

Zur Diagnostik und Therapie des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms ADS mit oder ohne Hyperaktivität

Leitfaden
und
Beratungsführer für den Raum Nürnberg

Inhalt

Andere Bezeichnungen für das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS	2
Was ist unter ADS zu verstehen?	3
Komorbidität	4
Welche Ursachen gibt es für das ADS ?	4
Verlauf und Prognose	5
Häufigkeit	5
Diagnosekriterien	6
Zur Differentialdiagnose des ADS	7
Was gehört zur Diagnostik?	8
Die Therapie	9
Was man über die Therapie mit Stimulanzien wissen sollte	10
Therapiekontrolle	11
Anhang	
Literatur und Videos	12 -13
Adressen von Selbsthilfegruppen	14
Beratungsstellen in Nürnberg, die bei Verdacht auf ein ADS Diagnostik und Beratung/Therapie anbieten.	15 - 25

Vorwort

Die Probleme so genannter „hyperaktiver“ und „unkonzentrierter“ Kinder haben in den vergangenen Jahren sowohl in den Medien als auch bei Eltern und Fachleuten zunehmend Beachtung gefunden. Dabei wurde insbesondere die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien sehr kontrovers und oft auch sehr emotional diskutiert.

In der Absicht, ein breit gefächertes Publikum bestehend aus Fachleuten aus dem Einzugsbereich der Stadt Nürnberg über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu informieren und dadurch mehr Fachlichkeit und Differenziertheit in die Diskussion zu bringen, wurde bereits im November 1997 vom „Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen“ und von der Abteilung „Gesundheitsförderung“ am Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg eine große Veranstaltung zu diesem Thema durchgeführt. Als Referenten waren zwei Kinderärzte aus Heiligenstadt eingeladen, die sich schwerpunktmäßig mit der Thematik befassen. Das Publikum bestand aus KinderärztInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen verschiedener Fachrichtungen.

Im Nachhinein musste allerdings konstatiert werden, dass diese Veranstaltung mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet hatte. Eines war jedoch deutlich geworden: Es herrschte ein sehr großer Bedarf an mehr Fachwissen und an wissenschaftlich fundierten Leitlinien für die Diagnostik und die Therapie bzw. Beratung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sowie für den Umgang mit ihnen in Kindergarten und Schule. Außerdem war bei dieser Veranstaltung immer wieder der Ruf nach einem Netz von diagnostischen, therapeutischen und beraterischen Hilfsangeboten in unserer Stadt laut geworden, so dass Eltern, Lehrer und Erzieher wissen, an welche Anlaufstellen sie sich wenden können.

Dies gab für das „Beratungszentrum für Kinder“ am Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg den Anstoß, einen „Arbeitskreis ADS“ ins Leben zu rufen, der sich von Januar 1999 an regelmäßig traf, um Informationen über aktuelle Literatur und Veranstaltungen auszutauschen und aufzuarbeiten. Der vorliegende Leitfaden ist das Ergebnis der zweijährigen Arbeit dieses Arbeitskreises.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Teilnehmern des Arbeitskreises für ihr großes Engagement, das sie diesem Projekt gewidmet haben, bedanken: **Frau Binder** (Schulpsychologin und Lerntherapeutin), **Frau Friedrich** (Ergotherapeutin) und **Herrn Dr. Gromball** (Kinderarzt), die neben ihrer Tätigkeit in den eigenen Praxen unentgeltlich in ihrer Freizeit im Arbeitskreis mitgewirkt haben, ebenso wie **Frau Dörr** (Sonderschullehrerin), **Frau Hagn-Siebert** (Diplompsychologin an einer städtischen Erziehungsberatungsstelle), **Frau Jänsch-Kraus** (Diplom-Psychologin am Beratungszentrum für Kinder im Gesundheitsamt) und **Frau Pruy-Walz** (staatliche Schulpsychologin für Grund- und Hauptschulen), die ebenfalls nur durch eine äußerst flexible Auffassung von ihrer Arbeitszeit in der Lage waren, ihre sonstigen dienstlichen Pflichten mit den für den Arbeitskreis anfallenden Aufgaben zu vereinbaren.

Nürnberg, den 10. Juli 2001

Dr. Gisela Löhberg

Gesundheitsamt
Ärztliche Leiterin

Andere Bezeichnungen für das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)

Hyperkinetisches Syndrom (HKS)

Aufmerksamkeits-Defizit-
Hyperaktivitäts-Störung (ADS, ADHS)

Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne
Hyperaktivität

Attention Deficit (Hyperactivity)
Disorder (ADHD)

Minimal Cerebral Dysfunction (MCD)

Psychoorganisches Syndrom (POS)

Was ist unter ADS zu verstehen?

Die Kinder fallen bei verschiedensten Gelegenheiten auf durch

inadäquate Aufmerksamkeit/Unaufmerksamkeit Impulsivität ausgeprägte Unruhe

Inadäquate Aufmerksamkeit / Unaufmerksamkeit äußert sich einmal darin, dass es den Kindern schwer fällt ihre Konzentration längere Zeit auf eine geforderte Aufgabe zu richten, und zum anderen in Schwierigkeiten wesentliche von unwesentlichen Hinweisreizen zu unterscheiden. Letzteres führt z.B. zu einem erschwerten Verständnis von Mimik, Gestik und Körpersprache anderer Menschen.

Impulsivität wird in unüberlegten Handlungen deutlich bis hin zu Selbst- und Fremdgefährdung. Letztlich beruht auch dies auf einer ungenügenden Auswertung von Hinweisreizen.

Ausgeprägte äußere, motorische **Unruhe** finden wir vor allem bei Jungen. Mädchen zeigen häufig eine „innere Unruhe“ im Sinne von starker Gedankenverlorenheit, Träumen u. ä.. Es darf aber nicht übersehen werden, dass es sich beim ADS um eine Diagnose handelt, bei der die Übergänge zwischen „normal“ und „auffällig“ fließend sind. So ist z.B. bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen, dass auch der **normale Bewegungsdrang** von Kindern individuell und altersbedingt stark schwankt.

Die Kinder wirken insgesamt häufig als Unfriedenstifter, Störer mit starker sozialer Entwicklungsverzögerung, wenig ausdauernd und gering motiviert, etwas zu tun, was von ihnen verlangt wird.

Im Intelligenztest sehen wir meist ein sehr inhomogenes Profil. Häufig registrieren wir signifikante Leistungseinbrüche bei Aufgaben, die eine kurzfristige Merkfähigkeit bei sequentieller Aufgabenstellung erfassen (z.B. Nachsprechen immer länger werdender Zahlenreihen).

In dem heute vorwiegend verwendeten Intelligenztestverfahren „Kaufmann Assessment Battery for Children“ (K-ABC) äußert sich dies vor allem darin, dass der Standardwert im einzelheitlichen Denken häufig signifikant niedriger ausfällt als der im ganzheitlichen Denken. Ein weiterer Subtest, in dem betroffene Kinder häufig unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielen, ist der Test „Rätsel“ aus der Fertigkeitenskala. Hier wird ein längeres Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit für rein auditiv angebotene Informationen gefordert.

