

fasd
Deutschland
aufklären • beraten • helfen



Unberechenbar ?!

**19. FASD Fachtagung in Hamburg
29./30. September 2017**

veranstaltet unter der Schirmherrschaft von
Frau Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences**



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

Michael Klein

**Kinder suchtkranker Eltern –
Entwicklungsrisiken,
Psychopathologien, und
Ressourcen.**

**Hamburg, 29. September
2017**

Vorbemerkung:

Suchtstörungen gehören zu den wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen. Bei **Männern** sind Suchtstörungen mit bis zu 24% Lebenszeitprävalenz die häufigste einzelne psychische Störung (Zucker et al., 2005)
– Die Frage nach ihren Auswirkungen auf die Familie, insbesondere Kinder, sollte Regel und nicht Ausnahme sein.

Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, 675 - 676):

- (1) Alkohol wird häufig in **größeren Mengen oder länger** als beabsichtigt konsumiert.
- (2) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, **den Alkoholkonsum zu verringern**.
- (3) **Hoher Zeitaufwand**, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
- (4) **Craving** oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.
- (5) Wiederholter Alkoholkonsum, der zu **einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen** bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- (6) Fortgesetzter Konsum trotz **ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme**, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.
- (7) **Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten** werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- (8) Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in **denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung** führt.
- (9) Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis **eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems**, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird.
- (10) **Toleranzentwicklung**, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.
- (11) **Entzugssymptome**, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol.
 - b. Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Die Alkoholkonsumstörung („Sucht“) wird in drei Schweregraden diagnostiziert:

F10.10 Leicht: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt.

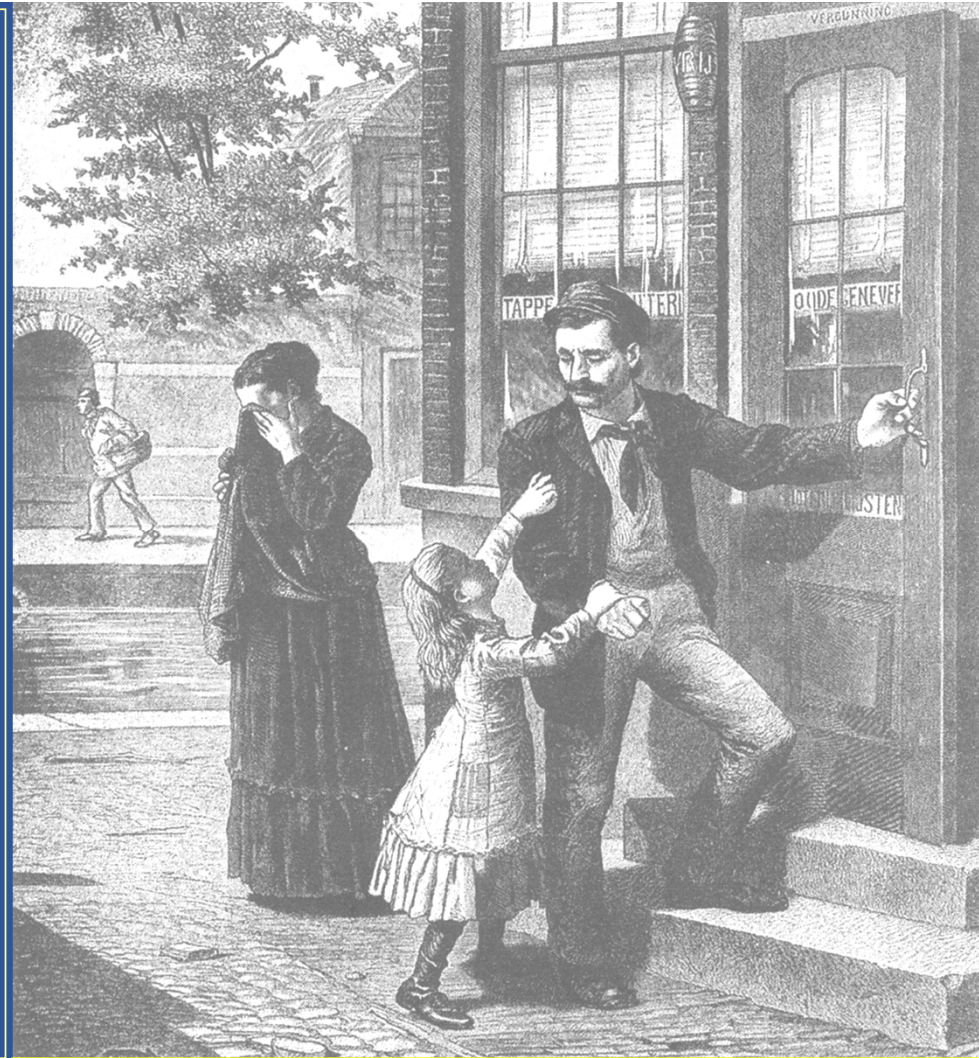
F10.20 Mittel: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt.

F10.30 Schwer: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

Kinder suchtkranker Eltern – Entwicklungsrisiken, Psychopathologien und Ressourcen

1. Hintergründe des Themas, historische und klinische Beispiele

**„Addiction runs in Families“ →
Parentifizierung,
Familienkonflikte,
Beschämung →
„Die Generationen-
grenzen sind
alkohollöslich“ .
„Von Anfang an“ heißt
die Transgenerationalität
(die transgenerationalen
Zirkel) erfolgreich zu
verändern.**



