

Crystal Meth und Familie II

Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz



Abschlussbericht

an das Bundesministerium für Gesundheit

über die Projektlaufzeit vom

01. März 2016 bis 31. Dezember 2018

Vorgelegt von:

Prof. Dr. Michael Klein

Dipl. Psych. Janina Dyba

Dr. Diana Moesgen

Köln, den 29.03.2019

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1. Titel und Verantwortliche

Projekttitel:	Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2516DSM202
Fördersumme:	260.435,00 €
Projektleitung:	Prof. Dr. Michael Klein
Projektmitarbeitende:	Dr. Diana Moesgen Dipl.-Psych. Janina Dyba
Kontakt:	Prof. Dr. Michael Klein (Projektleiter) Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW) Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) Wörthstr. 10 50668 Köln Tel.: 0221 - 7757 - 156 Fax: 0221 - 7757 - 180 E-Mail: mikle@katho-nrw.de
Projektlaufzeit:	01.03.2016 –31.12.2018
Erstellungsdatum	29.März 2019

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche.....	2
2. Inhaltsverzeichnis.....	3
3. Zusammenfassung.....	6
4. Einleitung	7
4.1 Ausgangslage	7
4.1.1 Methamphetamin („Crystal Meth“) in Deutschland.....	7
4.1.2. Methamphetaminbelastete Familien	9
4.1.3 Suchtspezifische Elterninterventionen	11
4.2 Projektziele und Indikatoren zur Zielerreichung.....	15
4.3 Projektstruktur.....	17
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	19
5.1 Datenerhebung und –auswertung	19
5.1.1 Forschungsdesign.....	19
5.1.2 Prozessevaluation.....	19
5.1.3 Wirksamkeitsevaluation	20
5.1.4 Datenauswertung	24
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	25
6.1 Arbeits- und Zeitplan.....	25
6.2 Projektverlauf.....	28
6.3 Besondere Herausforderungen im Projektverlauf.....	40
7. Ergebnisse	41
7.1 Ausgangslage und Stichprobe.....	41
7.1.1 Soziodemografische Merkmale.....	41
7.1.2 Erfahrungen mit dem Hilfesystem	42
7.1.3 Substanzkonsum.....	43
7.1.4 Psychische Symptombelastung	44
7.1.5 Elternstress	44
7.1.6 Erziehungsverhalten	46
7.1.7 Familie und Resilienz	47
7.1.8 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	48
7.2 Ergebnisse der Prozessevaluation	50
7.2.1 Merkmale der Trainerinnen und Trainer.....	50
7.2.2 Evaluation der Clearingphase.....	51
7.2.3 Evaluation des SHIFT-Elterntrainings aus Sicht der Fachkräfte	55
7.2.4 Evaluation des SHIFT-Elterntrainings aus Sicht der Eltern.....	60

7.3 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation	64
7.3.1 Haltequote und Modulteilnahmen	64
7.3.2 Substanzkonsum.....	66
7.3.3 Psychische Symptombelastung	68
7.3.4 Elternstress	72
7.3.5 Erziehungsverhalten	76
7.3.6 Familie und Resilienz	78
7.3.7 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	82
7.3.8 Drop Out-Analysen.....	86
7.3.9 Zusammenfassung der Wirksamkeitsevaluation.....	87
8. Gesamtdiskussion.....	90
9. Gender Mainstreaming Aspekte.....	92
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit	94
10.1 Vorträge und Publikationen	94
10.2 Abschlusstagung	94
11. Verwertung der Projektergebnisse	95
12. Publikationsverzeichnis	97
12.1 Kongressbeiträge und Vorträge.....	97
12.2 Publikationen	98
13. Literaturverzeichnis	99
14. Anlagen	104
14.1 Tabellenverzeichnis	104
14.2 Abbildungsverzeichnis	107

Vorbemerkung

Unser Dank gilt zunächst allen Beteiligten, die zum Gelingen des Forschungsvorhabens beigetragen haben.

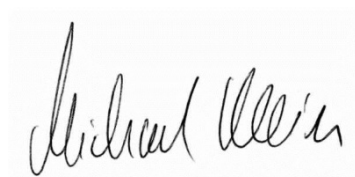
Wir bedanken uns beim Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Förderung des Projekts. Herzlich danken möchten wir an dieser Stelle außerdem allen Praxiseinrichtungen, die maßgeblich zum Erfolg des Projektes beigetragen haben: Der Drogenberatungsstelle der Stadtmission Chemnitz, der Jugend- und Suchtberatungsstelle der Stadt Dresden, den Radebeuler Sozialprojekten, der Suchtberatungsstelle sowie Erziehungs- und Familienberatungsstelle der Diakonie Gera, dem Suchtzentrum Leipzig, der SBB Alternative II des Zentrums für Drogenhilfe des städtischen Klinikums St. Georg in Leipzig, dem Suchthilfezentrum für Mutter und Kind Wendepunkt, dem Diakonischen Beratungszentrum Vogtland gGmbH, der Brücke Plauen e.V. und der Suchtberatungsstelle sowie sozialpädagogischen Familienhilfe der Caritas in Zwickau.

Ohne das Engagement aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxiseinrichtungen und der Stellen- und Bereichsleitungen wäre ein erfolgreicher Abschluss des Projektes nicht möglich gewesen.

Ein besonderer Dank gilt selbstverständlich auch allen teilnehmenden Eltern, die bereit waren sich im Rahmen des Elterntrainings praktisch einzubringen und persönliche Informationen und Erfahrungen zu teilen.

Köln, im März 2019

Im Namen aller Projektmitarbeitenden

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael Klein', is shown on a light gray background.

Prof. Dr. Michael Klein

3. Zusammenfassung

Erste Befunde zur Lebenssituation und zu den Hilfebedarfen methamphetaminbelasteter Familien in Deutschland präsentierten eine prekäre Situation der betroffenen Eltern und deren Kinder. Neben einer psychosozialen und sozioökonomisch ungünstigen Situation, erwies sich insbesondere das elterliche Verhalten gegenüber den Kindern als hoch problematisch - auch aufgrund der spezifischen Substanzwirkung. Betroffene Eltern beschreiben grundsätzlich große Schwierigkeiten und Herausforderungen in ihrer Rolle, insbesondere im Hinblick auf eine angemessene und konsequente Erziehung. Auf Seiten der Kinder sind externalisierende sowie internalisierende Symptombelastungen präsent, ebenso wie Parentifizierung und soziale Probleme.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es in Deutschland jedoch kaum evidenzbasierte, elternzentrierte Interventionen, die sich ausdrücklich an Suchtkranke richten. Speziell mangelt es aktuell an einer Intervention, die (1) die Spezifika der Methamphetaminabhängigkeit berücksichtigt, (2) sich an Mütter und Väter gleichermaßen richtet und (3) Resilienzmerkmale auch im familiären Kontext stärkt. Das im Rahmen des Projektes entwickelte SHIFT-Elterntraining weist eben genau diese Merkmale auf. Das Programm basiert auf aktuellen Forschungsergebnissen und bewährten sucht- und verhaltenstherapeutischen Techniken und umfasst acht Einheiten à 90 Minuten. Es richtet sich an Mütter und Väter mit Kindern von null bis acht Jahren. Inhaltlich zielt es primär auf die Stärkung elterlicher Kompetenzen, die Reflexion der eigenen Suchterkrankung im Kontext Familie und Elternschaft sowie die Förderung resilienter Merkmale innerhalb der Familie ab.

Das SHIFT-Elterntraining konnte an sieben deutschen Standorten im Rahmen einer Tandemkooperation aus Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen erfolgreich implementiert werden. Eltern erlebten das Training als sehr hilfreich für den Umgang mit Problemen innerhalb der Familie und mit ihren Kindern. Sie konnten zudem Zuversicht entwickeln, entsprechenden Schwierigkeiten zu begegnen. Auch die durchführenden Trainerinnen und Trainer empfanden die Intervention als sehr praktikabel. In der Wirksamkeitsevaluation der quasi-experimentellen Multicenter-Studie konnten positive Effekte auf das elterliche Erziehungsverhalten sowie auf die Reduktion von Substanzkonsum und drogenbezogenen Problemen gezeigt werden.

Somit zeigt sich das SHIFT-Elterntraining als wirksame und bei der Zielgruppe hoch akzeptierte Gruppenintervention, deren Einsatz im Sucht- wie Jugendhilfekontext bzw. in entsprechender Kooperation besonders geeignet ist.

4. Einleitung

4.1 Ausgangslage

4.1.1 Methamphetamin („Crystal Meth“) in Deutschland

4.1.1.1 Verbreitung von Methamphetaminkonsum

Suchterkrankungen – vor allem alkoholbezogene Störungen – gehören zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen in Deutschland (Jachertz, 2013). Eine Untersuchung der Verbreitung des Konsums von legalen und illegalen Suchtstoffen erfolgt seit den 1980er Jahren in regelmäßigen Abständen durch das Epidemiologische Suchtsurvey (ESA). Das ESA ist eine bundesweite Befragung von Personen zwischen 18 und 64 Jahren aus der deutschen Allgemeinbevölkerung, die auf schriftlichen, telefonischen und internetbasierten Erhebungen beruht. In der letzten Erhebungswelle im Jahr 2015 wurden 9.204 Männer und Frauen zum Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten befragt (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016). Den Konsum von Alkohol in diesem Befragungszeitraum berichteten 72,8 %, Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in den letzten 12 Monaten wiesen 28,3 % der Männer bzw. 9,6 % der Frauen auf. Die Ergebnisse zum Gebrauch illegaler Drogen zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz bei 6,1 % für Cannabis und bei maximal 1 % für andere Substanzen (Kokain, Amphetamin und Methamphetamin) lag.