Komorbidität

Von Komorbidität spricht man, wenn eigenständige Krankheits- oder Störungsbilder gleichzeitig mit der zur Diskussion stehenden Erkrankung auftreten.

Beim ADS sind dies

häufig

Störungen der sensorischen Integration
gestörte Grob- und Feinmotorik
visuelle Teilleistungsstörung
auditive Teilleistungsstörung
Einnässen, vor allem nachts
oppositionelles Verhalten

manchmal

Tic-Erkrankungen
Angststörungen
Zwangsstörungen
Depressionen
Allergien

Diese Störungsbilder können also sowohl allein, als auch gleichzeitig mit einer Aufmerksamkeitsstörung auftreten.

Welche Ursachen gibt es für das ADS?

Die meisten Wissenschaftler sind sich heute einig darüber, dass die Hauptursache in einer **veränderten Funktionsweise des Gehirns** zu suchen ist. Eine Störung der Reizaufnahme und Reizverarbeitung in bestimmten Hirnarealen wird angenommen.

Nach heutigem Stand der Wissenschaft muss man annehmen, dass erbliche Faktoren dabei die größte Rolle spielen. Hierfür spricht ein gehäuftes familiäres Vorkommen und die Konkordanz bei eineiigen Zwillingen.

Gefunden wurden **neuroanatomische Befunde**: Funktionsstörungen im Bereich des Frontalhirns im Sinne einer frontalen Dysfunktion und auch im Bereich des Striatums (feinmotorische Störungen) lassen sich nachweisen.

Gefunden wurde auch eine Störung im **Stoffwechsel von Neurotransmittern** und zwar der Katecholamine (Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin und des Enzyms Monoaminoxidase)

Seltener tritt diese Störung als Folge einer Schädigung vor, während oder kurz nach der Geburt auf (z.B. Sauerstoffmangel, Frühgeburt, Enzephalitis).

Nahrungsbestandteile als Ursache spielen vermutlich eine sehr geringfügige Rolle.

Die Ursache liegt nicht in mangelhafter Erziehung und es handelt sich nicht um eine psychoreaktive Störung.

Verlauf und Prognose

Ein ADS wächst sich – nach bisheriger Überzeugung der Wissenschaftler - nicht aus. In unterschiedlicher Ausprägung begleitet es die Betroffenen oft ein Leben lang.

Unbehandelt kommt es meist zu einer schlechteren Schullaufbahn, als es den Fähigkeiten entspräche, bis hin zu Schulversagen.

Auch psychoreaktive Störungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Probleme in der sozialen Bindungsfähigkeit, Depressionen, Suchttendenzen und Selbst- und Fremdgefährdung treten immer wieder auf. Misshandlungstendenzen in der Familie sind nicht selten, da manchmal alle Beteiligten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit kommen.

Die Eltern haben häufig Auseinandersetzungen mit dem Kind und miteinander. „Wer macht was falsch?“, ist eine zentrale Frage, die dann auch mit Lehrern und Erziehern ausgetragen wird.

Geschwisterkinder fühlen sich häufig zurückgesetzt, mit zu wenig Aufmerksamkeit bedacht und leiden unter einem gereizten Klima.

Ungünstige familiäre und soziale Bedingungen sind zwar nicht ursächlich, spielen aber eine große Rolle bei Ausprägungsgrad und Chronifizierung.

Häufigkeit

Das ADS ist weltweit als häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung definiert. Man rechnet damit, dass 5% bis 8% aller Kinder und ca. 3% der Erwachsenen betroffen sind.

Diagnosekriterien

Die Diagnosekriterien bestimmen die **drei Leitsymptome**
Unaufmerksamkeit, Impulsivität und **Hyperaktivität**.

Sie erlauben im Detail durch genaue Beobachtung eine Aussage darüber, ob und in welcher Ausprägung (leicht - mittel - schwer) ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom vorliegt.

International sind sie eindeutig in zwei verschiedenen Katalogen definiert und verifiziert

- der International Classification of Disease, ICD 10 und
- dem Diagnostic and Statistic Manual, DSM IV.

Zwischen beiden Auflistungen bestehen Unterschiede, die für die praktische Diagnose allerdings keine Relevanz haben.

Die drei Leitsymptome müssen nicht alle gemeinsam auftreten. Es kann jeweils ein Typus überwiegen und das Störungsbild charakterisieren. Der vorwiegend **hyperaktiv-impulsive Typ** ist aufgrund seines auffälligen Verhaltens meist leichter zu erkennen als der **vorwiegend unaufmerksame Typ**, der keine Anzeichen hyperaktiven Verhaltens zeigen muss, deshalb zwar unauffällig, aber geistig abwesend ist.

Es kann auch ein **Mischtyp** aus beiden Bereichen das Störungsbild bestimmen. Alle drei Typen gehören jedoch zu demselben Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Unter der Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität ADHD leiden laut einer Untersuchung zehnmal mehr Jungen als Mädchen, wogegen zehnmal mehr Mädchen als Jungen dem unauffälligen verträumten ADS-Typus angehören.

Die Verhaltensauffälligkeiten können unter verschiedenen situativen Bedingungen auftreten, zum Beispiel zu Hause und/oder im Kindergarten oder in der Schule, sowohl bei Lernanforderungen als auch im sozialen Umfeld.

Nun zu den Leitsymptomen im Einzelnen.

Dem Symptom **Unaufmerksamkeit**

lassen sich neun Beobachtungskriterien unterordnen.

Das Kind/ Der Jugendliche

1. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei verschiedenen Tätigkeiten;
2. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Arbeit und Spiel aufrecht zu erhalten;
3. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es/ihn ansprechen;
4. führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Arbeiten und Aufgaben nicht zu Ende bringen;
5. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
6. vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die eine längerdauernde geistige Anstrengung erfordern;
7. verliert oder vergisst häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden;
8. lässt sich von äußeren Reizen leicht ablenken;
9. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Das Symptom **Hyperaktivität**

lässt sich mit fünf Beobachtungskriterien beschreiben.

Das Kind/ Der Jugendliche

1. zappelt häufig mit Händen und/oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl hin und her;
2. steht häufig im Unterricht oder anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird;
3. hat häufig Schwierigkeiten ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen;
4. ist häufig „auf Achse“ oder handelt so, als ob es/er „getrieben“ wäre;
5. zeigt oft exzessive motorische Aktivität, die durch Aufforderung nicht beeinflussbar ist.

Zum Symptom **Impulsivität**

gehören vier Kriterien. Das Kind/ Der Jugendliche

1. unterbricht oder stört andere häufig;
2. platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist;
3. kann oft nur schwer warten, bis es/er an der Reihe ist;
4. redet häufig übermäßig viel („Sprechdurchfall“ nach C. Neuhaus).

Um das ADS diagnostizieren zu können, muss das auffällige Verhalten bereits **vor dem 7. Lebensjahr** aufgetreten sein (abgesehen von einem altersentsprechenden erhöhten Aktivitätsniveau zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr) und länger als sechs Monate andauern.

