenkend]					[Sehr ablenkend]
1	2	3	4	5	
[Tritt kaum auf]					[Tritt ständig auf]
1	2	3	4	5	