Trotz der auf den ersten Blick gering erscheinenden Prävalenzen für Methamphetamin, wird der Konsum von Crystal Meth als eine besondere und zunehmende Herausforderung in der klinischen Versorgung betrachtet (Arnaud & Thomasius, 2017). Grundsätzlich unterliegt der Konsum von Suchtmitteln wechselnden Trends und Entwicklungen. Im Fall des Konsums von Methamphetamin ist zudem eine regionale bzw. untergruppenspezifische Betrachtung der Verbreitung erforderlich. Bundesweit berichten laut ESA 0,6 % der Befragten (0,7 % der Männer und 0,5 % der Frauen), schon einmal in ihrem Leben Methamphetamin konsumiert zu haben (Gomes de Matos et al., 2016). Bei Männern in Sachsen (3,2 %) sowie bei Frauen in Thüringen (2,1 %) lag die Prävalenz im Vergleich zur bundesweiten Verbreitung allerdings signifikant über dem Durchschnitt, ebenso wie der geschlechteraggregierte Wert in den beiden Bundesländern (1,7 bzw. 2,0 %). Eine gesonderte Betrachtung von Altersgruppen zeigte, dass sich gegenüber dem Bund (0,9 %) signifikant erhöhte Werte unter den 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und Thüringen zeigten. Von den 15- bis 17-Jährigen, die ausschließlich in Sachsen befragt wurden, berichteten 0,4 % den Konsum von Methamphetamin.

Eine Ursache für die lokale Begrenzung des hochfrequenten Gebrauchs von Methamphetamin liegt in der geographischen Nähe der Bundesländer Sachsen und Thüringen zur Grenze der Tschechischen Republik begründet. In Tschechien und auch in der Slowakei hat sich der

Methamphetaminkonsum bereits über viele Jahre etablieren können und die preisgünstig gefertigte Droge ist in grenznahen tschechischen Regionen für deutsche Konsumenten einfach verfügbar (z.B. auf sogenannten „Vietnamesenmärkten“; BKA, 2014). In der Europäischen Union wurden im Jahr 2015 von 291 illegalen Methamphetaminlabors 263 in der Tschechischen Republik aufgedeckt (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2017).

Aus dem aktuellen Bericht der Suchtkrankenhilfe Sachsen (Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren, 2018) wird deutlich, dass im Vergleich zu den bundesweiten Durchschnittswerten die F15-Diagnosen (Stimulanzien) in Sachsen um das Dreifache erhöht sind (23,8 % vs. 6,9 %). In Sachsen verbergen sich hinter diesen Diagnosen vorwiegend Problematiken in Zusammenhang mit der Substanz Crystal Meth. Zwischen 2009 und 2014 hat sich der Hilfebedarf bzw. der Beratungsanteil in den sächsischen Suchtberatungsstellen signifikant erhöht. Ein Höchststand ist mit ca. 25 % Beratungsanteil bzgl. F15-Problematik im Jahr 2014 zu verzeichnen. In den Folgejahren hat sich dieser Anteil geringfügig auf aktuell 23,8 % verringert, was auf einen stagnierenden Trend hinweist. Deutschlandweit kann ein leicht steigender Trend in der Zunahme des Beratungsanteils aufgrund von Stimulanzien festgestellt werden. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass die Diagnosekategorie F15 auch Substanzen wie Ecstasy und Amphetamine umfasst, die außerhalb von Sachsen weiterverbreitet sind. Gemäß einer Untersuchung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017) zum Methamphetamingehalt im Abwasser werden in Dresden täglich im Schnitt 136,7 Milligramm pro 1.000 Menschen Crystal Meth konsumiert, zum Vergleich sind es in Dortmund lediglich 3,7 Milligramm pro 1.000 Menschen.

4.1.1.2 Die Substanz Crystal Meth

Crystal Meth ist ein hochpotentes Psychostimulans, dessen kurzfristiger Wirkeffekt sich insbesondere in Form von Euphorie, erhöhtem Selbstbewusstsein sowie dem Gefühl gesteigerter Energie, Konzentrations- und Leistungsfähigkeit präsentiert. Das vegetative Nervensystem wird durch den Konsum stark aktiviert, das Schlafbedürfnis und der Appetit verringert.

Charakteristisch folgt der langen High-Phase oftmals ein sogenannter „Crash“, der sich durch gegenteilige Symptome wie Lethargie und Antriebslosigkeit auszeichnet. Oftmals treten auch depressive Verstimmungen auf. Appetit, sexuelles Verlangen und Schlafbedürfnis sind vermindert, Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sind eingeschränkt.

Im Zuge des Konsums von Methamphetamin besteht ein insgesamt erhöhtes Risiko für ein (persistierendes) psychotisches Erleben mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen (Rawson, Gonzales & Ling, 2012; Halkitis, 2009). Der Wunsch nach Linderung der Symptome

und das starke Craving verleiten häufig zu erneutem Konsum, das Abhängigkeitspotential der Substanz ist extrem hoch (Härtel-Petri, 2014).

Grundsätzlich sind die Langzeitfolgen des anhaltenden Konsums von Methamphetamin auf physiologischer und psychologischer Ebene als besonders kritisch zu betrachten. Neben einem massiven körperlichen Verfall (z.B. Organschäden, Zahnschädigungen) können anhaltende Persönlichkeitsveränderungen, Gefühlskälte und depressive bis suizidale Tendenzen auftreten. Die Neurotoxizität der Substanz kann darüber hinaus neuronale (insbesondere präfrontale) Schädigungen erzeugen, die oftmals exekutive und soziale Funktionen einschränken (Rawson et al., 2012; Halkitis, 2009).

4.1.2. Methamphetaminbelastete Familien

Aus den Ergebnissen der Studie von Milin, Lotzin, Degkwitz, Vertheim & Schäfer (2014) wird deutlich, dass Eltern eine besondere Subgruppe der Crystal Meth-Konsumierenden in Deutschland darstellen. Schwangerschaften und somit Elternschaft sind aufgrund des hohen Anteils weiblicher Konsumentinnen und der sexuell enthemmenden Wirkung von Crystal Meth in der Gruppe der Methamphetaminabhängigen häufig zu beobachten.

Grundsätzlich bestehen für Kinder, die in einer suchtblasteten Familie aufwachsen, oftmals sehr ungünstige Lebensbedingungen. Allein in Deutschland ist davon auszugehen, dass etwa 3 Millionen Kinder mit einer elterlichen Suchtproblematik (Alkohol und / oder illegale Substanzen) konfrontiert sind. Diese Kinder erleben häufig soziale Ausgrenzung, Vernachlässigung, instabile Beziehungserfahrungen in der Familie, wiederkehrende Trennungen von den Eltern und ungünstiges Elternverhalten. Infolgedessen zeigen sie oftmals Defizite in einer Vielzahl von Entwicklungsbereichen (z.B. sozial, kognitive, emotional) und es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer eigenen Sucht- oder psychischen Erkrankung (Klein, Thomasius & Moesgen, 2017).

Suchtblastete Familien im Kontext von Crystal Meth sind bislang relativ wenig erforscht worden. So gibt es zum Beispiel keine validen Statistiken zur Prävalenz von Kindern von methamphetaminkonsumierenden und / oder -abhängigen Eltern. Bekannt ist jedoch, dass bereits die pränatale Exposition mit Methamphetaminen ernsthafte Schädigungen beim Kind bewirken kann, wie z.B. fetaler Tod, Aborte und Frühgeburten (Gorman, Orme, Nguyen, Kent & Caughey, 2014) sowie Entwicklungs- und Verhaltensdefizite im späteren Kindesalter (van Dyk, Ramanjam, Church, Koren & Donald, 2014).

Auch die Sozialisationsbedingungen innerhalb methamphetaminbelasteter Familien sind als besonders riskant zu bezeichnen: Einer Studie von Klein, Dyba, Moesgen & Urban (2016) zufolge sind diese häufig von der Drogensubkultur geprägt. Als typisch zu bezeichnen sind niedriger sozioökonomischer Status mit Arbeitslosigkeit, Verschuldung und Straffälligkeit.

Oftmals konsumieren beide Eltern die Drogen, wobei ein multipler Substanzkonsum üblich ist. Die Eltern, insbesondere die Mütter, weisen darüber hinaus oftmals psychiatrische Komorbiditäten sowie Traumatisierungen und ungünstige Erfahrungen in der eigenen Herkunftsfamilie auf. Die familiären Konstellationen der Konsumentinnen und Konsumenten zeigen sich allgemein als hoch instabil und intransparent: nur wenige Elternpaare sind dauerhaft liiert, die Konsumentinnen und Konsumenten haben häufig mehrere Kinder mit verschiedenen Partnerinnen oder Partnern und Geschwister haben häufig nicht denselben Vater (Dyba, Klein & Wetzel, 2017; Klein et al., 2016).

Internationale Befunde bestätigen die problematische Situation in methamphetaminbelasteten Familien: So zeigte sich in den betroffenen Familien ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung von elterlichen Pflichten, physischen oder sexuellen Missbrauch, häusliche Gewalt und diskontinuierliche Eltern-Kind-Beziehungen (Messina, Jeter, Marinelli-Casey, West & Rawson, 2011). Außerdem ergaben sich deutliche Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung der Kinder, v.a. in Hinblick auf eine gefühlsmäßige Distanzierung der konsumierenden Eltern von den Kindern und eine wenig berechenbare Interaktion zwischen Eltern und Kind (Klein et al., 2016).