Ein Kriterium gilt allerdings nur dann als erfüllt, wenn die Verhaltensweisen beträchtlich häufiger zu beobachten sind, als dies bei den meisten Kindern im gleichen Entwicklungsalter der Fall ist. Von den Diagnosekriterien müssen jeweils zwei Drittel zutreffen.

Zur Differentialdiagnose des ADS:

Einige der beschriebenen Symptome können auch ohne zugrundeliegendes ADS aufgrund anderer Ursachen auftreten. Daher ist eine so genannte differentialdiagnostische Abgrenzung wichtig. Solche andere Ursachen können sein

im emotional-psychischen Bereich:

1. ein kontinuierlicher Überforderungs-/Erschöpfungszustand
2. ein schlecht organisiertes, inadäquates oder emotional belastendes häusliches Milieu und die daraus entstehenden Verhaltensauffälligkeiten
3. depressive Störung im Jugendalter
4. manische bzw. schizophrene Episoden oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus, Asperger-Störung)
5. affektive Störungen/Angststörungen

im kognitiven Bereich:

1. eine Intelligenzminderung
Auch bei Minderbegabung kann die Diagnose ADS gestellt werden, wenn das Kind die drei Kardinalsymptome deutlicher zeigt als andere Gleichaltrige mit ähnlichem Intelligenzniveau.
2. eine Hochbegabung
3. umschriebene Teilleistungsstörungen (Dyskalkulie, Legasthenie und Sprachstörungen)

im somatischen Bereich:

1. Erschöpfungszustände im Rahmen somatischer Erkrankungen
2. Seh- und Hörstörungen
3. Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenüberfunktion)
4. Neurologische Erkrankungen (vor allen Dingen Epilepsien oder Ticserkrankungen)
In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass Medikamente zur Behandlung von Epilepsie selbst Konzentrationsstörungen verursachen können.
5. Drogenkonsum (besonders bei Jugendlichen zu beachten)

Aus der Vielzahl der differentialdiagnostischen Erwägungen ist zu erkennen, dass nicht ein einziges Leitsymptom zur Diagnose führen kann, sondern dass das ADS eine Ausschlussdiagnose darstellt, resultierend aus einer Vielzahl von anamnestischen Daten bzw. testpsychologischen Ergebnissen und einer umfassenden körperlich-neurologischen Untersuchung.

Was gehört zur Diagnostik?

Beim ADS handelt es sich also immer um eine so genannte symptomatische Diagnose, d.h. sie wird nur anhand der beschriebenen oder selbst beobachteten Symptome gestellt.

Es gibt **keine objektiven Testverfahren** (weder medizinische noch psychologische), mit denen eine völlig zweifelsfreie Diagnose möglich wäre. Umso wichtiger ist es, sorgfältig alle zur Verfügung stehenden Daten zu erheben. Dies gelingt am besten durch eine enge Zusammenarbeit von Kinderarzt und Psychologe.

Eine gut fundierte Diagnostik umfasst:

1. Exploration der Eltern und (wenn vom Entwicklungsstand her möglich) des Kindes.
Hierfür existieren Explorationsleitfäden (s. Anhang).
2. Fragebogenverfahren zur Verhaltensbeurteilung durch Eltern, Lehrer/Erzieher und gegebenenfalls den Betroffenen selbst (s. Anhang).
3. Leistungstests zur Abklärung des kognitiven Entwicklungsstandes (Intelligenztests und bei Bedarf zusätzliche Teilleistungstests; weniger bewährt haben sich reine Konzentrationstests).
4. Verhaltensbeobachtung sowohl in Anforderungssituationen (Test) als auch in Situationen, in denen sich das Kind selbst beschäftigen soll (z.B. während der Exploration der Eltern).
Zeigt sich das Kind hier allerdings unauffällig (vor allem beim ersten Termin), kann ein ADS noch nicht ausgeschlossen werden, da vor allem bei älteren Kindern die Selbstkontrolle in neuen Situationen zunächst besser ist. Treten die Symptome dagegen auch in der Diagnostiksituation auf, erhärtet dies den Verdacht auf das Vorliegen eines ADS.
5. Neurologische und orientierende internistische Untersuchung, v.a. zum Ausschluss anderer Erkrankungen.
6. Ein EEG, vor allem wenn eine medikamentöse Behandlung geplant wird.
7. Werden zusätzliche Teilleistungsstörungen diagnostiziert und entsprechende Therapien in die Wege geleitet, folgt noch die spezifische Diagnostik des jeweiligen Therapeuten (z.B. ergotherapeutische, logopädische, motopädische Diagnostik usw.).

Die Therapie

Die besten Erfolge in der Therapie lassen sich durch eine Kombination verschiedener therapeutischer Maßnahmen erzielen (multimodales Konzept). Hierzu ist eine gute Kooperation zwischen behandelndem Kinderarzt, Psychologen sowie anderen, im Einzelfall zugezogenen Therapeuten notwendig.

Das **multimodale Konzept** umfasst

1. die psychologische Beratung und Betreuung der Eltern

- für den Umgang mit dem betroffenen Kind
- für sie selbst, um dem erhöhten Aufwand an Energie und Nerven, den die Erziehung dieses Kindes ihnen abverlangt, auf Dauer gewachsen zu sein und eine positive Eltern-Kind-Interaktion aufrecht zu erhalten oder wieder herstellen zu können.
- Beratung zur Wahl des richtigen Schul-/Kindergartentyps, so dass sowohl eine Über- als auch eine Unterforderung vermieden werden.
Kleine Gruppen in der Erziehung dieser Kinder sind wünschenswert.

2. psychologisch-pädagogische Beratung anderer Betreuungspersonen

(LehrerIn/ErzieherIn) im Umgang mit dem Kind.

3. therapeutische Hilfen in der Behandlung der Teilleistungsstörungen

- motorische Störungen: Krankengymnastik, Ergotherapie, Motopädie
- Lese-Rechtschreibstörungen und Dyskalkulie: spezifische Förderung im Sinne einer Lerntherapie.
- sprachliche Entwicklungsverzögerung: Logopädie oder Sprachfrühförderung
- soziale Verhaltensstörungen: Spieltherapie, Heilpädagogik, Psychomotorik, Verhaltenstherapie, soziales Gruppentraining.

4. medikamentöse Therapie mit Stimulanzien

(z.B. Methylphenidat) zur Behandlung der Konzentrations- und Wahrnehmungsstörungen sowie der Impulsivität: Hieran sollte man denken, wenn andere Maßnahmen alleine nicht mehr ausreichen und auf Grund der ausgeprägten Symptomatik des Kindes folgende Gefahren drohen:

- Schulversagen trotz ausreichender kognitiver Fähigkeiten
- soziale Isolation in der Gruppe der Gleichaltrigen
- Eskalation familiärer Probleme

5. Eltern - Selbsthilfegruppen und/oder fachlich geleitete Gruppenkurse für Eltern:

Den Austausch mit anderen Betroffenen erleben viele Eltern als emotional entlastend und hilfreich.