**Mäßigkeitsbewegung,
Amsterdam, ca. 1880**

**Direkte und indirekte Effekte
können Kinder Suchtkranker betreffen**



**Direkte (substanzbezogene)
Effekte:**

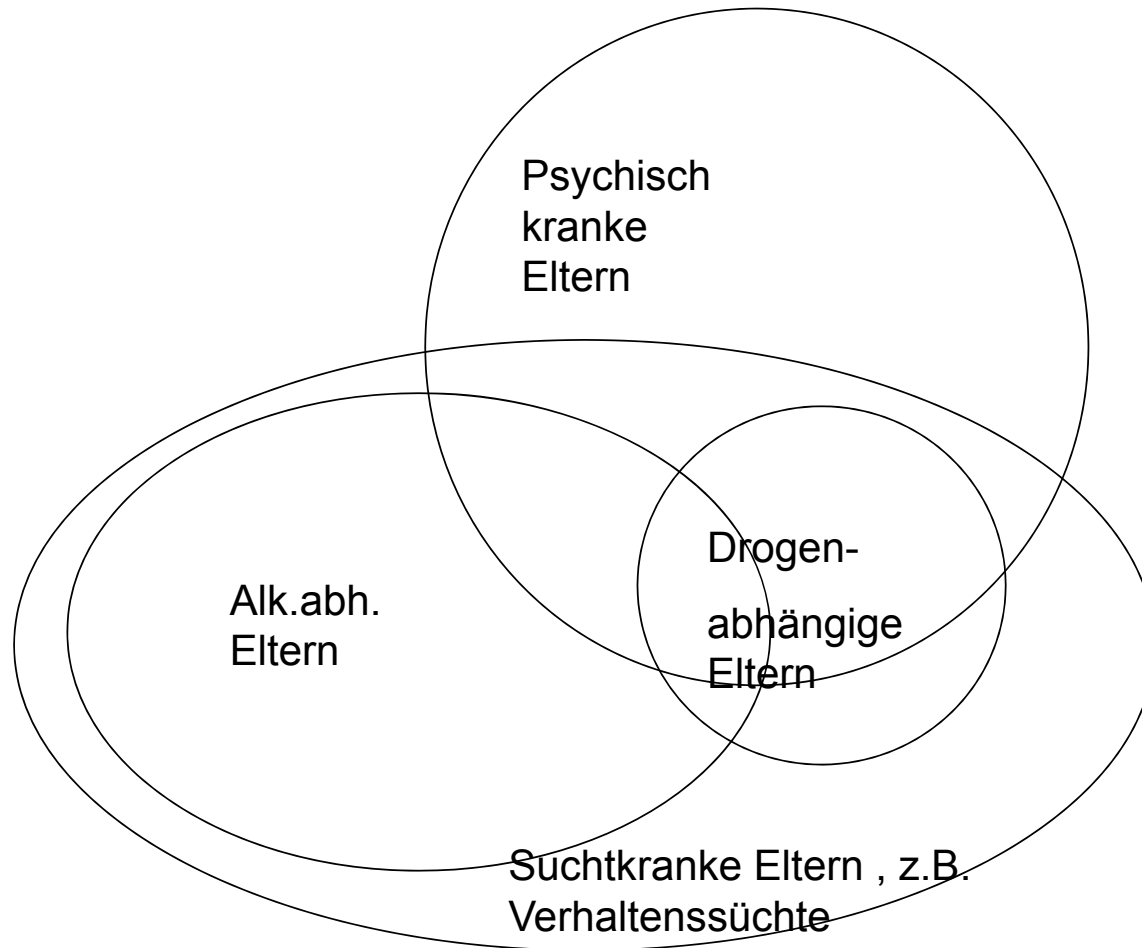
- Behinderungen und Retardierung durch FAS(D)
- Retardierung durch andere Substanzwirkungen (z.B. Tabakrauchen)
- Neonatales Abstinenzsyndrom
- Früh- und Fehlgeburtlichkeit
- Schädigung durch Alkoholvergiftungen in Kindheit und Jugend



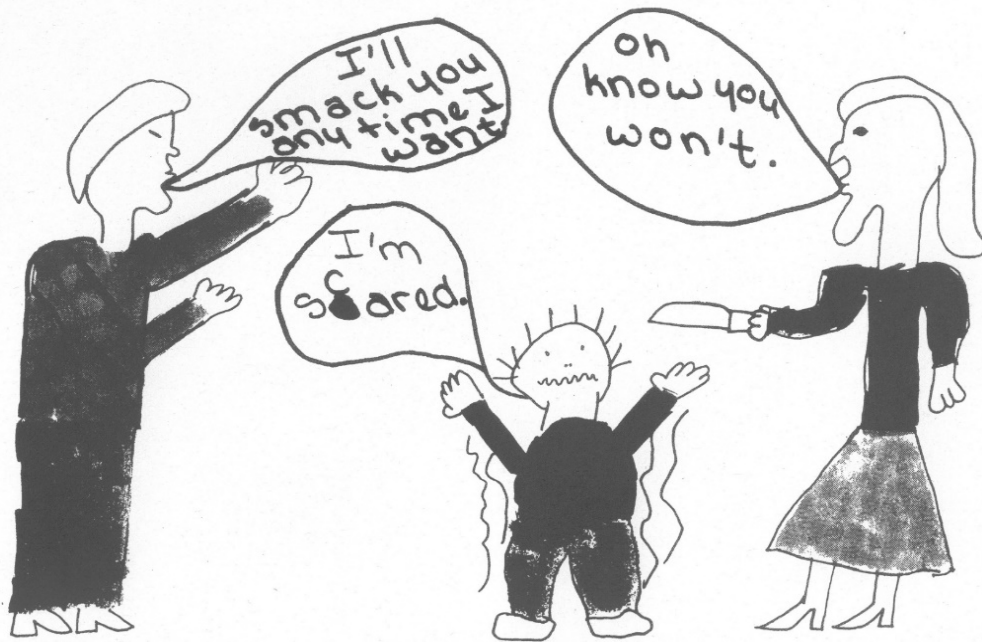
Indirekte (psychosoziale) Effekte:

- Familiäre Gewalt
- **Unfälle, Verletzungen**
- Broken home
- Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch
- Soziale Isolation, sozialer Abstieg
- Familiäre Disharmonie
- Partnerprobleme
- Negative Familienatmosphäre
- Zahlreiche negative (kritische) Lebensereignisse
- Leistungsprobleme in der Schule

Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien

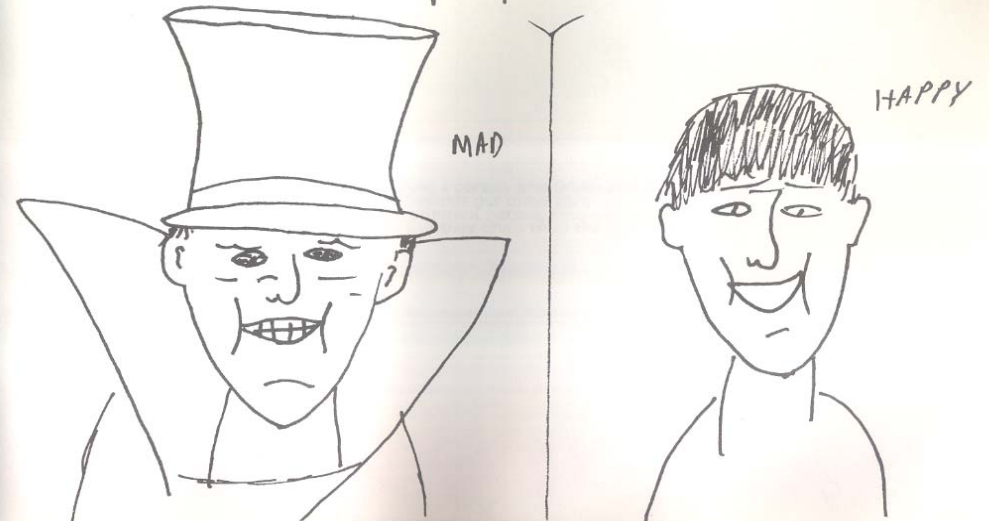


Violence come's with the Alcohol.