Die Untersuchung von Klein et al (2016) verfolgte eine vertiefte Analyse der Lebensbedingungen und Hilfebedarfe von (ehemals) methamphetaminbelasteten Familien in Sachsen. Hierzu befragten sie 28 (ehemals) methamphetaminabhängige Elternteile in einem halbstandardisierten Interview nach ihren Erfahrungen von Elternschaft und Erziehung im Kontext ihrer Suchterkrankung. Die am häufigsten von den Eltern berichtete allgemeine konsumbedingte Verhaltensänderung war die Vernachlässigung von Pflichten im Kontext von Kindern und Familie. Hier gaben Elternteile z. B. an, ihr Kind sich selbst überlassen und nicht mehr aktiv am Familienleben teilgenommen zu haben. Auch eine vermehrte physische und emotionale Distanz und ein Fehlen von Nähe gegenüber den Kindern wurden in diesem Zusammenhang deutlich. Zudem wurde eine erhöhte Aggression und Reizbarkeit, sozialer Rückzug, egozentrisches Verhalten und eine Vernachlässigung allgemeiner gesellschaftlicher Verpflichtungen berichtet. In einigen Familien sei es zudem zu einer konkreten Gefährdung des Kindeswohls gekommen, z. B. durch Vorfälle häuslicher Gewalt oder Nicht-Beaufsichtigung des Kindes. Hinsichtlich des Erziehungsverhaltens im Kontext des Methamphetaminkonsums wurden gegensätzliche Verhaltensweisen deutlich: Ein Teil der Eltern berichtete eine strengere Erziehung der Kinder und einen vermehrt aggressiven Umgang (z. T. sowohl körperlich als auch verbal). Im Kontrast dazu benannten andere Elternteile ein weniger strenges Erziehungsverhalten, z. B. im Sinne von laxen Regelvorgaben und größerer Nachgiebigkeit. Auch Permissivität aufgrund von Schuldgefühlen und einem schlechten Gewissen wurde berichtet.

Eine US-amerikanische Interviewstudie von Brown und Hohman (2008) zeigt vergleichbare Ergebnisse. Die befragten methamphetaminabhängigen Eltern beschrieben die Auswirkungen ihres Konsums auf die Erziehung und Elternschaft als insgesamt problematisch: So wurde z. B. eine „unbalancierte“ Erziehung im Sinne starker negativer Emotionen und Apathie berichtet. Hinzu käme ein extremer Aufwand, den Konsum vor den Kindern zu verstecken („Doppelleben“). Ein Großteil der Befragten berichtete retrospektiv eine hohe Ambivalenz bezüglich der eigenen Elternrolle. Häusliche Gewalt wurde außerdem in einigen Fällen genannt. Seitens der Mütter wurden vermehrt depressive Symptome im Zusammenhang mit ihrer Elternrolle und damit verbundenen Stressoren berichtet (Semple, Strathdee, Zians & Patterson 2011; Liles et al., 2014).

Grundsätzlich ist also davon auszugehen, dass die allgemeine Erziehungskompetenz im Kontext von Methamphetaminabhängigkeit stark eingeschränkt ist und eine adäquate Betreuung und Versorgung der Kinder bei aktuell Konsumierenden (auch entgegen ihrer eigenen Wünsche und Werte) oftmals misslingt. Dadurch verschärft sich die ohnehin problematische Bedürfnislage der potenziell psychisch belasteten und verhaltensauffälligen Kinder noch weiter. Klein et al. (2016) ermittelten, dass sich die psychischen Problemlagen der betroffenen Kinder vor allem in Form emotionaler Belastungen und / oder Verhaltensauffälligkeiten auffielen. Die emotionale Situation war zum Teil gekennzeichnet durch Traurigkeit und Sorgen um die Eltern. Darüber hinaus wiesen die Kinder parentifiziertes Verhalten auf, welches mit einer unangemessenen Verantwortungsübernahme der Kinder und daraus resultierenden Schuldgefühlen einhergehen kann. In der Folge entwickelten viele der Kinder internalisierende Symptome wie Ängste und Depressionen, vor allem aber auch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, ein ungünstiges Sozialverhalten und Hyperaktivität. Aus internationalen Befunden geht ebenfalls hervor, dass ein erhöhtes Risiko für aggressive Verhaltenstendenzen und ADHS-Symptomatik vorliegt, darüber hinaus besteht ein Risiko für Traumafolgestörungen (Haight, 2009; Asanbe, Hall & Bolden, 2008; Parvaresh, Mazhari & Nazari-Noghabi, 2015). Die emotionalen Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, die in erster Linie aus einer Kumulierung der genannten Risikofaktoren entstehen, beeinflussen wiederum das ohnehin dysfunktionale Elternverhalten im Sinne eines Teufelskreises auf ungünstige Weise, d.h. sie erschweren die Erziehungsaufgabe der ohnehin bereits überforderten Eltern.

4.1.3 Suchtspezifische Elterninterventionen

Ein systematisches Review von Niccols et al. (2012) analysierte US-amerikanische Studien, die die Effekte von Elterntrainings bei Müttern mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch erfassten. Ihre Ergebnisse zeigen, dass sich Elternprogramme günstiger auf das Erziehungsverhalten auswirken als eine reguläre Behandlung der Suchterkrankung allein. Auch wenn die

gefundenen Effekte teilweise nur klein waren, sind sie jedoch von potenziell großer Bedeutung für die Zielgruppe selbst. So konnten z.B. durch ein funktionaleres Erziehungsverhalten auf individueller Ebene Fremdunterbringungen des Kindes oder Einweisungen in psychiatrische Kliniken vermieden werden.

Im US-amerikanischen Raum gibt es verschiedene evidenzbasierte Elterntrainings, die speziell auf die Zielgruppe alkohol- oder drogenabhängige Eltern zugeschnitten sind. Eine gute Übersicht geben diesbezüglich die Reviews von Calhoun, Conner, Miller & Messina (2015) oder Renk et al. (2016). Als beispielhafte Programme sind an dieser Stelle zu nennen *Focus on Families (FOF)*, jetzt *Families Facing the Future*, Catalano, Gainey, Fleming, Haggerty & Johnson, 1999) und *Parents und Pressure (PUP)*, Dawe & Harnett, 2007) zu nennen. Inhaltlich liegt der Fokus beider Programme u.a. auf der Stärkung von Elternkompetenzen sowie der Verbesserung von Familienbeziehungen und Reduzierung von Konflikten. *FOF* erwies sich in der Ein-Jahres-Katamnese als effektiv in Hinblick auf eine Reduktion des elterlichen Substanzkonsums und ein verbessertes Erziehungsverhalten. Eine 12-Jahres-Katamnese konnte zudem aufzeigen, dass Söhne der teilnehmenden Eltern ein geringeres Risiko hatten, selbst eine substanzbezogene Störung zu entwickeln. Ergebnisse zur Wirksamkeit von *PUP* zeigen auf, dass die Intervention das Funktionsniveau der Familie erhöhen und die Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung signifikant verringern konnte.

Renk et al. (2016) schlussfolgern aus diesen Befunden, dass verhaltensbasierte („behavioral-based“) Elternprogramme auch bei Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung sinnvoll sein können. Laut Suchman, Mayes, Conti, Slade und Rounsaville (2004) liegt der Erfolg der Programme in der effektiven Vermittlung von elterlichen Verhaltensstrategien, die direkt das Verhalten des Kindes beeinflussen können. Jedoch kritisieren sowohl Suchman et al. (2004) als auch Renk et al. (2016), dass einige der Programme ausschließlich das beobachtbare Verhalten der Eltern in Augenschein nehmen und dabei die emotionale Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind relativ unbeachtet lassen. Insofern erscheint es sinnvoll auch bindungsorientierte („attachment-based“) Elemente in Programme zu integrieren, damit die Eltern auch für die Bindungsbedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert werden und lernen, wie sie ihre Interaktionen mit dem Kind entsprechend verbessern können. In den USA existieren verschiedene evidenzbasierte bindungsorientierte Programme, wie z.B. das *Mothers and Toddlers Program (MTP)* von Suchman, Decoste, Castiglioni, Legow und Mayes (2008) oder das Programm *Attachment and Biobehavioural Catch-up (ABC)* von Bick, Bernard und Dozier (2013). Programme, die sowohl den verhaltens- als auch bindungsorientierten Ansatz in Kombination verfolgen sind jedoch nicht bekannt.

Im deutschsprachigen Raum sind generell kaum Elternprogramme bekannt, die speziell alkohol- oder drogenabhängige Mütter und Väter in den Fokus nehmen und nach

wissenschaftlichen Standards evaluiert sind. Das bislang bekannteste Programm ist das Mütter-Unterstützungs-Training (MUT!) (Klein, 2006). Bei MUT! handelt es sich um ein Gruppentraining für drogenabhängige, substituierte Mütter zur Förderung ihrer Erziehungskompetenz. Der MUT!-Kurs soll bei den Müttern u.a. positive Veränderungen in den folgenden Bereichen erwirken: Erkenntnisgewinn zur kindlichen Entwicklung (im Kontext der Suchterkrankung), Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Zuversicht sowie elterliche Handlungskompetenz. Evaluationsergebnisse zu MUT! spiegeln insgesamt eine hohe Akzeptanz des Kurses bei substituierten Teilnehmerinnen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass sich die Mütter nach Ende des Kurses weniger sozial isoliert fühlen, eine geringfügige Verbesserung im Kompetenzerleben erfuhren sowie einen Abbau sozialer Unsicherheit und einen Rückgang an paranoiden und misstrauischen Denkmustern. Weiterhin ist das inzwischen auch in Deutschland implementierte *Familien Stärken (Strengthening Families Program)* zu nennen. Es richtet sich primär an Risikofamilien und zielt auf die Prävention psychischer Störungen und Suchterkrankungen ab. Die Umsetzung beinhaltet dabei Elemente der Elternarbeit, direkte Arbeit mit Jugendlichen sowie Familiensitzungen. Inhaltlich fokussiert es u.a. auf Aspekte von Erziehung, Umgang mit Gefühlen und Stress sowie Kommunikation innerhalb der Familie. Das Programm hat sich als wirksam auf individueller sowie familienorientierter Ebene gezeigt (Baldus et al., 2016; Bröning et al., 2014; 2016).

Dem Großteil der bestehenden Programme ist gemein, dass sie auf Suchterkrankungen allgemein abzielen und damit in der Regel alle Eltern integrieren, die Probleme mit illegalen Drogen und / oder Alkohol haben. Eine Elternintervention, die auf die Spezifika einer Methamphetaminabhängigkeit zugeschnitten ist, besteht zurzeit nicht.

