

# ADS-Fragebogen für Erwachsene

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Adresse Herrleinstraße 45

63739 Aschaffenburg

Telefon 06021/22169

Fax 06021/15961

Email [praxis@neuy-bartmann.de](mailto:praxis@neuy-bartmann.de)

Internet <http://www.neuy-bartmann.de>

## Hinweis:

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass dieser Test lediglich einen Verdachtsmoment für ADS ergibt. Keinesfalls lässt sich ein Aufmerksamkeits Defizit Syndrom anhand der Tests einwandfrei diagnostizieren.

Zutreffendes bitte auch unterstreichen.

- |   | nein                  | Ja, häufig<br>öfter      |                          |
|---|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>01</b> Sind Sie leicht ablenkbar?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>02</b> Haben Sie als Kind Schwierigkeiten in der Schule gehabt, konzentriert und aufmerksam zu sein? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>03</b> Können Sie schwer eine Sache zu Ende bringen?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>04</b> Sind Sie vergesslich und verlegen häufiger Sachen?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>05</b> Verlieren Sie öfter den Überblick?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>06</b> Fällt es Ihnen schwer Prioritäten zu setzen?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>07</b> Haben und hatten Sie eine unleserliche Schrift?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>08</b> Bekommen Sie manchmal wichtige Sachen einfach nicht mit?                                      | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>09</b> Machen Sie oft verschiedene Dinge gleichzeitig?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10</b> Haben Sie Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung und sind Sie oft zu spät?                    | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11</b> Sind Sie häufiger langsamer und umständlicher als Ihre Kollegen?                              | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12</b> Hatten Sie Schulprobleme?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | nein                  | Ja, häufig<br>öfter      |                          |
|---|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>13</b> Haben Ihre Noten sehr geschwankt?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14</b> Hatten Sie besondere Schwierigkeiten mit Fächern, die Sie nicht interessiert haben? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>15</b> Waren Sie als Kind schüchtern, langsam, verträumt, oft abwesend?                    | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>16</b> Hatten Sie spezielle Probleme mit Schreiben, Rechnen oder Lesen?                    | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>17</b> Blieben Sie in der Schule unter Ihren Möglichkeiten?                                | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>18</b> Hatten Sie das Gefühl als Kind anders zu sein als Gleichaltrige?                    | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>19</b> Hatten Sie als Kind Verhaltensstörungen wie Ängste, Bettnässen, Depressionen?       | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>20</b> Hatten Sie oder haben Sie bis heute Schwierigkeiten ein Buch ganz zu Ende zu lesen? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>21</b> Haben Sie sich häufiger die Noten durch Flüchtigkeitsfehler verdorben?              | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>22</b> Ist es Ihnen schwer gefallen zu lernen und den Stoff zu behalten?                   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>23</b> Waren Sie als Kind sehr empfindlich und kränkbar?                                   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# ADS-Fragebogen

- 24** Haben Sie schnell geweint und waren Sie durch Kleinigkeiten aus der Fassung zu bringen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 25** Hatten Sie häufiger das Gefühl zu kurz zu kommen oder ungerecht behandelt worden zu sein?  nein  öfter  Ja, häufig
- 26** Leiden oder litten Sie unter starken Stimmungsschwankungen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 27** Haben oder hatten Sie häufiger Schuld – oder Reuegefühle?  nein  öfter  Ja, häufig
- 28** Waren Sie ein Zappelphilipp oder ein Klassenclown?  nein  öfter  Ja, häufig
- 29** Haben Sie als Kind häufiger unvernünftige Sachen gemacht?  nein  öfter  Ja, häufig
- 30** Hatten Sie als Kind häufiger Unfälle oder haben durch Ungeschicklichkeiten viel kaputt gemacht?  nein  öfter  Ja, häufig
- 31** Haben Sie viel und gerne geredet und war es schwer für Sie nicht in die Klasse zu rufen, wenn Ihnen etwas einfiel?  nein  öfter  Ja, häufig
- 32** Hatten Sie häufiger Probleme mit Lehren, Direktoren oder Autoritätspersonen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 33** Haben Sie als Kind unter heftigen Wutanfällen und Jähzorn gelitten?  nein  öfter  Ja, häufig
- 34** Hatten Sie als Kind heftige Gefühlsausbrüche und extreme Reaktionen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 35** Machen Sie bis heute noch viele Dinge spontan und überlegen erst nachher die Folgen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 36** Sind Sie heute schnell nervös, zappelig, unruhig?  nein  öfter  Ja, häufig
- 37** Fällt es Ihnen schwer abzuschalten?  nein  öfter  Ja, häufig