Claudia Black, ab ca. 1969

When my dad drinks he is two different people.



Kinderzeichnungen (Claudia Black, 1969 – 2015):
Alkoholranke Väter

Die kindliche Wirklichkeitskonstruktion und Realitätsverarbeitung sind die kritischen Weichen der langfristigen Entwicklung der betroffenen Kinder



Maren, 8 Jahre

Maren, 8 Jahre, Mutter alkoholabhängig (KIDS & Co., Bergisch Gladbach)

Nina, 12 Jahre, beide Elternteile alkoholabhängig
(Kinderseminare FK Thommener Höhe)



Kinder suchtkranker Eltern – Entwicklungsrisiken, Psychopathologien und Ressourcen

2. Konzepte, Ergebnisse, Prävalenzen

Familiale Abwehrmechanismen (insbesondere bei Alkoholstörungen)

„Mein Kind hat nichts gemerkt“.

(Typischer Satz suchtkranker Elternteile)

→ Selbstwertdienliche Attribution

→ Scham- und Schuldgefühl als zentraler intrapsychischer Prozess

→ Abwehr, Verleugnung, Verdrängung und Aggression als zentrale Reaktionen

Verhaltensstörung aufgrund pränataler Schädigung durch Alkohol (VS-PAE), vorgeschlagene Kriterien:



Abb. 2.7: Überblick über Diagnosekriterien der Verhaltensstörung aufgrund Pränataler Schädigung durch Alkohol (VS-PAE) im DSM-5 (American Psychiatric Association, APA), deutsch: Falkai et al., 2014).

Streissguth et al. (1996) fanden fünf protektive Faktoren, die zu geringeren Raten sekundärer Probleme bei FASD-Kindern führten. Dazu gehörten, (1) in einer qualitativen, stabilen Familienumgebung zu leben, (2) seltenere Veränderungen in den Lebens- und Wohnbedingungen, (3) keine häusliche Gewalt zu erfahren, (4) Hilfen für Entwicklungsstörungen und (5) eine frühe Diagnostik der Störung (< 6 Jahre).

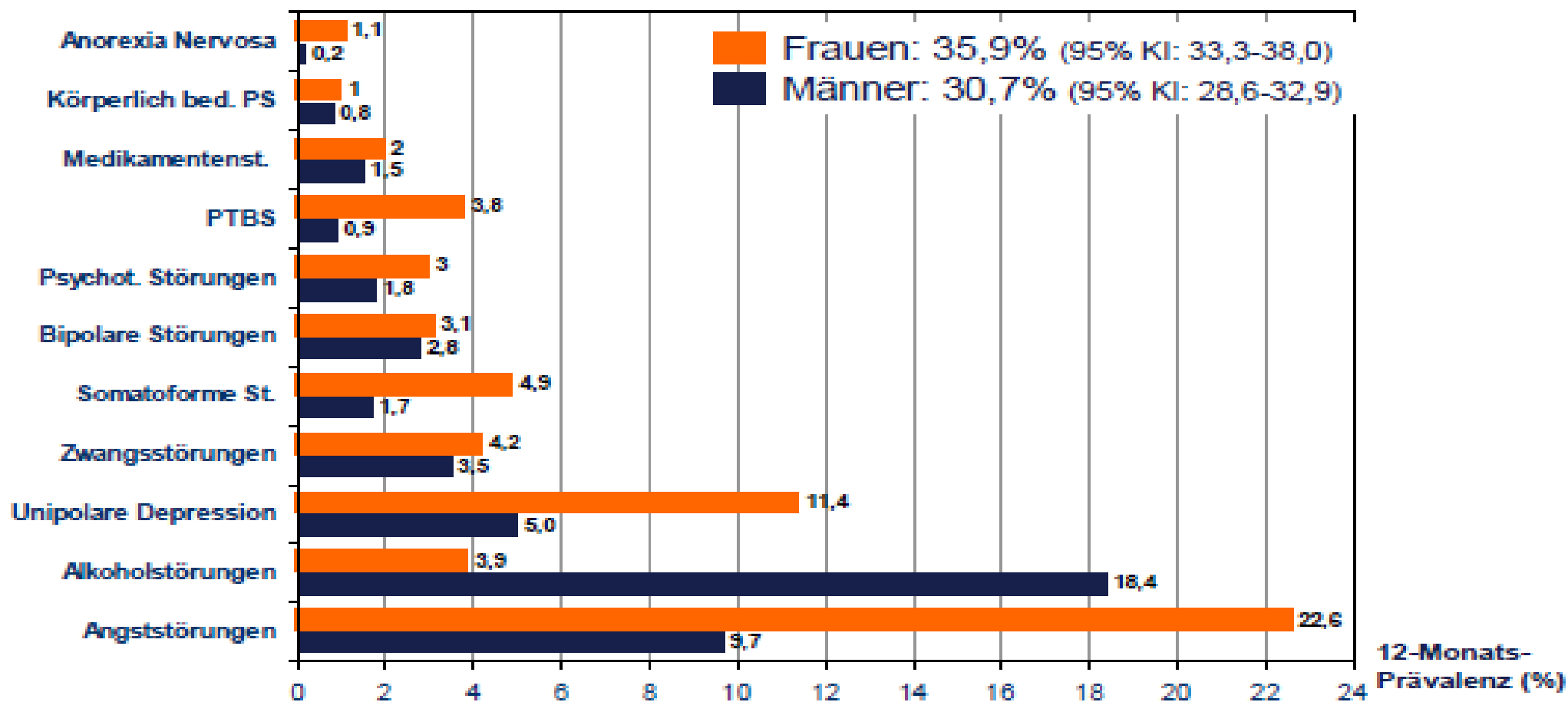
Was beeinflusst das Transmissionsrisiko (erhöhend, abschwächend) in Bezug auf Suchtstörungen?