Als einzige methamphetaminspezifische Intervention ist aktuell nur das *MATRIX*-Programm (Center for Substance Abuse Treatment, 2007) zu nennen. Das Programm ist ein effektives und intensives Gruppenangebot für die ambulante Behandlung von Methamphetaminabhängigen. Die abstinenzorientierte, gestufte Intervention fußt im Wesentlichen auf verhaltenstherapeutischen Elementen und verfügt über ergänzende Zusatzmaterialien, die im Kontext Familie und Elternschaft von Relevanz sind. Beispielsweise werden in einem zusätzlich erhältlichen Behandlungsmanual für weibliche Klientinnen Aspekte thematisiert, die für den Genesungsprozess von methamphetaminabhängigen Frauen besonders wichtig sein können, wie z.B. Schwangerschaft, Elternschaft und Familie. Inhaltliche Schwerpunkte liegen dabei auf der Vermittlung von Erziehungsfertigkeiten, Psychoedukation zu den Gefahren für Kinder, Bearbeitung von Schuldgefühlen in Zusammenhang mit der Elternrolle (z.B. aufgrund früherer Vernachlässigung der Kinder oder elterlicher Verpflichtungen) sowie Sexualität und Schwangerschaft im Kontext von Crystal Meth.

Grundsätzlich weisen nahezu alle evidenzbasierten Programme für Eltern mit Drogen- oder Alkoholabhängigkeit zahlreiche deckungsgleiche Inhalte auch mit nicht-suchtbezogenen Elternprogramme aus den Bereichen der universellen, selektiven und indizierten Prävention auf. Insgesamt kann geschlussfolgert werden, dass suchtspezifische Interventionen für Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung folgende inhaltliche Elemente beinhalten sollten:

Zum einen sollten kognitiv-behaviourale Elemente integriert werden wie z. B.

- Psychoedukation, z. B. zu den Auswirkungen des elterlichen Konsums und entsprechender Verhaltensweisen auf die Kinder
- Effektive Vermittlung von elterlichen Verhaltensstrategien, die direkt das Verhalten des Kindes beeinflussen können (z. B. klare Regeln setzen, Grenzen ziehen, angemessene Konsequenzen einsetzen)
- Förderung eines positiven Kommunikationsstils
- Alltagsstrukturierung
- Einholung sozialer Unterstützung
- Förderung von Problemlösefertigkeiten und Stressbewältigungskompetenzen
- Rückfallprophylaxe bzw. Erarbeitung von „Notfall-Strategien“ bei Rückfall

Zum anderen sollten zur Förderung der Beziehung zwischen Eltern und Kind und ihrer emotionalen Bindung auch bindungsorientierte Aspekte eingesetzt werden, wie z. B.

- Sensibilisierung für die Bedürfnisse des Kindes (z.B. Signale erkennen, eigene Observationsfähigkeit stärken)
- Erlernen adäquater Reaktionen auf die Bedürfnisse des Kindes (auch hier u.a. Verbesserung der Interaktion zwischen Eltern und Kind)
- Förderung der eigenen Emotionsregulation

Einige dieser wesentlichen und zu fördernden Faktoren, wie z. B. innerfamiliäre Kommunikationsprozesse, Problemlöseverhalten oder emotionale Verbundenheit, sind wesentliche Charakteristika von Familienresilienz (Walsh, 2006). Zwar gibt es noch kein dezidiertes Familienresilienzprogramm für suchtbelastete Familien, doch könnten gerade diese davon profitieren, um widerstandsfähiger gegenüber Störungen und Krankheiten und anpassungsfähiger in Anbetracht von Krisensituationen zu sein. Damit ist die Förderung der Familienresilienz als wesentliche Grundlage der Unterstützung von suchtkranken Eltern in ihrer Elternrolle zu betrachten und sollte in der künftigen Ausgestaltung von Trainings für suchtkranke Eltern stärker berücksichtigt werden.

Das Konzept der Familienresilienz nach Walsh (2006) besteht aus drei Schlüsselfaktoren, denen wiederum jeweils drei weitere konkrete Bestandteile zuzuordnen sind. Es handelt sich dabei um

1. *Überzeugungen der Familie* („belief system“), die z.B. dabei helfen, auch in widrigen Lebensumständen einen Sinn zu finden, eine optimistische, aber realistische Grundeinstellung zu bewahren oder übergeordnete Werte und Sinnsysteme aufrechtzuerhalten, etwa im Sinne von religiös-spirituellem Glauben und heilenden Ritualen.
2. *Strukturelle und organisatorische Muster* („organizational patterns“), z.B. in Form von Flexibilität in den familialen Strukturen (Offenheit für Erfahrungen), Aufrechterhaltung des Gefühls der Verbundenheit auch in Krisenzeiten und Nutzung sozialer Ressourcen sowie Vorhandensein sozialer und ökonomischer Ressourcen in Krisensituationen.
3. *Kommunikationsprozesse* („communication processes“), die z.B. darin bestehen, ein vorhandenes Problem in der Familie offen anzusprechen, schwierige und belastende Emotionen mitzuteilen und gemeinsame Problemlösungen in Angriff zu nehmen.

Zusammengefasst unterstreichen die hier präsentierten Befunde den deutlichen Hilfebedarf für Familien, in denen Methamphetaminkonsum eine Rolle spielt. Der Großteil der bestehenden therapeutischen Ansätze beschränkt sich aktuell auf die ausschließliche Behandlung der Abhängigkeitserkrankung des betroffenen Elternteils, in welcher die Situation der Kinder oft nur peripher – wenn überhaupt – thematisiert wird. Eine besondere Lücke im aktuellen Hilfesystem bildet dabei die Tatsache, dass suchtspezifische, wissenschaftlich fundierte und evaluierte Elternprogramme fehlen. Entsprechend bedarf es einer elternzentrierten Intervention, die sich an Mütter und Väter gleichermaßen richtet, auf bewährten Methoden basiert und die besonderen Charakteristika einer Methamphetaminabhängigkeit (z. B. hohes Suchtpotenzial der Substanz, langfristige emotionale Unerreichbarkeit der Eltern, psychotische Episoden, hohe psychische Komorbidität) berücksichtigt. Außerdem sollte sie auf die Förderung von familiären Resilienzen und Bewältigungsfertigkeiten der Familien abzielen. Eine Förderung dieser Faktoren ist insofern von Bedeutung, als dass das elterliche Verhalten und die Resilienz der Familie den zentralen Ausgangspunkt für das Familienleben und die psychische Gesundheit der Eltern und damit für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder (psychisch und körperlich) insgesamt bildet. Dies ist von besonders hoher individueller, gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Relevanz.

4.2 Projektziele und Indikatoren zur Zielerreichung

Übergeordnetes Ziel des Projekts „Crystal Meth und Familie II“ ist die Konzeption, Implementierung und Evaluation eines Motivierungs- und Behandlungsprogramms für methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren, welche die familiären Resilienzen und Elternkompetenzen, d.h. Erziehungsfertigkeiten sowie die Bewältigungsfertigkeiten im Umgang mit familiären Herausforderungen stärken soll und dabei die

Besonderheiten der Lebenssituation von methamphetaminabhängigen Eltern im besonderen Maße berücksichtigt. Zudem soll das Programm die Eltern initial zu Abstinenz motivieren, diese Motivation vertiefen und stabilisieren sowie weitere Behandlungsmotivation und Inanspruchnahme von Hilfen der Eltern stärken. Die neu erlernten und optimierten Elternkompetenzen und die gestärkte „Widerstandsfähigkeit“ (Resilienz) der Eltern sollen in einer besseren und nachhaltigen psychischen und körperlichen Gesundheit aller Familienmitglieder und in einem erhöhten Wohlbefinden ihrer Kinder resultieren. Die Evaluationsergebnisse des Programms stellen eine Evidenzbasis und zugleich einen Impuls für das Hilfesystem (Sucht-, Jugend- und Familienhilfe) dar, Unterstützung für die betroffenen Zielgruppen bedarfsgerechter zu gestalten und anzubieten.

Tabelle 1 präsentiert die Ziele und Teilziele des Projektes, die laut Antrag zur Erreichung der o.g. übergeordneten Projektziele beitragen sollten bzw. notwendig waren.

Tabelle 1: Projektziele und Indikatoren zur Zielerreichung

Ziele:	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Erreichung der Zielgruppe für die Studienteilnahme während der Feldphase	Hinreichendes N für die Stichprobe (N = 70), angemessene Verteilung bzgl. Alter, Geschlecht, Elternstatus
Akzeptanz der Intervention durch die Zielgruppe	(Teil-)Ergebnisse der formativen und summativen Prozessevaluation
Optimierung des elterlichen Erziehungsverhaltens & der Familienresilienz, Erreichung / Stabilisierung von Abstinenz, Inanspruchnahme von Hilfen, Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder	Ergebnisse der summativen Wirksamkeitsevaluation → signifikante Verbesserung auf den relevanten Skalen nach der Intervention
Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt	Mindestens 3 Publikationen und Projektpräsentationen, Publikation Handbuch (über psychologischen Fachverlag), mehr als 80 Teilnehmende bei der Abschlusskonferenz aus den Bereichen Sucht-, Jugend- und Familienhilfe
Nachhaltige Verankerung der entwickelten Intervention	Umsetzung CM II bei Praxiseinrichtungen vor Ort und neu geschulten Institutionen nach Projektabschluss (6 Partner + x weitere, Anzahl Durchläufe des Programms vor Ort nach Projektabschluss), Verbreitung und Dissemination des Manuals über Fachverlag (Druckauflage)

Teilziele:	
Erreichung einer ausreichenden Anzahl Praxispartner	Anzahl Praxispartner (N = 6) aus den Regionen Sachsen und Thüringen
Verbindliche Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe	Abschluss projektbezogener Kooperationsvereinbarungen zwischen den Praxispartnern und -partnerinnen aus der Suchthilfe und anerkannten Trägern der Jugendhilfe vor Ort
Nutzung Online-Dienste zu Rekrutierungszwecken (z.B. Facebook, einschlägige Webseiten)	Anzahl ausgewählter medialer Kanäle, Rücklaufquote der Kanäle
Austausch von Zwischenergebnissen, Absprachen bzgl. anstehender Aufgaben	Anzahl und Effektivität der projektinternen Meetings und Rückmeldungen an / von Kooperationspartnern und -partnerinnen (Protokolle, Dokumentationen)
Entwicklung der Instrumente für die Prozess- und Wirksamkeitsevaluation	Konsens und kommunikative Validierung des Projektteams, psychometrische Gütemaße

Es konnten alle genannten (Teil-) Ziele des Projektes entsprechend der Indikatoren erreicht werden. Eine umfangreiche Darlegung hierzu findet sich in den Kapiteln 5 bis 7 sowie in der Gesamtdiskussion.