Methodisch hat sich bei der psychologischen Arbeit mit Eltern und Kindern der verhaltenstherapeutische Ansatz am besten bewährt.

Andere psychotherapeutische Methoden (z.B. Familientherapie) können im Einzelfall ergänzend sinnvoll sein, wenn sich aufgrund des ADS oder zusätzlich dazu seelische Probleme oder Interaktionsstörungen entwickelt bzw. verselbstständigt haben.

Die therapeutischen Maßnahmen müssen für das Kind jeweils individuell abgestimmt werden und hängen von mehreren Faktoren ab:

1. Alter des Kindes
2. Ausprägungsgrad der Störung
3. Begleitsymptome
4. Lebensumfeld des Kindes.

Für alternative Heilverfahren (z.B. Homöopathie, Bachblütentherapie, Magnetresonanztherapie) fehlen wissenschaftliche Nachweise.

Was man über die Therapie mit Stimulanzien wissen sollte:

1. Sie wirken nicht dämpfend, sondern zentralnervös anregend. Dadurch verbessern sie die Impulssteuerung, sowie die Konzentration und Aufmerksamkeit. Das Kind wirkt in sich geordneter, selbstkritischer und das Verhalten normalisiert sich.
2. Sie verbessern nicht die intellektuelle Leistungsfähigkeit oder die Begabung eines Kindes.
3. Sie wirken sich nur so lange positiv auf das Symptom aus, wie sie eingenommen werden. Ein direkt heilender Effekt kann nicht erzielt werden. Jedoch kann durch eine langfristige Einnahme eine Stabilisierung der Lebenssituation über die kurzfristige Wirkung hinaus erzielt werden.
4. Die Wirkung lässt 3 - 6 Stunden nach der Einnahme wieder nach.
5. Sie wirken nicht bei allen Kindern. Die Ansprechrate beträgt laut DÖPFNER (DÖPFNER 2000) bei schwer hyperaktiven Kindern über 5 Jahren 70 % bis 90 %, unter 5 Jahren ca. 50 %
6. Die optimal wirksame Dosierung ist bei verschiedenen Kindern unterschiedlich und muss individuell ausgetestet werden .
7. Sie werden vom Hersteller erst ab einem Alter von 5 - 6 Jahren empfohlen, weil für jüngere Kinder nicht ausreichend wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen.
8. Bei bestimmten körperlichen Erkrankungen (z.B. Epilepsie) sollten sie nur nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung und unter besonders strenger ärztlicher Kontrolle gegeben werden.
9. Sie machen bei der üblichen Dosierung nicht körperlich abhängig und begünstigen auch nicht späteren Drogenmissbrauch. Im Gegenteil weisen Studien aus den USA sogar darauf hin, dass Kinder mit diagnostiziertem ADS, die mit Stimulanzien behandelt wurden, statistisch ein geringeres Risiko haben, später drogenabhängig zu werden, als unbehandelte Kinder mit ADS.
10. Besondere Vorsicht ist aber geboten, wenn im familiären Umfeld des betroffenen Kindes Drogenmissbrauch vorliegt oder wenn ein von ADS betroffener Jugendlicher bereits vorher dadurch aufgefallen ist, dass er Medikamente hortet oder weiterverkauft.

11. Nebenwirkungen können sein:

Schlafstörungen, Verminderung des Appetits, Bauch- und Kopfschmerzen, Steigerung der Krampfbereitschaft bei Epileptikern, Weinerlichkeit und Depressivität, leichte Steigerung von Blutdruck und Herzfrequenz, Auftreten oder Verschlimmerung motorischer und vokaler Ticstörungen.

Die Nebenwirkungen verschwinden in der Regel mit Absetzen des Medikamentes wieder, oft aber auch schon durch eine Veränderung der Dosierung. Lediglich bei Ticstörungen wurde in Einzelfällen eine Verselbstständigung beobachtet, weshalb der Arzt bei ihrem Auftreten unverzüglich zu unterrichten ist.

Vor allen Dingen bei jüngeren Kinder (bis zur Einschulung) und/oder einem nur leichten bis mittleren Ausprägungsgrad der Störung wird man zunächst versuchen auf Medikamente zu verzichten. Ein Studie in Köln (DÖPFNER 2000) hat allerdings ergeben, dass 40 % - 50 % der Kinder mit der Diagnose ADS irgendwann Stimulanzien mit Erfolg erhalten.

Therapiekontrolle:

Zu einer gewissenhaft durchgeführten Therapie gehört nicht nur eine vorausgehende sorgfältige Diagnostik, sondern auch in gewissen zeitlichen Abständen eine Überprüfung der Therapie auf ihre Wirksamkeit mit möglichst objektiven Messmethoden.

Diese beinhaltet eine vollständige körperliche und neurologische Untersuchung durch den Arzt. Außerdem sollte bei Kindern mit ADS die Therapiekontrolle durch erneute Befragung der Eltern und Erzieher/Lehrer mit den standardisierten Fragebogen, die bereits zur Erstdiagnostik verwendet wurden, erfolgen. Eine psychologische Wiederholungsuntersuchung und Verhaltensbeobachtung wäre darüber hinaus wünschenswert. Im Idealfall füllen die Erzieher/Lehrer über einen Zeitraum von mehreren Monaten regelmäßig einen kurzen Fragebogen aus, ohne zu wissen, ob das Kind bereits behandelt wird oder nicht, da eigene Erwartungen an den Erfolg einer Behandlung erfahrungsgemäß die Wahrnehmung beeinflussen. Dies lässt sich allerdings bei einer medikamentösen Therapie leichter verwirklichen als bei einer psychotherapeutischen oder heilpädagogischen, da Stimulanzien praktisch sofort wirken. In der Regel setzt der Arzt für eine medikamentöse Erprobungsphase, in der die Dosierung langsam gesteigert wird, einen Zeitraum von 6 - 8 Wochen an. Bei einer Psychotherapie erwartet man erste Wirkungen frühestens nach 4 - 6 Monaten.

Anhang

Im Anhang finden Sie Literaturempfehlungen für Eltern und interessierte Laien ebenso wie für Fachleute.

Anschließend folgen die Adressen der im Raum Nürnberg tätigen Selbsthilfegruppen.

Weiter sind die ersten Anlaufstellen in Nürnberg, die Eltern neben ihrem behandelnden Kinderarzt aufsuchen können, wenn sie vermuten, dass ihr Kind an einem ADS leiden könnte, in übersichtlicher Form aufgelistet und mit ihrem jeweiligen Angebot beschrieben. Ganz am Ende finden Sie dann noch einen ausklappbaren Bogen, der die einzelnen Stellen und ihre Angebote tabellarisch darstellt.

Literatur

Bei den Literaturangaben handelt es sich um eine Auswahl, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Um den Überblick zu erleichtern, wird zwischen Büchern, die auch für Eltern und andere interessierte Laien zu empfehlen sind, und reiner Fachliteratur unterschieden.