(Hussong, 2008; Klein, 2008; Zobel, 2015)

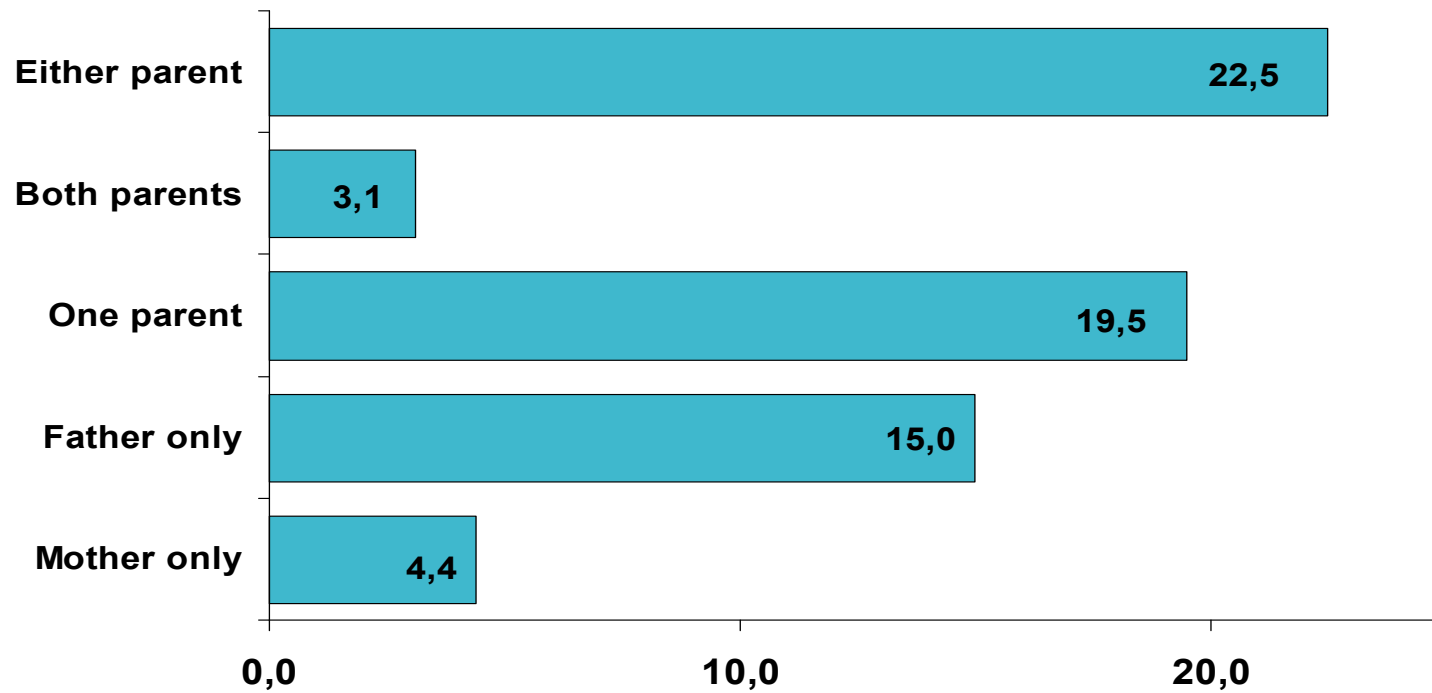
- (1) Dauer und Intensität der Exposition (prä- und postnatal)
- (2) Schwere der elterlichen psychischen Störung
- (3) Genetisches Risiko (Vulnerabilität; Reagibilität) und epigenetische Effekte
- (4) Alter des Kindes bei der Exposition
- (5) Stressbewältigungskompetenzen/Resilienzen
- (6) Kranke/gesunde Modellpersonen (vor allem Verwandte) im Umfeld
- (7) Intermittierende Lebensereignisse (z.B. Gewalt, Traumatisierung)
- (8) Mangel an elterlicher Kompetenz (z.B. Einfühlsamkeit, Wärme, sichere Bindung)



Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen



Frequency of alcohol problems in parents
(N = 2.427; Lifetime, %w; source: EDSP-study; Lieb et al., 2006)



Ausgangslage und Fakten

In Deutschland leben:

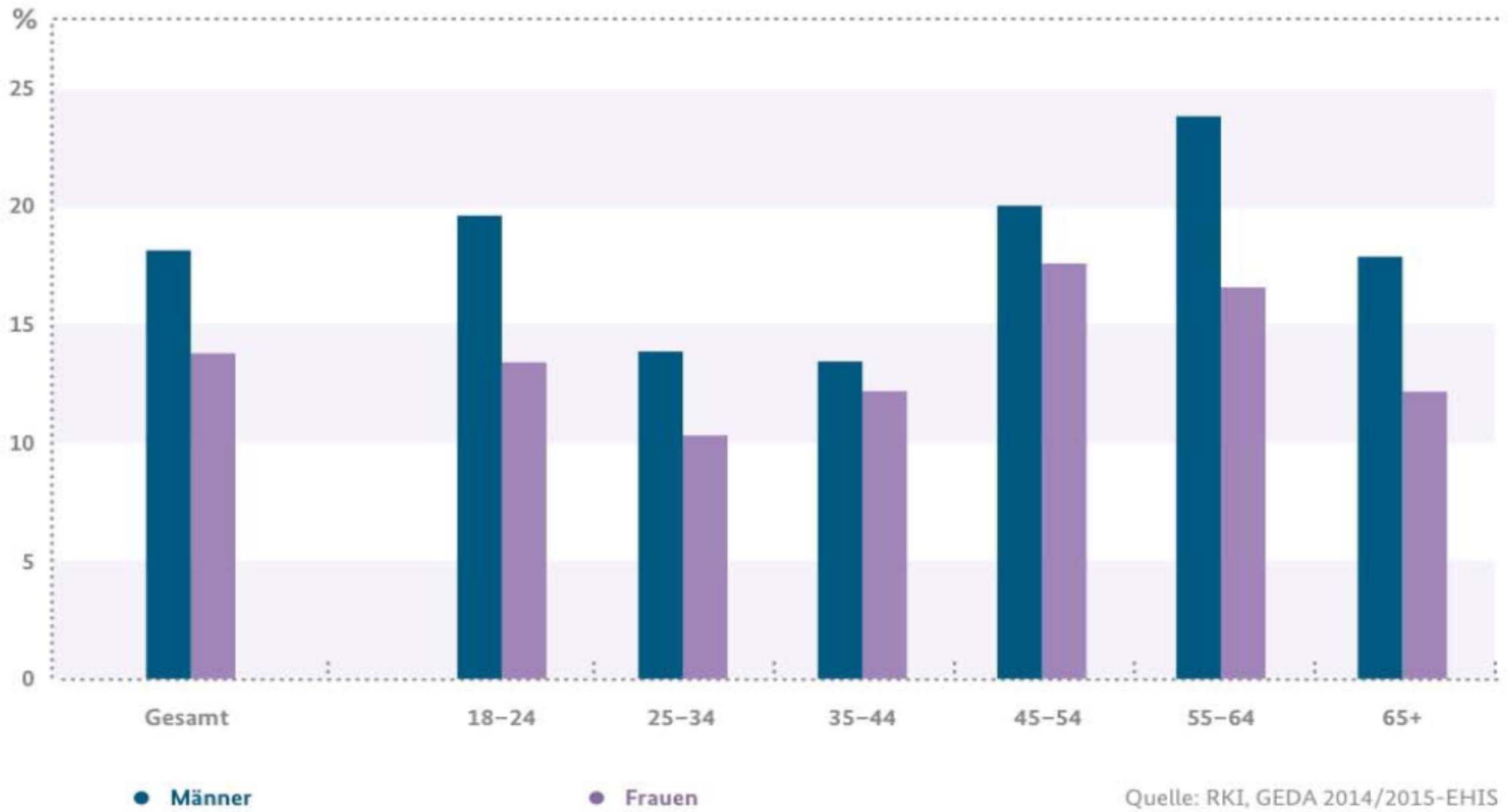
2.65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist (Lachner & Wittchen, 1997; Klein, 2005)