4.3 Projektstruktur

Das Projekt wurde durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW in Köln koordiniert und geleitet (siehe Tabelle 2).

Projektverantwortliche

Tabelle 2: Projektverantwortliche

Projektleitung:	Prof. Dr. Michael Klein
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:	Dr. rer. nat. Diana Moesgen Dipl.-Psych. Janina Dyba
Wissenschaftliche Hilfskräfte:	Alice Urban, B.Sc. Psych. (bis 31.03.2017) Lena Hofmann, B.Sc. Psych. (bis 31.03.2018)
Institution:	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln

Die Implementierung der Intervention fand in Kooperation mit insgesamt 12 Praxis-einrichtungen aus Sucht- und Jugendhilfe in Sachsen und Thüringen statt. Dabei bildeten in der Regel jeweils zwei Einrichtungen an einem Standort ein „Tandem“, welches für die gemeinsame Durchführung des Projektes verantwortlich war und aus jeweils einer Einrichtung der Suchthilfe und einer Einrichtung der Jugendhilfe bestand. Die Bildung des Tandems war sowohl aus inhaltlichen als auch aus praktischen Gründen wichtig, da das Thema Elternschaft in suchtbelasteten Familien sowohl die Suchthilfe (Stichwort Suchtbehandlung) als auch die Jugendhilfe (Stichwort Erziehungshilfe) tangiert. An zwei Standorten gehörten die Sucht- und die Jugendhilfe zu einem Träger, daher war es hier ausreichend, nur diesen einen Träger in das Projekt zu integrieren. Tabelle 3 stellt die Praxispartner des Projektes in ihrem jeweiligen Tandem vor.

Tabelle 3: Praxispartner

Standort	Suchthilfeeinrichtung	Jugendhilfeeinrichtung
Zwickau	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, -gefährdete und Angehörige der Caritas Zwickau	Sozialpädagogische Familienhilfe der Caritas Zwickau
Chemnitz	Stadtmission Chemnitz e.V., Jugend-, Sucht- und Drogenberatung	
Vogtland	Diakonisches Beratungszentrum Vogtland gGmbH, Suchtberatungsstelle Plauen und Oelsnitz	Brücke Plauen e.V.
Trockenborn-Wolfersdorf	Suchthilfezentrum für Mutter und Kind Wendepunkt, Trockenborn-Wolfersdorf	
Dresden	Jugend- und Suchtberatungsstelle der Landeshauptstadt Dresden	Radebeuler Sozialprojekte gGmbH
Gera	Psychosoziale Suchtberatungsstelle der Diakonie Gera	Erziehungs- und Familienberatung der Diakonie Gera
Leipzig	Suchtzentrum Leipzig, Drogenfreie Wohngemeinschaft	Zentrum für Drogenhilfe des Klinikums St. Georg in Leipzig, SBB Alternative II

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Datenerhebung und –auswertung

5.1.1 Forschungsdesign

Zentraler Bestandteil des Evaluationskonzeptes für das hier beschriebene Projekt waren zum einen die Prozessevaluation sowie zum anderen die Sicherstellung der Wirksamkeit der Intervention. Die *Prozessevaluation* diente der Überprüfung der Intervention in Hinblick auf Praktikabilität und Akzeptanz durch sowohl Trainerinnen und Trainer als auch durch teilnehmende Elternteile. Zur *Überprüfung der Wirksamkeit* wurde zunächst ein randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign angestrebt, aus forschungspraktischen Gründen wurde jedoch ein quasi-experimentelles Design realisiert. Dabei wurde die Interventionsgruppe (IG) mit einer unbehandelten (Warte-) Kontrollgruppe (WKG) verglichen.

5.1.2 Prozessevaluation

Zur Qualitätssicherung des Gruppenprogramms wurde eine sorgfältige Prozessevaluation durch die Fachkräfte und teilnehmenden Eltern durchgeführt, welche alle relevanten Teilbereiche des Forschungsprojektes adressierte.

Um vorab sicherzustellen, dass das Training ausschließlich von qualifizierten Fachkräften durchgeführt wurde, wurde im Rahmen der Schulung zur Durchführung der Intervention an alle Trainerinnen und Trainer ein kurzer Fragebogen mit hauptsächlich geschlossenen Fragen verteilt und durch diese ausgefüllt. Der Fragebogen diente der Erfassung verschiedener soziodemographischer Merkmale der geschulten, potentiellen Trainerinnen und Trainer, wie z.B. Alter, Ausbildungshintergrund und Berufserfahrung. Um die Persönlichkeitseigenschaften der Fachkräfte zu untersuchen, wurde im verwendeten Fragebogen das Big Five Inventory-10 (BFI-10) integriert. Beim BFI-10 von Rammstedt und John (2007) handelt es sich um eine deutsche Kurzversion des aus 44 Items bestehenden Big Five Inventory (BFI-44) von John, Donahue und Kentle (1991), welches die fünf Dimensionen der Persönlichkeit (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität, Offenheit für Erfahrungen) in nur je zwei Items erfasst.

Um eine reibungslose Durchführung bereits im Vorfeld bestmöglich zu sichern, wurde auch die Schulungsveranstaltung selbst durch die Schulungsteilnehmenden evaluiert. Bewertet wurden anhand eines standardisierten 5-Punkt-Ratings (Schulnoten) z.B. die Verständlichkeit, die Inhalte sowie die Durchführung der Schulung.

Nach Abschluss ihrer Rekrutierungsarbeiten wurden alle Praxisstandorte gebeten, mittels eines weiteren kurzen Fragebogens mit geschlossenem Antwortformat zu berichten, welche Rekrutierungswege sie genutzt hatten und welche davon erfolgreich gewesen waren.

Die vor der Intervention vorgeschaltete Clearingphase (s. Abschnitt 7.2.2) wurde einmalig nach deren Ende durch die durchführenden Fachkräfte mithilfe eines dreiseitigen Fragebogens evaluiert. Dieser schriftliche Fragebogen beinhaltete standardisierte, geschlossene Fragen zur Praktikabilität des Clearings, zu Motivationsaspekten und zur wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden.

Zur Bewertung der einzelnen Module der Intervention füllten die Fachkräfte, welche die Intervention durchführten, nach jedem Modul kurze schriftliche Fragebögen (2-3 DIN A4-Seiten) mit standardisierten, geschlossenen Fragen zur Praktikabilität des Moduls sowie wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden und sich selbst aus. Darüber hinaus beantworteten sie offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen und weiteren Anmerkungen. Die Teilnehmenden der Intervention wurden ebenfalls am Ende jedes Moduls mithilfe von geschlossenen und offenen Fragen zur Verständlichkeit und zur Zufriedenheit mit den Inhalten befragt (formative Evaluation).

Zur Erfassung der Gesamt-Akzeptanz füllten die durchführenden Fachkräfte nach Abschluss der Interventionsgruppe einen schriftlichen Fragebogen aus, der standardisierte Fragen zur Praktikabilität der Intervention insgesamt beinhaltete sowie zur gesamten wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden und sich selbst. Offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen und weiteren Anmerkungen wurden ebenfalls beantwortet. Zur Bewertung der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden wurden diese nach Abschluss der Intervention um eine schriftliche Gesamtbewertung der Intervention und ihrer Module gebeten (summative Evaluation).

5.1.3 Wirksamkeitsevaluation

Zur Erfassung der Wirksamkeit der Intervention fand eine Befragung der teilnehmenden Eltern zu drei Messzeitpunkten anhand von Paper-Pencil Fragebögen im Gruppensetting statt: T1 = unmittelbar vor Beginn der Intervention (prä), T2 = unmittelbar nach der Intervention (post) und T3 = sechs Monate später (follow-up). In diesen Fragebögen wurden neben soziodemografischen Angaben weitere relevante Konstrukte (z.B. Erziehungsverhalten, Substanzkonsum und -abstinenz, Familienresilienz) anhand standardisierter Verfahren erfasst. Tabelle 4 zeigt die Operationalisierung der Konstrukte.

Tabelle 4: Verwendete Verfahren der Wirksamkeitsevaluation

Konstrukt	Verwendetes Verfahren
Soziodemografie	selbst konstruierte Items
Substanzkonsum	Drug Use Disorder Inventory (DUDIT)
Familie & Resilienz	Family Resilience Assessment Scale Deutsch (FRAS-D) Familienbögen Kurzform (FB-K) Brief Resilient Coping Scale (BRCS)
Erziehungsverhalten	Erziehungsfragebogen (EFB-K) Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZEV)
Elterliches Stresserleben	Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)
Psych. Symptombelastung der Eltern	Brief Symptom Checklist (BSCL, Subskalen)
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)
Inanspruchnahme von Hilfen	selbst konstruierte Items

Soziodemografie

Die soziodemografischen Merkmale der Interventionsteilnehmenden wurden anhand selbstkonstruierter Items erfasst. Diese sind angelehnt an allgemeine soziodemografische Standards des Statistischen Bundesamts (2010) und wurden in Anpassung an die Zielgruppe formuliert. Die 13 Fragen erfassen neben Angaben zu der Person selbst (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bildungsabschluss) die partnerschaftliche Situation und den Familienstand sowie Angaben zu leiblichen Kindern, zur Wohn- und beruflichen Situation.

