

# Sensorik Inventar

## – Selbstbeurteilung der sensorischen Wahrnehmung für Erwachsene und Jugendliche

Name/Code: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

**Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:**

	1 <i>(fast)</i> <i>nie</i>	2	3	4 <i>ab</i> <i>und zu</i>	5	6	7 <i>(fast)</i> <i>immer</i>
1. Ich sehe mir gerne Bewegungen in der Natur an (z.B. Schnee fallen, Schatten von Blättern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Viele und/oder lange Reize ermüden und/oder überfordern mich (z.B. Arbeiten im Großraumbüro, Diskobesuch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin lichtempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich nehme anscheinend leisere Geräusche wahr als andere Personen (z.B. Summen elektrischer Anlagen, Flügelschläge von Vögeln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich weiß, ob ich mich gut oder schlecht fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich reduziere Störeinflüsse so gut wie möglich (z.B. Ohrstöpsel nutzen, Vorhänge schließen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich streiche gerne mit den Fingern über Oberflächen (z.B. Tapete, Holz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich füge mir gewollt Reize zu, um andere Reize zu überlagern (z.B. Eiswürfel in den Mund nehmen, schmerzvolle Reize).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gleichmäßige Hintergrundgeräusche fallen mir auf (z.B. das Ticken einer Uhr, Computergeräusche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin hitzeunempfindlich (z.B. fasse Topf ohne Topflappen an, trinke Tee/Kaffee sehr heiß).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich vermeide es, nahe bei anderen Leuten zu stehen, da mir dies zu viele Sinneseindrücke auf einmal sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mir über Lage und/oder Art eines Schmerzes bewusst (z.B. stechend, ziehend).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 (fast) nie	2	3	4 ab und zu	5	6	7 (fast) immer
13. Schnell wechselnden oder unruhigen Bildern kann ich gut folgen (z.B. im Fernsehen, bei Vorträgen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich kann Nahrungsmittel alleine an ihrem Geschmack erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich balanciere gerne auf Mauern, Bordsteinen oder Ähnlichem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn ich eine schmerzhaft Erfahrung gemacht habe, bleibt mir diese lange im Gedächtnis (z.B. in den Finger schneiden, Sturz beim Fahrradfahren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lichter in der Umgebung fallen mir auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich spüre Berührungen auch noch nachdem sie beendet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin besonders vorsichtig bei Aktivitäten, bei denen ich mich verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mein Körper und ich gehören zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich überlege mir gerne Figuren oder Muster, wenn ich mir die Umgebung ansehe (z.B. Wolken, Tapete).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin schmerzempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich gehe gerne in Umgebungen, in welchen viel los ist (z.B. Festivals, Kaufhäuser).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe eine gute Körperwahrnehmung (z.B. eigene körperliche Grenzen kennen, Fieber wahrnehmen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich nehme Hintergrundgerüche wahr (z.B. Blumen am Straßenrand, Backwaren in der Stadt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich kann einzelne Zutaten von Speisen herausschmecken (z.B. verwendete Gewürze).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich erkenne ob ich Hunger oder Durst habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich bin geräuschempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 (fast) nie	2	3	4 ab und zu	5	6	7 (fast) immer
29. Ich bevorzuge bestimmte Materialien für Kleidungsstücke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich nehme Gerüche intensiv wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wenn ich etwas/jemanden berühre oder berührt werde, nehme ich dies intensiv wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Manche beiläufigen Reize nerven mich (z.B. wenn ein Licht flackert oder jemand mit dem Kugelschreiber klickt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Anscheinend rieche ich auch Dinge, die andere Personen nicht riechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Zu Hause trage ich Hausschuhe oder Socken, damit meine Füße warm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Auswertung

SI10, SI13 und SI23 invertieren

Körperwahrnehmung

$$SI5 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI12 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI20 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI24 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI27 \text{ \_\_\_\_\_\_} /5 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

Riechen/Schmecken

$$SI14 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI25 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI26 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI30 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI33 \text{ \_\_\_\_\_\_} /5 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

Hören/Sehen

$$SI3 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI4 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI6 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI9 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI11 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI17 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI28 \text{ \_\_\_\_\_\_} /7 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

Sensory seeking/Tasten

$$SI1 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI7 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI8 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI15 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI18 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI21 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI29 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI31 \text{ \_\_\_\_\_\_} /8 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

Multiple Reize

$$SI2 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI13i \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI23i \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI32 \text{ \_\_\_\_\_\_} /4 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

Schmerz/Temperatur

$$SI10i \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI16 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI19 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI22 \text{ \_\_\_\_\_\_} + SI34 \text{ \_\_\_\_\_\_} /5 = \text{ \_\_\_\_\_\_}$$

### Referenz

Zamoscik V, Niemeyer C, Gerchen MF, Fenske CS, Witthoef M & Kirsch P (2017). Sensorik Inventar (SI) - Selbstbeurteilung der sensorischen Sensitivität für Erwachsene und Jugendliche. *Fortschr Neural Psychiatr* 85(9):541-551. doi: 10.1055/s-0043-117885