ca. 50.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil

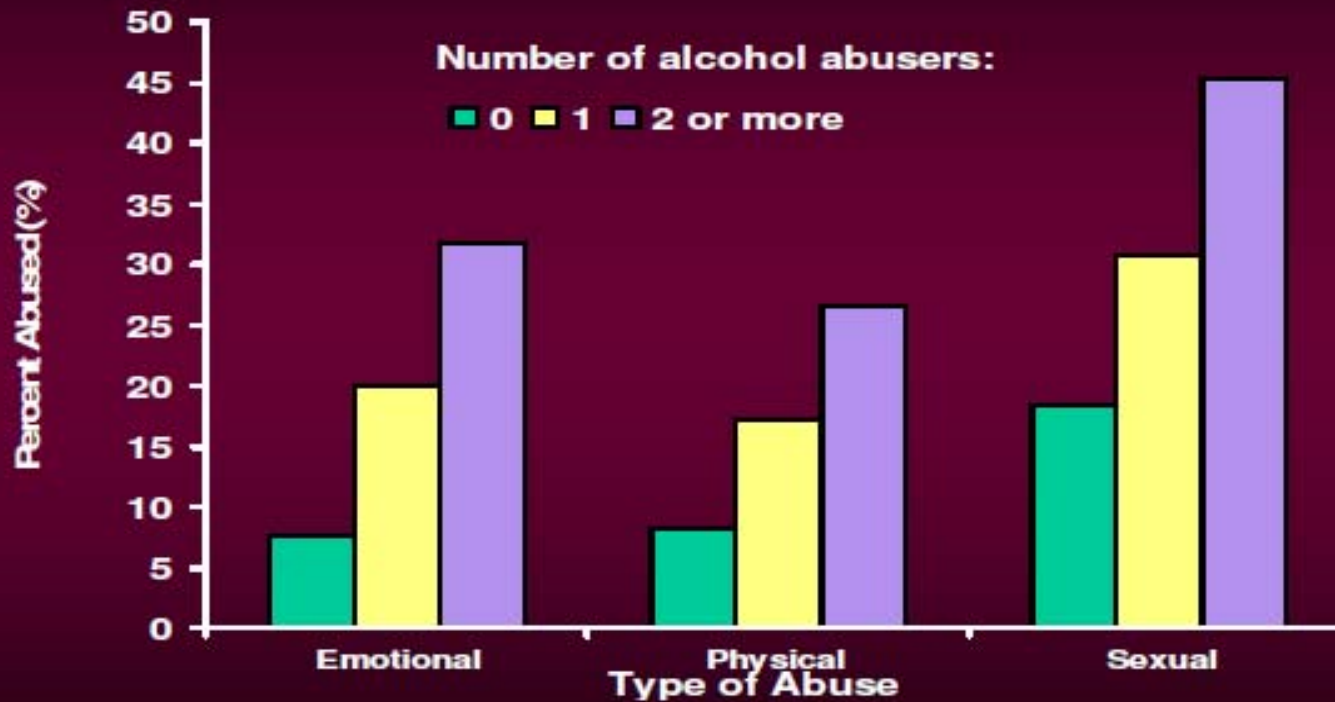
d.h.: es geht insgesamt nicht um eine gesellschaftliche kleine Randgruppe, sondern um eine substantielle Gruppe von Kindern, die ein deutlich erhöhtes negatives Entwicklungsrisiko aufweisen. Die gesunde Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern ist ein prioritäres Public-Health-Thema.

ABBILDUNG 09:

ALKOHOLKONSUM VON FRAUEN UND MÄNNERN STRATIFIZIERT NACH ALTERSGRUPPEN



Alcohol Abuse in the Home and the Risk of Childhood Abuse



Anda (2007)

Bindungsmuster bei psychisch kranken Müttern (Cicchetti et al., 1995)

Erkrankung der Mutter	Anteil unsicherer Bindung bei Kindern
schwere Depression	47%
leichte Depression	24%
bipolare Depression	79%
Schwere Angsterkrankungen	80%
Alkoholmissbrauch	52% (davon 35% ambivalent)
Drogenmissbrauch	85% (davon 75% ambivalent)

In einer suchtbelasteten Familie oder Partnerschaft zu leben, bedeutet vor allem psychischen Stress: Alltags- und Dauerstress. Es entstehen oft dysfunktionale Copingmuster.

Formen des Familienstress (Schneewind, 1991, 2006):

(I) dysfunktional

(1) Duldungsstress („Ich kann dem Druck und Stress nicht ausweichen, halte ihn aber nicht aus“)

(2) Katastrophenstress („Ich weiß nie, was passieren wird. Das macht mir so viel Angst, dass ich andauernd daran denken muss“)

(II) funktional

(3) Bewältigungsstress („Auch wenn es schwer ist, ich werde es schaffen und überleben“)

Hauptsymptome alkoholbelasteter Partnerschaften und Familien: Stress und Volatilität

Im Einzelnen:

- Stabilität der Instabilität
- Unberechenbares Verhalten des Suchtkranken wird durch übermäßige Verantwortungsübernahme der Partnerin kompensiert. In der Summe herrscht meist lange Homöostase
- Kontrollzwang, Kontroll eskalation, Kontrollverlust
- Übermäßige Frequenz emotionaler, physischer und sexueller Gewalt
- Chronisch belastete Atmosphäre („schleichendes Gift“)
- Verlusterlebnisse, Diskontinuitäten, Brüche

Relative Wahrscheinlichkeiten (OR) für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen

Elterliche Probleme mit Alkohol	Männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit	Weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit
Nur Vater	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter	3.29 ***	15.94 ***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

** : $p < .01$; *** : $p < .001$.

aus: Lachner & Wittchen (1997, 69).