I. Literatur für Eltern und andere Interessierte

Aust-Claus E. & Hammer P.-M.: Das ADS-Buch – Neue Konzeptionshilfen für Zappelphilippe und Träumer. Das OptiMind-Konzept. Oberstebrink & Partner GmbH, Ratingen, 1999.

Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder: Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? 1996, Selbstverlag, 91301 Forchheim, Postfach 60, ISBN 3-00-000507-2.

Defersdorf Roswitha: Deutlich reden, wirksam handeln. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, 2000.

Defersdorf Roswitha: Drück mich mal ganz fest. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, 1991.

Döpfner M., Schürmann S. & Lehmkuhl G.: Wackelpeter und Trotzkopf. Beltz-Verlag, Weinheim, 1999.

Eichseder W.: Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Bucher, München, 1985.

Freed Jeffrey & Parsons Lauree: Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders. Wie Eltern ihren hyperaktiven Kindern helfen können, die Schule zu meistern. Beltz-Verlag, Weinheim, 1998.

Kast-Zahn Anette: Jedes Kind kann Regeln lernen. Oberstebrink & Partner GmbH, Ratingen, 1997.

Lauth G.W., Schlottke P.F. & Naumann K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. DTV, München, 1998.

Lindgren Astrid: Lotta zieht um. Oetingen Verlag, Hamburg 1997.

Meyer-Glitza Erika: Wenn Frau Wut zu Besuch kommt. Iskopress, Salzhausen, 2000.

Neuhaus Cordula: Das hyperaktive Kind. Ravensburger Buchverlag, Ravensburg, 1996.

Schaeffgen Rega: „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ – eine Form der sensorischen Integrationsstörung. Selbstverlag, 2000.

Walter U.: Mein wildes, liebes Teufelchen. Ullstein, Berlin, 1997.

Warnke Andreas: Informationsheft zum Hyperkinetischen Syndrom (HKS) für Eltern, Lehrer und Kinder. Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg.
Zu beziehen über: Novartis Pharma GmbH, Postfach, 90372 Nürnberg.

II. Fachliteratur

Cserwenka K., Bolvansy R. & Kinze W.: Hyperaktive Kinder. Beltz-Verlag, Weinheim, 1997.

Döpfner M., Frölich J. & Lehmkuhl G.: Hyperkinetische Störungen.
Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 1, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2000.

Döpfner M., Schürmann S. & Frölich J.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), Beltz-Verlag, Weinheim, 1998.

Döpfner M. & Lehmkuhl G.: Langzeiteffekte multimodaler Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen. Noch laufende Studie an der Universität Köln. Veröffentlichung erster Ergebnisse in: Döpfner M., Lehmkuhl G. & Fischer R.: ADHS-Report 1, Referate für Klinik und Praxis; 1. Jahrgang, Juli 2000 (im Text zitiert).

Döpfner M.: Vortrag zum Thema „Hyperkinetischen Störungen“ am 16.11.2000 anlässlich einer von der Psychologischen Beratungsstelle des Caritasverbandes der Diözese Eichstätt e.V. in Nürnberg-Langwasser veranstalteten Fachtagung (im Text zitiert).

Ettrich Christine: Konzentrationstrainings-Programm für Kinder und Arbeitsheft, Band I: Vorschulalter; Band II: 1. und 2. Klasse; Band III: 3. und 4. Klasse. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1998

Fischer, Murray, Bundy: Sensorische Integrationstherapie. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1998.

Fitzner T. & Stark W. (Hrsg.): ADS: Verstehen – Akzeptieren – Helfen. Beltz Tb, 2000

Imhof M., Skrodzki K. & Urzinger M.: Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. Auer Verlag, München, 1999.

Krowatschek D. & Borgmann: Überaktive Kinder im Unterricht. Borgmann publishing GmbH, Dortmund, 1996

Lauth G.W. & Schlottke P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Beltz-Verlag, Weinheim, 1993.

Passolt M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1997.

III. Videos

Störfälle? Die viel zu (un)aufmerksamen Kinder. AK Überaktives Kind, Bundesgeschäftsstelle, Postfach 410724, 12117 Berlin.

Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht. Stadtbildstelle Nürnberg, Fürther-Straße 80a, 90429 Nürnberg.

IV. Adressen von Selbsthilfegruppen

Bundesverband der Elterninitiative zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V.

Postfach 60, 91291 Forchheim. Tel.: 09191/34874, Fax: 09191/ 34874,
www.osn.de/user/hunter/badd.htm

Elterninitiative zur Förderung hyperaktiver Kinder. Regionalgruppe Nürnberg des Bundesverbandes der Elterninitiative zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V.

Infotelefon mit Ansage der nächsten Termine: 0911/38 49 465

Der Verein bietet an

- einmal monatlich einen Elternstammtisch, an dem immer auch ein Kinderarzt teilnimmt, um die Eltern von medizinischer Seite aufzuklären und zu beraten.
- Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen aus dem Themenkreis „ADS“
- regelmäßige Treffen einer Untergruppe selbst von ADS betroffener Eltern zum Erfahrungsaustausch.

Regenbogen e.V., Verein zur Förderung Kinder und Jugendlicher mit zentralen Verarbeitungsstörungen wie einer Aufmerksamkeitsstörung, Wahrnehmungsstörungen, Lern- und Leistungsproblemen sowie Verhaltensauffälligkeiten.

Helmut-Schatzler-Str. 8, 91332 Heiligenstadt. Tel.: 09198/926263, Fax: 09198/926264
Erreichbar Mo und Mi 10.00 – 12.00 Uhr, sonst unregelmäßig.
Internet und e-mail: www.regenbogen-ev-heiligenstadt.de

Der Verein bietet an:

- In Nürnberg: Elternstammtisch und Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema ADS für Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen.
- An anderen Orten: Fachtherapeutische Fortbildungen z.B. für Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Ärzte usw.

„Sterntaler“ Verein zur Förderung begabter Kinder und Jugendlicher mit sensomotorischen Störungen e.V.

Ansprechpartner:

1. Frau Helga Sander, Artur-Landgraf-Str. 79, 96049 Bamberg,
Tel.: 0951/509737, Fax: 0951/509738
2. Frau Luise Stössel, Abenberger-Str. 12, 90451 Nürnberg
Tel.: 0911/6427486, Fax: 0911/6491607

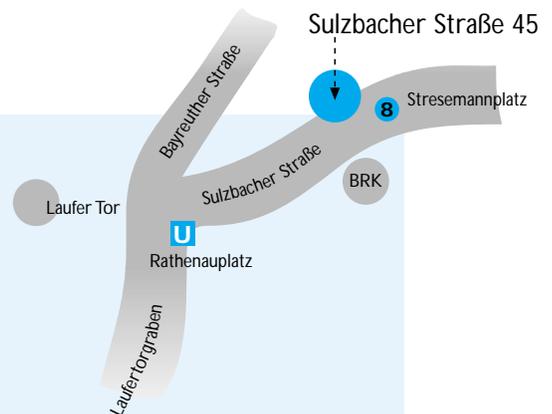
Erreichbar täglich bis 19.30 Uhr, jedoch nicht zwischen 11.30 und 14.00 Uhr.