Familie und Resilienz

Für die Messung des Konzeptes der Familienresilienz entwickelte Sixbey (2005) die englische Originalversion der *Family Resilience Assessment Scale [FRAS]*, die 67 Items umfasst. Die Originalskala umfasst sechs Faktoren mit einer internen Konsistenz zwischen $\alpha = .70$ bis $.96$, welche den drei theoretischen Oberkonstrukten Kommunikationsprozesse, geteilte Glaubenssysteme und Organisationsprozesse zugeordnet werden können (Sixbey, 2005). Im Rahmen des Projektes CM II wurde zunächst eine deutsche Übersetzung der Skala erstellt, welche dann aus ökonomischen Gründen auf eine Gesamtzahl von 18 Items gekürzt wurde. Bisherige internationale Adaptionen der Skala legen dabei ebenfalls eine Kürzung der ausführlichen Originalversion nahe (Li et al., 2016; Kaya & Arici, 2012). Hierfür wurden für alle sechs Faktoren die Items mit den höchsten Faktorladungen ausgewählt, wobei darauf geachtet wurde, dass jedes theoretische Oberkonstrukt mit etwa der gleichen Menge an Items repräsentiert wurde. Das 4-Punkt-Rating wurde äquivalent zum Original übernommen und ebenfalls ins Deutsche übersetzt.

Die *Brief Resilient Coping Scale [BRCS]* (Kocalevent, Mierke, & Brähler, 2014) kann zur Erfassung des individuellen resilienten Copingstils bei Erwachsenen eingesetzt werden und umfasst vier Items (5-Punkt-Rating von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“). Die interne Konsistenz liegt in den US-amerikanischen Entwicklungsstichproben zwischen $\alpha = .64$ und $.76$ (Sinclair & Wallston, 2004), psychometrische Gütekriterien bei deutschen Stichproben sind noch nicht veröffentlicht.

Die *Kurzversion des Allgemeinen Familienbogens [FB-K]* (Sidor & Cierpka, 2016) erfasst auf ökonomische Weise die Funktionalität einer Familie im Sinne einer emotionalen Verbundenheit der Familienmitglieder und ihre Kommunikationsbereitschaft. Der Fragebogen umfasst 14 Items, die auf einem 4-Punkt-Rating von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ eingeschätzt werden. Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha = .91$, eine Konstruktvalidierung fand u.a. anhand der SOC-Skala ($r = .63$, $p = .001$) sowie verschiedener Subskalen des Parenting Stress Index statt. Die kriteriumsbezogene Validität wurde anhand der FACES-Skalen Kohäsion ($r = .79$, $p = .001$) sowie Adaptabilität ($r = .39$, $p = .001$) ermittelt. Der FB-K ist für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren einsetzbar.

Erziehung und Elternschaft

Der *Erziehungsfragebogen – Kurzform [EFB-K]*, die Kurzfassung des Erziehungsfragebogens (EFB, Naumann, Bertram, Kuschel, Heinrichs, Hahlweg, Doepfner; 2010) ist ein mehrdimensionales Instrument zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. Das Verfahren umfasst 13 Items, die verschiedene Erziehungssituationen repräsentieren, wobei jeweils zwei Verhaltensmöglichkeiten (dysfunktionales vs. funktionales Verhalten) als Pole formuliert sind. Seitens der Eltern wird ihr eigenes Verhalten in diesen Situationen zwischen den Polen auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Neben dem Gesamtwert ergeben sich zwei Skalen, „Weitschweifigkeit“ und „Überreagieren“. Weiterhin enthält der Fragebogen ein Zusatzitem, welches wesentliches Erziehungsverhalten („Monitoring“) beschreibt. Die interne Konsistenz der beiden Hauptskalen liegen jeweils bei Cronbach's $\alpha = .75$. Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz von $\alpha = .76$ (Miller, 2001). Der Fragebogen weist zudem hohe Korrelationen zu den entsprechenden Skalen und Werten der ausführlichen Version EFB auf (zwischen $r = .87$ für den Gesamtwert und $r = .95$ auf der Skala Überreagieren).

Das *Eltern-Belastungs-Inventar [EBI]* (Tröster, 2011) ist die deutsche Version des Parenting-Stress-Index von Abidin und stellt ein mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung der Belastung von Eltern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter dar. Es basiert auf 48 Items mit einem fünfstufigen Antwortformat von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“. Das Verfahren besteht aus 12 Subskalen, wobei diese jeweils umschriebene Belastungsquellen abbilden. Fünf dieser Skalen verorten die elterliche Belastung im Kindesbereich („Child-Domain“) im

Sinne spezifischer Anforderungen in der Erziehung die vom Verhalten des Kindes ausgehen (z.B. Hyperaktivität, Stimmung). Die verbleibenden sieben Subskalen erfassen elterliche Belastungsquellen („Parent-Domain“), wie z.B. elterliches Kompetenzerleben, Bindung, persönliche Einschränkung und Partnerschaft. Die interne Konsistenz der Gesamtskala des EBI liegt bei $\alpha = .95$, die der Teilskala Kindesbereich bei $\alpha = .91$ und bei $\alpha = .93$ im Elternbereich.

Der *Fragebogen zum positiven Erziehungsverhalten [FZEV]* (Naumann et al., 2007) erfasst positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten, wobei befragte Eltern die Häufigkeit der beschriebenen Verhaltensweisen in den letzten zwei Monaten anhand von 13 Items auf einem 4-Punkt-Rating von „nie“ bis „sehr oft“ beurteilen. Der FZEV entstand u.a. in Anlehnung an die Parent Practices Scale (Strayhorn & Weidman, 1988) und wurde bereits für Forschungszwecke ins Deutsche übersetzt. Die interne Konsistenz des Fragebogen-Gesamtwerts zeigt sich mit $\alpha = .85$ (Mütter) / $.87$ (Väter) zufriedenstellend (Naumann et al., 2007).

Psychische Symptombelastung der Eltern

Die *Brief Symptom Checklist [BSCL]* (Franke, 2017) stellt eine auf 53 Items gekürzte Version der Symptomcheckliste 90 (SCL-90) von Derogatis (1977) dar und erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tagen. Die Beurteilung der erlebten Symptome erfolgt auf einer 5-Punkt-Ratingskala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Insgesamt verfügt das Verfahren über neun Subskalen, welche klinische Symptombelastung in verschiedenen relevanten Bereichen abbilden. Im Rahmen dieser Untersuchung wird sich auf folgende sechs Subskalen (33 Items) fokussiert: Depressivität, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus. Hinzu kommen vier Zusatzitems, welche andere unspezifische psychische Belastung abbilden. Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach's α) liegt in einem Bereich von $\alpha = .72$ (Aggression) bis $.88$ (Depressivität).

Verhaltensauffälligkeiten der Kinder

Anhand des Elternfragebogens des *Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]* (Klasen et al., 2003) werden Verhaltensstärken und -schwächen von Kindern und Jugendlichen standardisiert erfasst. Die Subskalen des Fragebogens differenzieren dabei emotionale Probleme, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten auf drei Stufen (unauffällig – grenzwertig - auffällig). Diese Konstrukte werden bereits für Kinder ab dem 2. Lebensjahr durch die Fremdbeurteilung der Eltern erfasst. Das 25-Items umfassende Inventar wird auf einer 3-Punkt-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“ eingeschätzt. Der SDQ-Elternfragebogen existiert in zwei Versionen: einmal zur Einschätzung von Kindern zwischen

2 und 4 Jahren sowie für Kinder zwischen 4 und 17 Jahren. Das Inventar ist für den deutschsprachigen Raum für Elternangaben von Kindern zwischen 6 und 16 Jahren normiert ($N = 930$; Klasen et al., 2003). Für jüngere Kinder zwischen 2 und 6 Jahren liegen zum jetzigen Zeitpunkt Normwerte aus Großbritannien vor (SDQ 2-4: $N = 11.592$, SDQ 5-15: $N = 10.298$). Da im Rahmen des Projektes vor allem Eltern jüngerer Kinder bis 8 Jahre angesprochen werden, wird sich einheitlich auf die vorliegenden britischen Normen bezogen. Der deutschsprachige Fragebogen weist gute Skaleneigenschaften und Reliabilitätswerte auf, mit $\alpha = .58$ auf der Skala Probleme mit Gleichaltrigen und $\alpha = .82$ für den Gesamtwert. Eine Validierung fand u.a. anhand des CBCL-Elternfragebogens statt und zeigte zufriedenstellende Skalenkorrelationen zwischen $r = .61$ und $r = .78$.

Substanzkonsum

Mit Hilfe des *Drug Use Disorders Identification Test [DUDIT]* (Thormann & Schalast, 2002) wurden die Erfahrungen mit Substanzkonsum der Teilnehmenden anhand von elf Items erfasst, mit dem Ziel einer klinischen Einordnung des Drogenkonsums. Zusätzlich erteilten die Eltern Auskunft über Art und Menge der verschiedenen Substanzen, die innerhalb der letzten sechs Monate bzw. der letzten vier Wochen konsumiert wurden. Eine Konstruktion der Items fand dabei in Anlehnung an die „KISS – Diagnostik“ (Körkel & GK Quest, 2006) statt.

Inanspruchnahme von Hilfen

Zur Erfassung der Inanspruchnahme von Hilfen finden ebenfalls eigens konstruierte Items Verwendung, welche Erfahrungen mit Hilfen zur Erziehung, suchttherapeutischen sowie psychotherapeutischen Hilfen auf einem 5-Punkt-Rating erfassen.

Die Befragung der teilnehmenden Eltern zu den drei Messzeitpunkten fand nicht wie zunächst geplant online, sondern schriftlich im Gruppensetting unter Beaufsichtigung von Fachkräften statt. Dies geschah zum einen aus rechtlichen Gründen bezüglich der Verwendung der Erhebungsinstrumente, zum anderen um ein standardisiertes Befragungssetting zu gewährleisten, in dem die Teilnehmenden die Fragebögen vollständig und korrekt ausfüllen.