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche	Odds ratio
Nur Vater	Phobische Störung	1.79
Nur Mutter		2.38
Beide		4.12
Nur Vater	Generalisierte Angststörung	3.13
Nur Mutter		4.56
Beide		6.58
Nur Vater	Posttraumatische Belastungsstörung	5.53
Nur Mutter		5.15
Beide		14.77

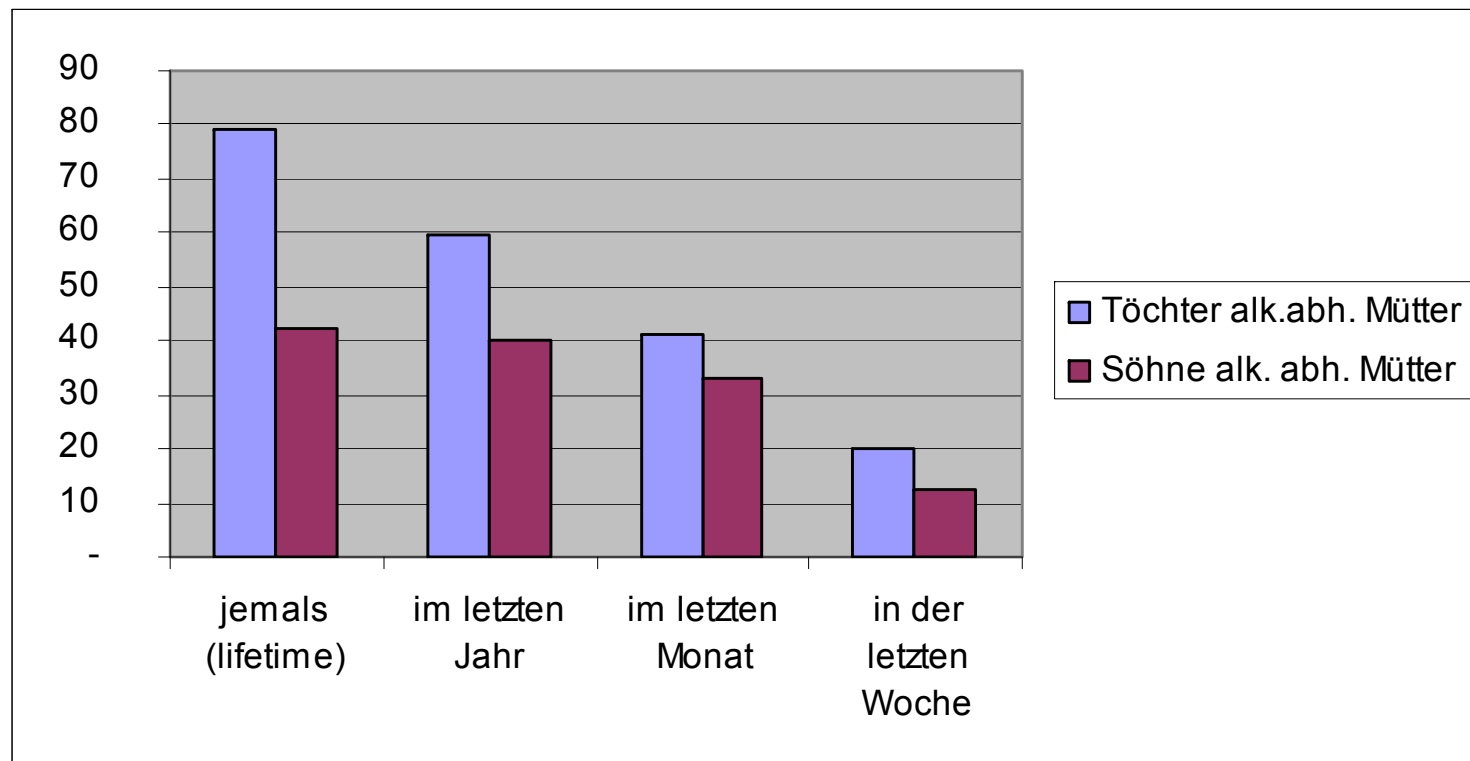
Hast Du manchmal Angst vor der Mutter?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Mutter	13 (38.2%)	21 (61.8%)	34
Mutter und Vater	7 (58.3%)	5 (41.7%)	12
Kontrollgruppe	0 (0.0%)	59 (100.0%)	59

N= 251; 11- bis 16-Jährige aus repräsentativer Stichprobe; Klein et al., 2011

Betrunkenheitserfahrungen von Töchtern und Söhnen alkoholabhängiger Mütter (N = 93)