- 38** Haben Sie Schlafstörungen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 39** Können Sie heute schlecht anderen zuhören und still sitzen bleiben?  nein  öfter  Ja, häufig
- 40** Sind Sie unzufrieden mit Ihrem Leben?  nein  öfter  Ja, häufig
- 41** Haben Sie ein geringes Selbstwertgefühl und zweifeln Sie häufiger an sich selbst?  nein  öfter  Ja, häufig
- 42** Können Sie sich auch heute unheimlich ärgern?  nein  öfter  Ja, häufig
- 42** Können Sie schlecht warten und werden Sie schnell ungeduldig?  nein  öfter  Ja, häufig
- 43** Fehlt es Ihnen häufiger an Ausdauer und Durchhaltevermögen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 44** Fällt es Ihnen schwer Pflichten und Regeln einzuhalten?  nein  öfter  Ja, häufig
- 45** Sind Sie launisch und sprunghaft?  nein  öfter  Ja, häufig
- 46** Machen Sie sich öfter Sorgen und fühlen Sie sich vom Leben überfordert?  nein  öfter  Ja, häufig
- 47** Können Sie sehr stur und hartnäckig sein?  nein  öfter  Ja, häufig
- 48** Fällt es Ihnen schwer sich in andere hineinzusetzen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 49** Sind Sie oft rebellisch, ein Gerechtigkeitsfanatiker oder Rechthaber?  nein  öfter  Ja, häufig
- 50** Können Sie nur schwer Ordnung halten?  nein  öfter  Ja, häufig
- 51** Haben Sie Probleme mit Ihren Finanzen?  nein  öfter  Ja, häufig
- 52** Gleicht Ihr Schreibtisch immer wieder einem Chaosberg?  nein  öfter  Ja, häufig

# ADS-Fragebogen

- |  | nein                  | öfter                    | Ja, häufig               |
|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>53</b> Fiel es Ihnen schwer Kontakte zu knüpfen?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>54</b> Ist es für Sie schwer Beziehungen über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>55</b> Hatten Sie Schwierigkeiten von anderen akzeptiert zu werden?                         | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>56</b> Bestanden ein Großteil Ihrer Beschwerden schon als Kind?                             | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>57</b> Sind Sie durch die angegebenen Probleme sehr belastet?                               | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>58</b> Gibt es in Ihrer Familie Menschen die ähnliche Symptome oder Charakterzüge haben?    | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>59</b> Sind Sie manchmal sehr zwanghaft und müssen sich dauernd kontrollieren?              | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>60</b> Wechselten Sie häufig den Job, die Beziehungen oder die Arbeitsstelle?               | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>61</b> Lieben Sie Nervenkitzel und Aufregung?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>62</b> Werden Sie bei langweiligen Tätigkeiten unruhig und ungeduldig?                      | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>63</b> Schieben Sie wichtige Dinge lange vor sich her?                                      | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>64</b> Ist für Sie Langeweile besonders quälend?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>65</b> Können Sie unter Stress schnell die Fassung verlieren?                               | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>66</b> Schiessen Sie häufiger über das Ziel hinaus?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>67</b> Fällt es Ihnen schwer, sich an Geschwindigkeitsbegrenzungen zu halten?               | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | nein                  | öfter                    | Ja, häufig               |
|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>68</b> Trödeln Sie viel?  | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>69</b> Wenn Sie z.B. ein Regal kaufen, versuchen Sie zunächst dieses ohne Gebrauchsanweisung zusammen zu bauen? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>70</b> Haben Sie entweder zu viel oder zuwenig Energie?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>71</b> Sind Sie spontan begeistert, verlieren dann aber schnell die Lust?                                       | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>72</b> Versacken Sie schnell vor dem Fernseher?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>73</b> Haben Sie Suchtprobleme?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>74</b> Springen beim Nachdenken Ihre Gedanken sehr?   | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Auswertung:

Wenn Sie die überwiegende Zahl der Fragen mit »öfter« oder »häufig« angekreuzt haben, bzw. Ihr Partner sie so beurteilt hat, dann lohnt es sich, dass Sie sich intensiver mit ADS beschäftigen.

Die Fragen **8, 11, 15, 19, 23, 24, 27, 40, 41, 46, 47, 51, 52, 55, 62, 63, 67, 70, 72** geben Hinweise für Symptome des hypoaktiven ADS. Wenn Sie hier besonders viele Fragen mit »öfter« und »häufig« beantwortet haben, sollten Sie sich besonders mit dieser ADS-Form beschäftigen.