Der Verein organisiert in regelmäßigen Abständen Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen, die sowohl für betroffene Eltern als auch für Fachleute geeignet sind. Die Veranstaltungen finden in der Regel an einem Samstagvormittag statt, Kinderbetreuung wird angeboten. Jede Veranstaltung ist einem bestimmten Thema gewidmet, zu dem jeweils ein Experte aus dem In- oder Ausland geladen ist. Die Kontaktaufnahme aller Anwesenden mit diesem Referenten ist möglich.

Beratungsstellen

Staatliche Schulberatungsstelle

Sulzbacher Straße 45
90489 Nürnberg
Tel.: 0911/ 58 67 610
Fax: 0911/ 58 67 6 - 15



Berufsgruppen: Staatliche Schulberaterin,
Staatl. SchulpsychologInnen,
BeratungslehrerInnen

Schwerpunkt: Diagnostik und Beratung

Diagnostik: umfangreiche psychologische/pädagogische Diagnostik
insbesondere auch Schulleistungsdiagnostik
keine kinderärztliche Untersuchung
kein EEG

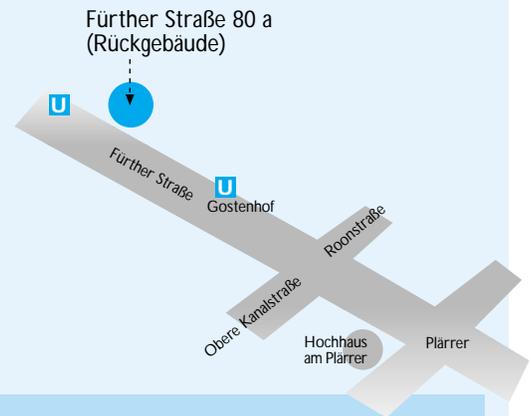
Beratung und Therapie: Beratung für Eltern und LehrerInnen
keine Therapie

Zusätzliches: Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen, Therapeuten etc.

Zugang: direkte Anmeldung möglich;
kostenfrei
für Angehörige aller Schularten (Eltern, Lehrer, Schüler)

Schulpsychologischer Dienst der Stadt Nürnberg

Fürther Straße 80 a
90429 Nürnberg
Tel.: 0911/ 27 78 68 - 0
Fax: 0911/ 27 78 68 -10
e-mail: schulpsychologie.nbg@odn.de



Berufsgruppe: Diplom-PsychologInnen,
SchulpsychologInnen

Schwerpunkt: Diagnostik und Beratung

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
Screening zur sensorischen Integration
keine kinderärztliche Untersuchung
kein EEG

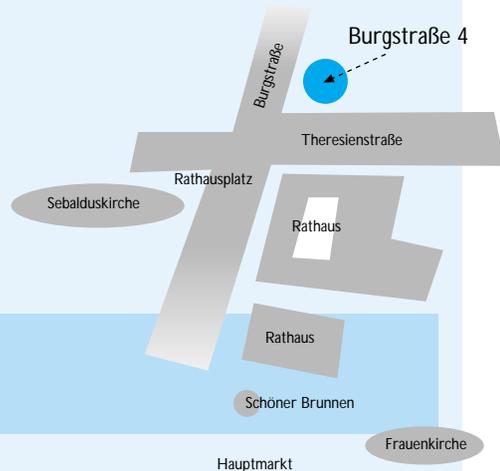
Beratung und Therapie: Lerntherapie und/oder Selbstinstruktionstraining mit dem Kind auf verhaltenstherapeutischer Grundlage; nur in begrenztem zeitlichen Umfang möglich;
verhaltenstherapeutische (Kurz-)Beratung der Eltern und/oder des Kindes;
Beratung der Eltern und LehrerInnen bei schulrelevanter Problematik

Zusätzliches: bei Bedarf Hinweis auf andere Therapeuten
Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen

Zugang: direkte Anmeldung möglich;
kostenfrei

Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen am Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg

Burgstraße 4
90317 Nürnberg
Tel.: 0911/ 231 - 2764
Fax: 0911/ 231 - 3847
e-mail: gh-zebbek@gh.stadt.nuernberg.de



Berufsgruppen: KinderärztInnen,
Diplom-PsychologInnen,
Diplom-SozialpädagogIn

Schwerpunkt: Diagnostik

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: kurze Erziehungsberatung der Eltern und ErzieherInnen
(vorwiegend auf verhaltenstherapeutischer oder familientherapeutischer Grundlage)

Zusätzliches: in der Regel Weitervermittlung der Eltern an geeignete Beratungsstellen und/oder Therapeuten
Vermittlung von Plätzen in teilstationären und stationären heilpädagogischen Einrichtungen
kinderärztliche Begutachtung für die Kostenträger teilstationärer und stationärer Maßnahmen sowie ambulanten Therapien, die im Rahmen der Eingliederungshilfe über das Sozialamt finanziert werden
Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen

Zugang: direkte Anmeldung möglich
kostenfrei
für Nürnberger Bürger
Diagnostik und Beratung bei ADS nur für Kinder bis zur Einschulung

Jugendamt der Stadt Nürnberg Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien Stadtmitte

Marienstraße 15
90402 Nürnberg
Tel.: 0911/ 231 - 2985 oder - 3385
Fax: 0911/ 231 - 5879
e-mail: j/3@j.stadt.nuernberg.de



Berufsgruppen: zwei Teams, jeweils mit
Diplom-PsychologIn
Diplom-PädagogIn
Diplom-SozialpädagogInnen

Schwerpunkt: Diagnostik, Beratung, Therapie

Diagnostik: umfangreiche psychologische und pädagogische Diagnostik
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: Familientherapie
Erziehungsberatung für die Eltern, ErzieherInnen/LehrerInnen auf vorwiegend verhaltenstherapeutischer oder familientherapeutischer Grundlage

Psychologische Einzeltherapie mit dem Kind mit folgenden Ausrichtungen

- nondirektiv
- verhaltenstherapeutisch
- gestalttherapeutisch
- hypnotherapeutisch
- lösungsorientiert

jeweils in Verbindung mit Elternberatung (keine isolierte Einzelbehandlung des Kindes, des Jugendlichen).

Zusätzliches: Kooperation mit niedergelassenen Kinder und Hausärzten und einem Kinderarzt des Klinikums Süd.
Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen
Hinweis auf die psychologisch geleiteten Elterngruppen der städtischen Beratungsstelle am Fürreuthweg (Eibach).