5.1.4 Datenauswertung

Alle Daten, die im Rahmen der Paper-Pencil-Befragungen für Wirksamkeits- und Prozessevaluation erfasst wurden, wurden manuell in das Statistik-Programm SPSS Version 24 eingegeben und ausgewertet. Für die Daten der Prozessevaluation wurden deskriptive Statistiken verwendet, zur Auswertung der Wirksamkeitsevaluation kamen inferenzstatistische Verfahren (χ^2 Tests, t-Tests, ANOVAs) zum Einsatz. Bei der Evaluation der Wirksamkeit wurden die Kurzzeit- (T1-T2) und Langzeiteffekte (T1-T3) der Intervention in der finalen Stichprobe über messwiederholte Varianzanalysen (ANOVAs) separat berechnet.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

6.1 Arbeits- und Zeitplan

Das Projekt „Crystal Meth und Familie II“ wurde in die folgenden Arbeitsphasen untergliedert (s. Tabelle 5):

Tabelle 5: Projekt- und Arbeitsphasen

Nr.	Projektphase	Inhalte
I	Analyse des Forschungsstandes	Literaturrecherche sowie Erstellung eines Literaturreviews zum Thema methamphetaminbelastete Familien und suchtspezifische Elterntrainings
II	Ausbau von Netzwerken und Kooperationen	- Akquise von kooperierenden Einrichtungen und Verstetigung der Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen in Sachsen und Thüringen („Tandem-Kooperation“) - Durchführung einer Kick-Off Veranstaltung mit allen Praxispartnern und -partnerinnen - Schriftlicher Abschluss einer projektbezogenen Kooperationsvereinbarung zwischen den Beteiligten der Jugend- und Suchthilfe sowie der Katholischen Hochschule NRW
III	Entwicklung von Intervention und Forschungsdesign	- Konsentierung des Forschungsdesigns - Entwicklung des Manuals und der Materialien der Intervention „SHIFT-Elterntraining“ sowie der Clearing Phase - Festlegung der Erhebungsinstrumente der Wirksamkeitsevaluation - Entwicklung der Instrumente zur Prozessevaluation - Entwicklung der Rekrutierungsstrategie und -materialien
IV	Fokusgruppe	Vorbereitung und Durchführung einer Fokusgruppe mit Einrichtungsleitungen der Praxiseinrichtungen aus Sucht- und Jugendhilfe zur Konsentierung der Intervention, der Rekrutierungsstrategie und -materialien sowie des Forschungsdesigns
V	Feldphase	- Vorbereitung und Durchführung einer -Schulung für Fachkräfte der kooperierenden Praxiseinrichtungen zur Durchführung der Intervention und begleitenden Datenerhebung - Rekrutierung und Clearing von Studienteilnehmenden durch die Praxiseinrichtungen - Randomisierte Zuteilung der rekrutierten Teilnehmenden zu Interventions- und Wartekontrollgruppe

		• Durchführung der Intervention an sieben Praxisstandorten in Tandem-Kooperation für Interventions- und Wartekontrollgruppe • Datenerhebung der Prozessevaluation und Wirksamkeitsevaluation
VI	Evaluation	• Dateneingabe und –auswertung der Daten zur Prozess und Wirksamkeitsevaluation • Austausch mit durchführenden Praxisbeteiligten
VII	Ergebnistransfer	• Publikation von Projektergebnissen in Fachzeitschriften sowie auf Fachtagungen • Erstellung des Abschlussberichts • Erstellung des Manuals zum SHIFT-Elterntaining und Veröffentlichung

Der detaillierte ursprüngliche Arbeits- und Zeitplan des Projektes mit den entsprechenden Meilensteinen ist in der folgenden Abbildung 1 dargestellt. Abweichungen dieser Planungen werden anschließend erläutert.

Der Arbeits- und Zeitplan mit seinen entsprechenden Meilensteinen konnte grundsätzlich eingehalten werden. Aufgrund einer geringfügigen Zeitverzögerung in der Datenerhebung (die Durchführung der letzten Katamneseerhebungen (T3) konnte an einem Standort erst im Januar 2018 stattfinden) sowie wegen des hohen Aufwandes für die Auswertung der Daten und der Organisation der Abschlusskonferenz, wurde nach Rücksprache mit dem BMG die „aktive“ Projektphase kostenneutral um einen Monat bis Ende März 2018 verlängert. Zur Dissemination der Ergebnisse und der Verfassung projektbezogener Publikationen fand darüber hinaus eine ebenfalls kostenneutrale Verlängerung der Gesamtlaufzeit des Projektes bis 31.12.2018 statt.

Der Projektverlauf und die jeweiligen Aktivitäten werden im folgenden Abschnitt im Detail beschrieben.

6.2 Projektverlauf

Phase I: Analyse des Forschungsstandes

Im Zeitraum vom März und April 2016 wurde eine ausführliche und systematisierte Literaturrecherche zu folgenden Themen durchgeführt: Kennzahlen zu Methamphetaminkonsum und -abhängigkeit, methamphetaminbelastete Familiensysteme (mit einem besonderen Fokus auf die Auswirkungen auf Kinder), Familienresilienz und Elternkompetenz sowie deren Förderung, verhaltens- und bindungsorientierte Eltern- und Familientrainings sowie verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung von Suchterkrankungen (insbesondere der Methamphetaminabhängigkeit) für Betroffene und Angehörige. Ein schriftliches Literaturreview zu diesen Themen wurde ebenfalls im genannten Zeitraum erstellt.

Phase II: Ausbau von Netzwerken und Kooperationen

Parallel zur Erstellung des Literaturreviews fand eine Verstärkung der bestehenden Kontakte zu den Praxispartnern der Suchthilfe an den Projektstandorten in Sachsen und Thüringen statt sowie eine erste Kontaktaufnahme und Kooperationsanfrage zu lokalen Trägern der Jugendhilfe an den jeweiligen Standorten. Im Frühjahr 2016 konnten die ersten „Tandems“ aus Sucht- und Jugendhilfe zur Durchführung des Projektes gebildet werden. Da die Zusammenarbeit der lokalen Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen weitere Verstärkung benötigte und auch ein persönliches Zusammentreffen mit den Mitarbeitenden des DISuP gewünscht wurde, fand am 02.06.2016 in Chemnitz ein Kick Off-Meeting für alle Praxiseinrichtungen aus der Sucht- und Jugendhilfe statt. Hier konnte neben der Vermittlung detaillierter Projektinformationen vor allem der Kontakt zwischen den Kooperierenden und dem Projektteam geknüpft und / oder vertieft werden. Insgesamt nahmen etwa 20 (leitende) Mitarbeitende der Sucht- und Jugendhilfe der (damaligen) Praxisstandorte an der Kick Off-

Veranstaltung teil. Aufgrund des Ausscheidens einer Einrichtung aus dem Projekt fand im August 2016 erneut eine aktive Kooperationsanfrage von Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe in Sachsen und Thüringen statt. Im Zuge dessen konnten im August und September 2016 zwei weitere Tandems an noch nicht bedienten Praxisstandorten zur Kooperation gewonnen werden und vor Beginn der Feldphase in das Projekt integriert werden.

Zu Beginn des Jahres 2017 wurde an allen Standorten eine projektbezogene, schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen den Tandem-Einrichtungen sowie der Katholischen Hochschule NRW geschlossen.

Phase III: Entwicklung von Intervention und Forschungsdesign

Im Rahmen der o.g. Kick-Off-Veranstaltung wurden den teilnehmenden Fachkräften der Projektstandorte erstmalig der geplante (und im Antrag benannte) Konzeptentwurf für das Elterntraining vorgestellt, welches in seiner ursprünglichen Fassung zehn Module und ein vorgeschaltetes, motivierendes Erstgespräch umfasste. Auf dringende Empfehlung der Fachkräfte wurde das Elterntraining auf acht Module gekürzt, da sie befürchteten, die teilnehmenden Eltern nicht über zehn Module hinweg in einer Intervention halten zu können.

Darüber hinaus waren sich die Fachkräfte einig, dass ein motivierendes Gespräch nicht ausreichen würde, um die Motivation zur Teilnahme am Elterntraining zu etablieren bzw. zu stärken. Zudem wünschten sie sich mehr Zeit, neben der Teilnahmemotivation auch die Abstinenzbereitschaft, die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die soziale und emotionale Kompetenz der Teilnehmenden im Vorfeld des Trainings überprüfen zu können, damit es später zu möglichst wenigen Komplikationen im Rahmen der Durchführung des Trainings kommt. So wurde beschlossen, das motivierende Erstgespräch durch eine standardisierte, ebenfalls manualisierte Clearingphase zu ersetzen, welche aus drei Modulen (die im Einzelsetting mit den Klientinnen und Klienten durchgeführt werden) und einer Abschlussbewertung besteht (siehe Tabelle 6.). Die Gesprächsführung in allen Modulen sowie die erstellten Arbeitsblätter orientieren sich an den Basisprinzipien und Techniken der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015).

Parallel zur Erstellung der Clearingphase fand durch das Projektteam die Namensgebung „SHIFT-Elterntraining“ für die Intervention statt. Der englische Name SHIFT ist dabei nicht nur kurz und modern, sondern steht in der Übersetzung auch für einen Wechsel bzw. eine Verschiebung. Im Kontext des SHIFT-Elterntrainings geht es dabei vor allem um den Fokuswechsel weg von Substanz und Konsum hin zur Priorisierung von Familie und Kindern. Darüber hinaus versteht sich SHIFT als Abkürzung für den Titel „**S**uch**t**hilfe-**F**amilien-**T**raining“.

