

# MQ

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von **0 (trifft überhaupt nicht zu)** bis **4 (trifft immer zu)**, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu
①	②	③	④	⑤

**Im Vergleich zu anderen Menschen reagiere ich empfindlich auf Geräusche von:**

1. Menschen, die essen (z. B. Kauen, Schlucken, mit den Lippen Schmatzen, Schlürfen etc.).	①	②	③	④
2. Wiederholtem Klopfen (z. B. Stift auf dem Tisch, Fuß auf dem Boden etc.).	①	②	③	④
3. Rascheln (z. B. Plastik, Papier etc.).	①	②	③	④
4. Menschen, die nasale Geräusche machen (z. B. Ausatmen, Einatmen, Schniefen etc.).	①	②	③	④
5. Menschen, die Geräusche mit ihrem Hals machen (z. B. Räuspern, Husten etc.).	①	②	③	④
6. Bestimmte Konsonanten und/ oder Vokale (z. B. „K“-Laute etc.).	①	②	③	④
7. Umweltgeräusche (z. B. Uhrenticken, Kühlschrankschall etc.).	①	②	③	④
8. Andere:	①	②	③	④

Wenn eine der oben erwähnten Geräusche mit einem Wert von „1 – trifft selten zu“ oder höher bekommen hat, fahren Sie bitte mit dem folgenden Abschnitt fort und beurteilen Sie auf einer Skala von **0 (nie)** bis **4 (immer)**, wie häufig die folgenden Aussagen zutreffen.

nie	selten	manchmal	oft	immer
①	②	③	④	⑤

**Sobald Sie das Geräusch/die Geräusche wahrnehmen, wie oft:**

1. verlassen Sie die Situation und begeben sich an einen Ort, an dem Sie die Geräusche nicht mehr hören?	①	②	③	④
2. vermeiden Sie aktiv bestimmte Situationen, Orte, Dinge und/oder Personen, weil die Geräusche hier auftreten könnten?	①	②	③	④
3. bedecken Sie Ihre Ohren/ halten Sie sie zu?	①	②	③	④
4. werden Sie ängstlich oder gestresst?	①	②	③	④
5. werden Sie traurig oder deprimiert?	①	②	③	④
6. sind Sie verärgert?	①	②	③	④
7. haben Sie Gewaltgedanken?	①	②	③	④
8. werden Sie wütend?	①	②	③	④
9. werden Sie körperlich aggressiv?	①	②	③	④
10. werden Sie verbal aggressiv?	①	②	③	④
11. Andere:	①	②	③	④

Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer Geräuschempfindlichkeit auf einer Skala von **1 (minimal)** bis **15 (sehr schwer)**.

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Einschätzung die Anzahl der Geräusche, auf die Sie empfindlich reagieren, das Ausmaß an Leid, sowie die Beeinträchtigung in Ihrem Leben aufgrund der Geräuschempfindlichkeit.

---

**Keine Geräuschempfindlichkeit**

**1**  } **Minimale, im Bereich einer normalen oder sehr leichten Geräuschempfindlichkeit.**

**2**  } Ich wehre mich selten gegen meine Geräuschempfindlichkeit oder werde nur selten von ihr

**3**  } beeinflusst. Fast keine oder keine Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten.

**4**  } **Leichte Geräuschempfindlichkeit.** Leichte Geräuschempfindlichkeit, die für mich und

**5**  } andere bemerkbar ist. Sie verursacht eine leichte Beeinträchtigung in meinem Leben. Ich

**6**  } kann sie aushalten oder werde nur für einen sehr kurzen Zeitraum von ihr beeinträchtigt.

Andere tolerieren sie ohne Probleme.

**7**  } **Mittelschwere Geräuschempfindlichkeit.** Geräuschempfindlichkeit, die zu erheblichen

**8**  } Beeinträchtigungen in meinem Leben führt. Es kostet mich viel Energie, die

**9**  } Geräuschempfindlichkeit und die dadurch bedingten Beeinträchtigungen auszuhalten.

Ich benötige ein wenig Hilfe von anderen, um bei Alltagsaktivitäten zu funktionieren.

**10**  } **Schwere Geräuschempfindlichkeit.** Geräuschempfindlichkeit, die mich lähmt und mich so

**11**  } sehr beeinträchtigt, dass Alltagsaktivitäten sich anfühlen „wie ein Kampf“. Ich könnte die

**12**  } gesamte Zeit damit verbringen, mich gegen meine Geräuschempfindlichkeit zu wehren

oder werde die ganze Zeit von ihr beeinträchtigt. Ich benötige viel Hilfe von anderen, um zu funktionieren.

**13**  } **Sehr schwere Geräuschempfindlichkeit.** Geräuschempfindlichkeit, die mich völlig lähmt,

**14**  } sodass ich eine enge Betreuung beim Essen, Schlafen und in anderen Situationen benötige.

**15**  } Aus diesem Grund ist es schwierig, im Alltag zu funktionieren.