Zugang: direkte telefonische Anmeldung möglich
kostenfrei
vorrangig für Bürger der Stadt Nürnberg

Jugendamt der Stadt Nürnberg Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien Eibach

Fürreuthweg 95
90451 Nürnberg
Tel.: 0911/64 40 94
Fax: 0911/ 64 40 94

Berufsgruppen: Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen

Schwerpunkt: Diagnostik, Elternberatung

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: Familientherapie
Erziehungsberatung der Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen
psychologisch geleitete Elterngruppen

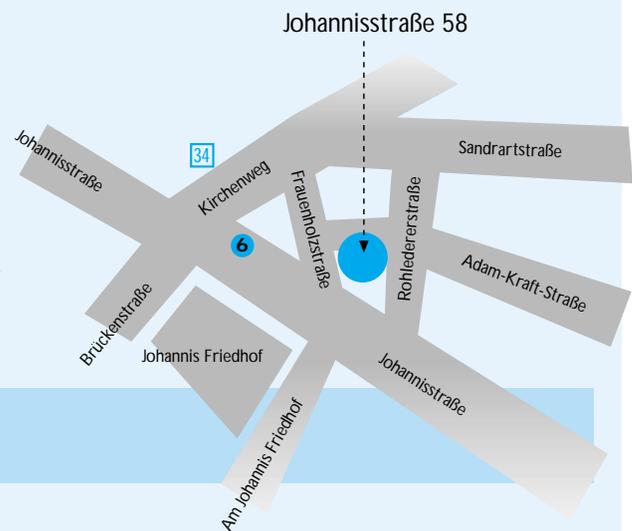
Zusätzliches: Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen
Kooperation mit homöopathisch arbeitenden Medizinern

Zugang: Anmeldung direkt möglich
kostenfrei
vorrangig für Nürnberger Bürger



Jugendamt der Stadt Nürnberg Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien Johannis

Johannisstraße 58
90419 Nürnberg
Tel.: 0911/231 - 3886
Fax: 0911/231 - 3887
e-mail: j/3Eb_johannisstr.@j.stadt.nuernberg.de



Berufsgruppen: Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen

Schwerpunkt: Diagnostik
Beratung/Therapie

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: Erziehungsberatung für Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen auf vorwiegend verhaltenstherapeutischer oder familientherapeutischer Grundlage
Familientherapie
psychologische Einzeltherapie mit dem Kind in Verbindung mit Elternberatung

- nondirektive Spieltherapie
- verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Lerntherapie
- verhaltenstherapeutisches Selbstinstruktionstraining bei älteren Kindern
- Kinder-Gestalt-Therapie
- lösungsorientierte Einzeltherapie

Zusätzliches: Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten und einem Kinderarzt des Südlinikums
Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen
Hinweis auf die psychologisch geleiteten Elterngruppen der städtischen Erziehungsberatungsstelle am Fürreuthweg

Zugang: Anmeldung direkt möglich
kostenfrei
vorrangig für Nürnberger Bürger

Caritasverband Nürnberg

Erziehungsberatungsstelle

Tucherstraße 15
90403 Nürnberg
Tel.: 0911/ 23 54 - 241
Fax: 0911/23 54 -239

Berufsgruppen: Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen
PsychotherapeutInnen
Diplom-PädagogInnen

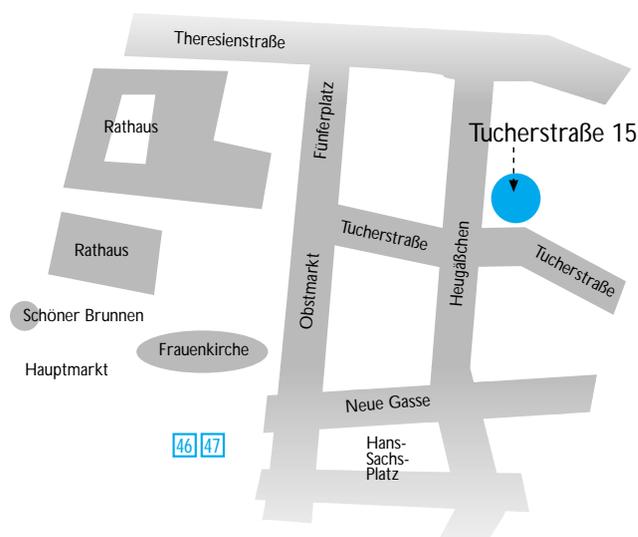
Schwerpunkt: Diagnostik und Beratung

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: verhaltenstherapeutisches Selbstinstruktionstraining bei älteren Kindern
Erziehungsberatung der Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen

Zusätzliches:

Zugang: direkte Anmeldung möglich
kostenfrei



Caritas-Verband für die Diözese Eichstätt e.V. Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche

Giesbertstraße 67 b
90473 Nürnberg
Tel.: 0911/ 80 01 107
Fax: 0911/ 89 06 42
e-mail: erziehungsberatung.nuernberg@caritas-eichstaett.de

Berufsgruppen: Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen

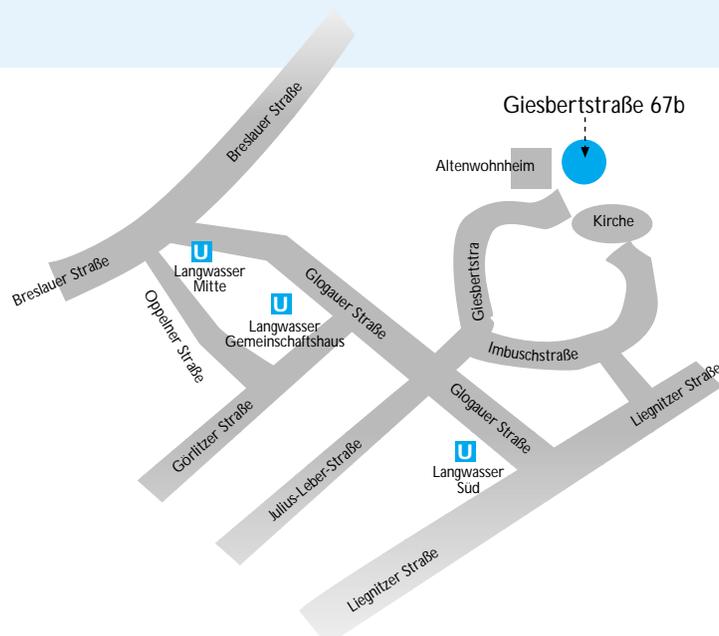
Schwerpunkt: Diagnostik
Therapie

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: psychologische Einzeltherapie des Kindes auf verhaltenstherapeutischer Grundlage
Mototherapie
Familientherapie
Gruppentraining sozialer Kompetenz für Kinder
Erziehungsberatung der Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen auf vorwiegend verhaltenstherapeutischer oder familientherapeutischer Grundlage

Zusätzliches: die Diagnostik erfolgt auch extern durch Beobachtungen in Schule oder Kindergarten