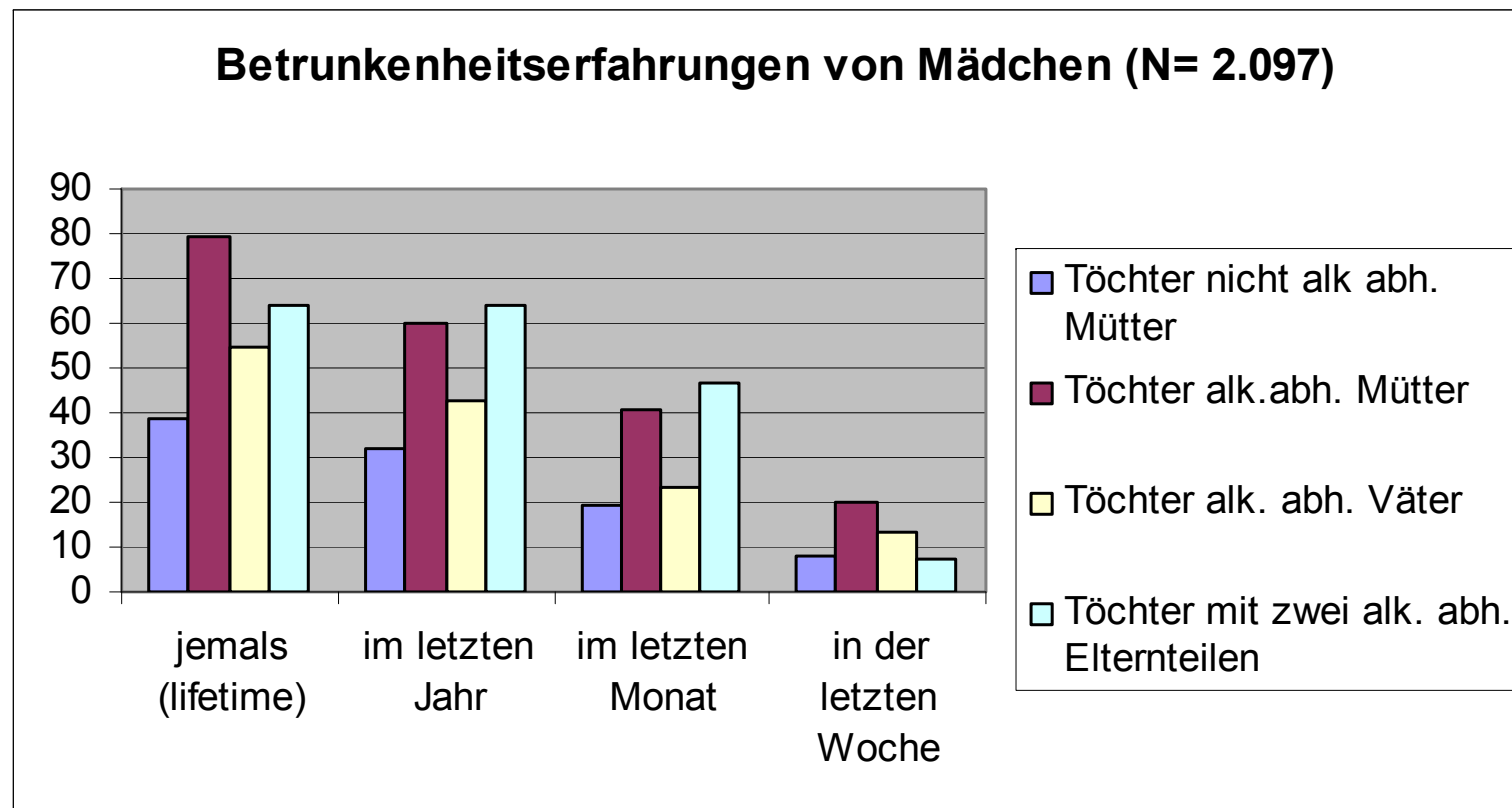
Durchschnittsalter: 14,2 Jahre



Kölner Jugendmonitoring (2006-2008)

Kölner Jugendmonitoring (2006-2008)

Durchschnittsalter: 14,2 Jahre



Forschungsfrage Nr. 1: Mehrgenerationale Effekte?

Konsequenz: Suchtstörungen können über mehrere Generationen verlaufen (aufgrund biopsychosozialer Bedingungen). Es gilt diese mehrgenerationale Risiken zu erkennen und entsprechende präventive Hilfen zu entwickeln.

Noch wenig bekannt ist, „dass ein substantieller Teil der FASD-Betroffenen eine Suchtproblematik entwickelt (29% der 12- bis 20- Jährigen und 46% der Erwachsenen; Streissguth et al. 1996, 2004). Der Anteil von Menschen mit FASD an der Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen könnte damit... im zweistelligen Bereich liegen“.

(Hennicke, Klein & Becker, 2015, 4).

**Prä- und postnatale Perspektive müssen zusammenwachsen
Präventions- und Hilfesysteme sollten nicht nur inter- bzw.
transdisziplinär, sondern auch transnatal und
mehrgenerational orientiert sein, dh. die vor- und
nachgeburtliche Perspektive und mehrere Generationen
umfassen.**

**Dies würde einen engen Austausch medizinischer,
therapeutischer und pädagogischer/präventiver Dienste
bedeuten.**

Forschungsfrage Nr. 2: Welche prä- und postnatalen Effekte einer mütterlichen Suchterkrankung?

Konsequenz: Pränatale Effekte müssen noch stärker erforscht werden. Aber auch das Zusammenwirken und die Wechselwirkungen zwischen prä- und postnatalen Effekten (Risiken) sind stärker in den Blick zu nehmen.

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

Multipler Substanzkonsum:

**„Der schädigende Effekt von Alkohol auf das Ungeborene wird potenziert durch Amphetamine oder multiplen Drogenabusus“
(Landgraf & Heinen, 2017, 35).**

Kinder suchtkranker Eltern – Entwicklungsrisiken, Psychopathologien und Ressourcen

3. Prävention, Frühintervention, Hilfen

Resilienz

- Psychische **Widerstandsfähigkeit** von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gegenüber biologischen, psychischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken
- Resilienz = (1) **signifikante Bedrohung** + (2) **erfolgreiche Bewältigung** der Lebensumstände inkl. Bewältigung altersangemessener Entwicklungsaufgaben
- Entsteht durch **Interaktionsprozess** zwischen Kind und Umwelt
- **Resilienz ist veränderbar** und nicht in allen Situationen gleich
- ➔ **Ansatzpunkt für Interventionen (Prävention, Förderung, Training, Beratung)**

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken I (nach Wolin & Wolin, 1995)

- **Ahnung, Wissen, Einsicht**, z.B. dass mit der drogenabhängigen Mutter etwas nicht stimmt
- **Unabhängigkeit**, z.B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
- **Beziehungsfähigkeit**, z.B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
- **Initiative**, z.B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken II

- **Kreativität**, z.B. in Form von künstlerischem Ausdruck
- **Humor**, z.B. in Form von Ironie und selbstbezogenem Witz als Methode der Distanzierung
- **Moral**, z.B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Merke: Neben der Individualresilienz (z.B. von Kindern) ist die Familienresilienz (Walsh, 2006) zu fördern. Diese betrifft die Stressresistenz des ganzen Lebenssystems (z.B. durch Förderung gesunder und heilsamer Rituale) oder relevanter Subsysteme.

Zentrale Familienresilienzen (Walsh, 2003, 2006)

Organisationsprozesse

Verbundenheit

Flexibilität

Struktur

Rituale

Mobilisierung von materiellen Ressourcen

Mobilisierung von sozialen Ressourcen

Kooperation mit Hilfesystemen

Kommunikationsprozesse

Gute Kommunikation

Offener emotionaler Austausch

Gemeinsames Problemlösen

Geteilte Glaubenssysteme von Familien

Widrigkeiten Sinn geben

Positive Zukunftssicht

Proaktive Haltung

Gelernter Optimismus

Narrative Kohärenz

Gelernter Optimismus

Transzendenz und Spiritualität

Forschungsfrage 3:

**Welche Resilienzen weisen FASD-Kinder
(ähnlich/unterschiedlich zu Kindern suchtkranker Eltern) auf?**

**Konsequenz: Zeigen sich FASD-Kinder resilient, sind diese
Möglichkeiten in Präventionsprogrammen systematisch
nutzbar.**

www.encare.info / www.encare.at /
www.encare.de



HILFE BEI PROBLEMELTERN

Du suchst nach einem Ansprechpartner für Deine Probleme?
Dann schreib uns! Wir sind gerne für Dich da.
www.kidkit.de



Gewalt



Ein Kooperationsprojekt von



Sucht

Wir helfen Dir ...

KID
KIT



Glücksspielsucht

... wenn Deine Eltern **suchtkrank** sind, sich **gewalttätig** verhalten oder **psychische Probleme** haben.

Kidkit hilft

- **Du bist deprimiert**, weil Dein Vater oder Deine Mutter zu viel Alkohol trinken oder Drogen nehmen?
- **Du schämst Dich**, weil Dein Vater oder Deine Mutter Zocker sind?
- **Du bist verzweifelt**, weil Du in Deiner Familie Gewalt erlebst?
- **Du machst Dir Sorgen**, weil Deine Eltern psychisch krank sind?

Kidkit wirkt

- Hol Dir **Infos** zu den Themen Sucht, Glücksspielsucht, Gewalt und psychische Erkrankungen in der Familie.
- Tausch Dich mit anderen Kindern und Jugendlichen auf unserer **Pinnwand** aus.
- Nutze unsere **anonyme Online-Beratung** für Deine Fragen und Sorgen.
- Schreib uns im wöchentlichen **Chat** und erhalte direkt eine Antwort.



Psychische Erkrankung

@ Schreib uns auf
www.kidkit.de

FÜR MEINE FAMILIE & MICH OHNE CRYSTAL



SHIFT

Elterntraining

Crystal Meth beeinflusst unser Verhalten...
auch unseren Kindern gegenüber.

SHIFT hilft Eltern, die Erfahrungen mit Crystal Meth
haben, das Zusammenleben mit ihrer Familie
zu verbessern und mit Schwierigkeiten in der Erziehung
erfolgreich umzugehen.



www.shift-elterntraining.de

 Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung

 Katho

Gefördert durch:

 Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestag

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel. trampolin

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel. trampolin

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel. trampolin

Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder, das nachhaltigen Wandel.



Konzeption

Modular aufgebautes ambulantes Gruppenangebot

- Alter der Kinder von 8 bis 12 Jahren
- Eine Person als Kursleiter/-in
- Angestrebte Gruppengröße: 6-8 Kinder
- Wöchentliche Treffen für eine Zeitdauer von etwa 9 Wochen
- Umfasst 10 Module á 90 Minuten:
 - 9 Gruppentreffen für die Kinder
 - 1 Elternmodul, aufgeteilt auf zwei Abende

Trampolin: Modulinhalte

10. Eltern sensibilisieren und stärken (Teil 1)

9. Positives Abschiednehmen

8. Hilfe und Unterstützung einholen

7. Verhaltensstrategien in der Familie erlernen

6. Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen

5. Mit schwierigen Emotionen umgehen

4. Wissen über Sucht und Süchtige vergrößern

3. Über Sucht in der Familie reden

2. Selbstwert/positives Selbstkonzept stärken

1. Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen

10. Eltern sensibilisieren und stärken (Teil 2)

Ziele der Intervention

Kinder:

- Erlernen effektiver **Stressbewältigungsstrategien** (Umgang mit Emotionen, Problemlösestrategien in der Familie, Hilfesuchverhalten)
- Reduzierung der **psychischen Belastung** durch Auflösung des Tabuthemas Sucht
- Erhöhung des **Kenntnisstandes** der Kinder zur Wirkung von Alkohol/Drogen und dem Effekt von Sucht auf die betroffene Person und deren Familie
- Erhöhung des **Selbstwerts**/Aufbau eines positiven **Selbstkonzepts**
- Erhöhung der **Selbstwirksamkeitserwartung**

Hilfreiche Kompetenzen der Fachkräfte

- **Besondere Empathie für die Lebenserfahrungen und Verhaltensweisen von Kindern aus suchtbelasteten Familien („suchtspezifische Empathie“)**
- **Förderung von Motivation, Kompetenzen und Resilienzen**
- **Umgang mit Ambivalenzen und „Widerstand“**
- **Auflösung der bzw. Abkehr von nicht evidenzgesicherten Mythen (z.B. bezüglich Therapiezielen, Rückfall, „Co-Abhängigkeit“)**

Konsequenzen

Für Kinder in suchtblasteten Familien sind Maßnahmen notwendig, die ...

- (1) früh einsetzen (**Frühintervention**)
- (2) das vorhandene Risiko adäquat wahrnehmen und bearbeiten (**selektive Prävention**)
- (3) mehrere Generationen überblicken (**transgenerationale Prävention**)
- (4) umfassend und dauerhaft sind (**Case Management**)
- (5) die ganze Familie einschließen (**Familienberatung und/oder –therapie**)
- (6) die Motivation zu guter Elternschaft und Suchtbewältigung verknüpfen (**Motivational Interviewing**)
- (7) die Resilienzen fördern bzw. entwickeln (**Ressourcenorientierung**)
- (8) regional und lebensweltorientiert sind (**Verantwortungsgemeinschaft**)

Kindeswohl als Leitmotiv

(„child protection and mental health mainstreaming“ → „Health in all policies“)

Das Kindeswohl muss als prioritäres Leitmotiv in allen
Hilfebereichen verankert und umgesetzt werden.

Dies betrifft Kinder- und Jugendhilfe ebenso wie Prävention,
Psychiatrie, Psychotherapie und Suchthilfe.

Ohne Kindeswohl langfristig keine gelingende Entwicklung und
keine Reduktion der Zahl psychischer Störungen.

Suchtstörungen spielen dabei eine zentrale Rolle, da süchtiges
Verhalten meist zur Selbstmedikation von frühen Verhaltens- und
Erlebensstörungen eingesetzt wird.

Michael Klein

Kinder und Suchtgefahren

Risiken
Prävention
Hilfen

Mit einem Geleitwort von
Sabine Bätzing



 Schattauer


Thomasius • Schulte-Markwort • Küstner • Riedesser

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Das Handbuch:
Grundlagen und Praxis

Mit Geleitworten von Sabine Bätzing
und Dietrich Wersich



 Schattauer

Michael Klein · Diana Moesgen
Sonja Bröning · Rainer Thomasius

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Das „Trampolin“- Programm



HOGREFE 

DE GRUYTER

*Gela Becker, Klaus Hennicke,
Michael Klein (Hrsg.)*

SUCHTGEFÄHRDETE ERWACHSENE MIT FETALEN ALKOHOL- SPEKTRUM- STÖRUNGEN

DIAGNOSTIK, SCREENING-ANSÄTZE UND
INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN

*Unter Mitarbeit von
Mirjam N. Landgraf*

DE
G

Pädiatrische Neurologie
Herausgegeben von Florian Heinen

Mirjam N. Landgraf
Florian Heinen

**Fetale Alkohol-
spektrumstörungen**
S3-Leitlinie zur Diagnostik

Kohlhammer

Relevante Internetadressen

www.addiction.de

www.disup.de

www.kidkit.de

www.nacoa.de

www.encare.info bzw. www.encare.de bzw. www.encare.at

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de