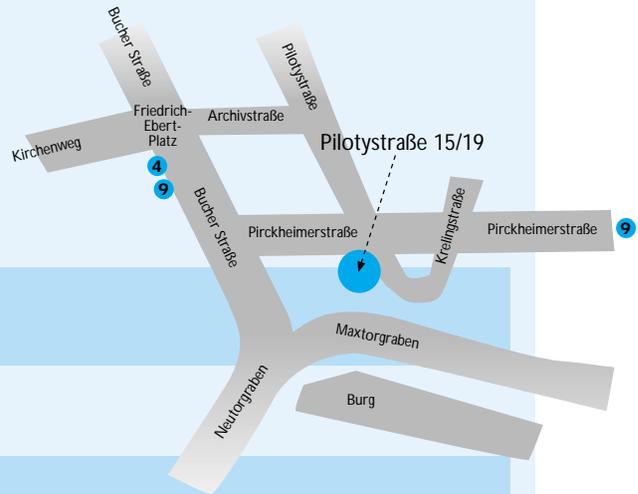
Zugang: direkte Anmeldung möglich
kostenfrei



Stadtmission Nürnberg

Ehe-, Erziehungs-, Paar- und Lebensberatung

Pilotystraße 15 und 19
90408 Nürnberg
Tel.: 0911/ 35 24 00 oder 35 82 42
Fax: 0911/ 35 05 - 101



Berufsgruppen: Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen

Schwerpunkt: Beratung/Therapie

Diagnostik: psychologische Diagnostik
(außer Teilleistungsstörungen und Entwicklungsstörungen)
keine kinderärztliche Diagnostik
kein EEG

Beratung und Therapie: psychologische Einzeltherapie mit dem Kind

- auf gestalttherapeutischer Grundlage
- non-direktive Kindertherapie
- verhaltenstherapeutisches Selbstinstruktionstraining bei älteren Kindern
- evtl. Musiktherapie, Psychomotorik, Rhythmik

Familientherapie

Erziehungsberatung der Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen vorwiegend auf familientherapeutischer, tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer Grundlage

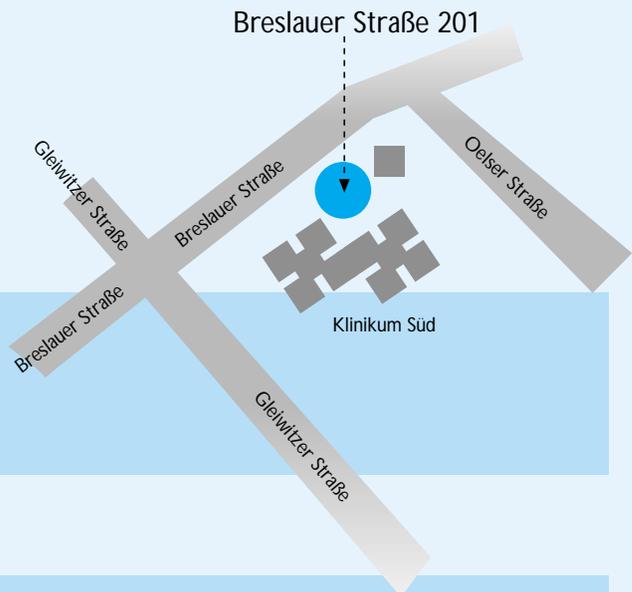
Zusätzliches: Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen

Zugang: direkte Anmeldung möglich
kostenfrei

Klinikum Süd

Sozialpädiatrisches Zentrum

Breslauer Straße 201
90473 Nürnberg
Tel.: 0911/ 398 – 2626; Anmeldung: 398-5399
Fax: 0911/ 398 - 5107



Berufsgruppen: KinderärztInnen
Diplom-PsychologInnen
ErgotherapeutInnen
LogopädInnen
Motopädin

Schwerpunkt: Diagnostik

Diagnostik: kinderärztliche Diagnostik
umfangreiche psychologische Diagnostik
ergotherapeutische, motopädische und logopädische Diagnostik
EEG möglich

Beratung und Therapie: Ergotherapie
Logopädie
Motopädie/Psychomotorik
medikamentöse Therapie
Familientherapie
Beratung für Eltern und ErzieherInnen/LehrerInnen auf vorwiegend verhaltenstherapeutischer oder familientherapeutischer Grundlage

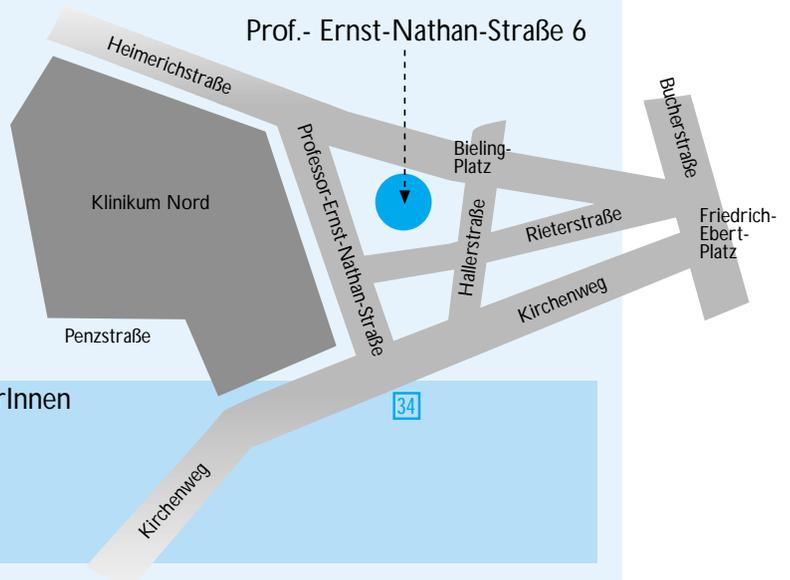
Zusätzliches: Hinweis auf Eltern-Selbsthilfegruppen

Zugang: nur durch Überweisung des behandelnden Kinderarztes möglich
Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Klinikum Nord

Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Ambulanz

Professor-Ernst-Nathan-Straße 6
90340 Nürnberg
Tel.: 0911/39 82 800
Fax: 0911/39 83 261
e-mail: kujp@klinikum-nuernberg.de



Berufsgruppen: Kinder- und JugendpsychiaterInnen
Diplom-PsychologInnen
Diplom-SozialpädagogInnen
ErgotherapeutInnen
Motopäde

Schwerpunkt: Diagnostik und Therapie

Diagnostik: umfangreiche psychologische Diagnostik
kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung
(incl. körperlich-neurologischer Entwicklungsstand)
EEG
motopädische Abklärung

Beratung und Therapie: psychotherapeutische Einzeltherapie des Kindes (verhaltenstherapeutisch; tiefenpsychologisch; systemisch)
Familientherapie
Erziehungsberatung für Eltern
Beratung für ErzieherInnen / LehrerInnen
Ergotherapie
Motopädie in Kleingruppe
ggfs. medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat (z.B. „Ritalin“) oder Neurolepticum (z.B. „Dipiperon“)

Zusätzliches:

Zugang: direkte Anmeldung möglich
kostenfrei (Versicherungskarte der Krankenkasse wird benötigt)



Herausgeber:
Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt
Text und Redaktion:
Arbeitskreis ADS unter Federführung
des Beratungszentrums für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten
und Behinderungen am Gesundheitsamt
Design: Herbert Kulzer (Stadtgrafik Nürnberg)
Druck: Druckerei Rumpel oHG