Die Intervention SHIFT-Elterntraining entstand im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses. Für die Konzeption des SHIFT-Manuals wurden zunächst aktuelle Forschungsergebnisse zu den

Lebenswelten methamphetaminabhängiger und –konsumierender Personen zusammengetragen um sicherzustellen, dass die Intervention exakt auf die typischen Problemlagen der Klientel zugeschnitten ist. Darüber hinaus wurden aktuelle Entwicklungstrends in Bezug auf verhaltens- und bindungsorientierte Elterntrainings (auch für andere Eltern-Zielgruppen) berücksichtigt. Außerdem wurden passende Elemente aus anderen verhaltens- und / oder suchttherapeutischen Interventionen oder Techniken ausgewählt, wie z.B. MUT! (Klein, 2006) oder MATRIX (Center for Substance Abuse Treatment, 2007), und in das Manual integriert.

Parallel zur Entwicklung der Manuale zur Durchführung des Clearings und der Intervention fand eine Entwicklung und Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente zur Wirksamkeits- und Prozessevaluation statt (siehe 5.2.).

Phase IV: Fokusgruppe

Im Juli 2016 wurden erste vollständige und vorläufige Entwürfe der Manuals für das SHIFT-Elterntaining und die Clearingphase verfasst, an die Fachkräfte der Praxisstandorte mit Bitte um Sichtung und Rückmeldung versendet und schließlich im Rahmen einer Fokusgruppe (19.08.16 in Chemnitz) mit den leitenden Fachkräften der Praxisstandorte diskutiert. So konnte gewährleistet werden, dass das SHIFT-Elterntaining nicht nur eine solide theoretische Fundierung besitzt, sondern auch im praktischen Alltag gut umsetzbar sein würde.

Im Rahmen der Diskussion mit den Fachkräften aus der Praxis stellte sich heraus, dass in Bezug auf das Manual zur Clearingphase keine Überarbeitungswünsche seitens der Fachkräfte bestanden. Auch bezüglich des Manuals zum SHIFT-Elterntaining empfahlen die Fachkräfte, die Inhalte und Übungen der Module wie vorgestellt zu belassen. Es wurden lediglich vereinzelt Anregungen gegeben, bestimmte Übungen noch stärker auf die besonderen Spezifika der Methamphetaminabhängigkeit abzustimmen. Darüber hinaus regten die Fachkräfte an, die Arbeitsblätter noch zielgruppenspezifischer zu gestalten, d.h. weniger und einfacherer Text sowie mehr Bilder, z.B. in Form von Comics. Alle Empfehlungen wurden entsprechend im Manual zum SHIFT-Elterntaining umgesetzt. Tabelle 6 präsentiert die finalen Inhalte der Clearingphase und des SHIFT-Elterntainings.

Tabelle 6: Finale Module und Inhalte der Clearingphase und des SHIFT-Elterntrainings

Modul-Nr.	Titel / Inhalte
Clearingphase	
1	Aufbau & Stärkung der Abstinenzmotivation I
2	Aufbau & Stärkung der Abstinenzmotivation II
3	Motivation zur Teilnahme am SHIFT-Elterntraining
--	Abschlussbewertung mithilfe eines Screeningbogens (zur Überprüfung der Eignung des Klienten / der Klientin in Bezug auf Teilnahmemotivation, Abstinenzbereitschaft, kognitive Leistungsfähigkeit, soziale und emotionale Kompetenz)
SHIFT-Elterntraining	
1	Einstieg: „Start SHIFTING“.
2	Erziehung I : „Her mit den guten Zeiten“
3	Erziehung II: „Was tun wenn´s brennt“
4	Familienresilienz I : „Keiner ist wie wir“
5	Familienresilienz II: „Lass uns reden...“
6	Sucht & Familie: „Neue Wege – gemeinsam gehen“
7	Partnerschaft: „Mehr als Eltern“
8	Abschied: „Tschüss und hin zu mehr“

Phase V: Feldphase

Schulung der Trainerinnen und Trainer

Um die künftigen Übungsleitenden aller teilnehmenden „Tandems“ optimal auf die Implementierung des SHIFT-Elterntrainings und des vorgeschalteten Clearings sowie auf die notwendigen begleitenden Dokumentationsarbeiten und Datenerhebungen mit den drei Messzeitpunkten vorzubereiten, wurden sie vor Beginn der Feldphase am 21.10.2016 in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung intensiv geschult. Insgesamt 25 Fachkräfte aus allen „Tandems“ haben an der Schulung teilgenommen. Die Evaluationsergebnisse der Veranstaltung zeigen, dass die Schulung erfolgreich und für alle Beteiligten mehr als zufriedenstellend durchgeführt wurde (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Bewertung der Schulung zum SHIFT Elterntaining durch die teilnehmenden Fachkräfte

	Min.	Max.	M	SD
Verständlichkeit des Manuals	1	2	1.24	0.44
Inhalte der Schulung	1	3	1.76	0.60
Vermittlung der Schulungsinhalte	1	2	1.64	0.49
zeitlicher Ablauf und Aufbau der Schulung, Organisation	1	3	1.76	0.66
Möglichkeit der aktiven Mitarbeit und Diskussion	1	4	1.56	0.82
Eingang auf Bedürfnisse der Teilnehmenden durch Dozentinnen	1	2	1.40	0.50
Erweiterung des Wissensspektrums	1	4	2.16	0.69

Anmerkung: (n = 25; Skala: 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft)

Rekrutierung der Teilnehmenden

Unmittelbar in Anschluss an die Schulung begannen die Fachkräfte der teilnehmenden „Tandems“ mit der Ansprache von potentiellen Teilnehmenden. Hierzu wurden in Zusammenarbeit mit einem externen Grafikdesigner durch das DISuP-Projektteam spezielle SHIFT-Werbematerialien erstellt, wie z.B. Flyer und Poster, aber auch Aufklärungsschreiben mit Einwilligungserklärungen („informed consent“).

Im Zuge der Rekrutierung wurden die Fachkräfte gebeten darauf zu achten, dass die Teilnehmenden grundsätzlich die folgenden Einschlusskriterien erfüllten:

- Klientinnen und Klienten mit bestehender Crystal Meth Problematik bzw. Abhängigkeit
- Klientinnen und Klienten waren dabei abstinent lebend oder aktiv konsumierend (→ siehe Clearingphase)
- Klientinnen und Klienten hatten Kinder zwischen 0 und 8 Jahren bzw. waren werdende Eltern mit oder ohne weiteren Kindern
- Polytoxikomane Eltern konnten eingeschlossen werden, sofern Crystal Meth die Hauptsubstanz darstellte
- Die Eltern lebten mit dem Kind / den Kindern im selben Haushalt oder hatten mindestens regelmäßigen Kontakt zum Kind / zu den Kindern

Die Erfüllung der Einschlusskriterien wurde im Rahmen der Clearingphase erneut überprüft und damit sichergestellt.

Die Fachkräfte aus allen teilnehmenden Tandems wurden in einer separaten schriftlichen Kurzbefragung hinsichtlich des Vorgehens und des Erfolgs bei der Rekrutierung der

Stichprobe für das SHIFT-Elterntraining befragt. Insgesamt gaben elf Fachkräfte Auskunft über die Art und den Erfolg der genutzten Rekrutierungswege.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Fachkräfte ihre Teilnehmenden für die SHIFT-Gruppen in erster Linie über die kooperierende Suchtberatungsstelle innerhalb des Tandems rekrutieren konnten: 55,6 % der Fachkräfte betrachteten die kooperierende Suchtberatung als den wichtigsten Rekrutierungsweg, 33,3 % erachteten sie als zweitwichtigsten Rekrutierungsweg ($n = 9$).

Ebenfalls eine tragende Rolle in der Rekrutierung spielte die kooperierende Jugendhilfe innerhalb des Tandems: ein Drittel von neun Befragten (33,3 %) hielt die kooperierende Jugendhilfe für den wichtigsten Weg der Rekrutierung, jeweils 18,2 % erachteten sie als den zweit- bzw. dritt wichtigsten Weg.

Die Akquise innerhalb der Sucht- und Jugendhilfe in den Tandems erfolgte in erster Linie über die direkte Ansprache von eigenen Klientinnen und Klienten durch deren Ansprechpersonen, darüber hinaus wurden in den Einrichtungen SHIFT-Flyer ausgelegt und SHIFT-Poster aufgehängt, so dass auch die Klientinnen und Klienten die Fachkräfte direkt auf das Projekt ansprechen konnten.

Ebenfalls kamen den durchgeführten Akquise- oder Informationsveranstaltungen in den kooperierenden Einrichtungen bedeutsame Rollen zu. Nahezu ein Drittel (30 %) von zehn Befragten gab an, dass dies für sie den wichtigsten Rekrutierungsweg darstellte, weitere 10 % empfanden derartige Veranstaltungen als den zweitwichtigsten Rekrutierungsweg. Jeweils zwei (18,2 %) von elf Fachkräften bewerteten diesen Weg auch als erfolgreich bzw. eher erfolgreich.

Eine untergeordnete Rolle spielte Öffentlichkeits- und Medienarbeit. Etwa ein Drittel (36,4 %) der befragten Fachkräfte bezeichnete diesen als viertwichtigsten Rekrutierungsweg, etwa zwei Drittel (63,6 %) hatten gar nicht erst versucht diesen Weg zu nutzen. Eine geringfügige Rolle für die Rekrutierung von Teilnehmenden für SHIFT spielte ebenfalls die Vorstellung des Projektes bei Netzwerkmitgliedern. Genannt wurden hier der lokale Allgemeine Soziale Dienst (ASD) sowie andere Gremien (z.B. „AG Sucht“). Diese Wege wurden jeweils einmal als zweit- und als dritt wichtigster Rekrutierungsweg bezeichnet.

Es bestand ebenfalls die Möglichkeit, dass Netzwerkmitglieder der kooperierenden Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen direkt Klientinnen und Klienten in das Projekt vermitteln: 66,7 % der befragten Fachkräfte gaben an, dass dabei, wenn dies überhaupt geschah, andere Kontakte aus der Suchthilfe den zentralsten Kontakt darstellten. Die Hälfte (50 %) der befragten Fachkräfte bezeichnete diese Vernetzung auch als sehr erfolgreich und weitere 20 % bezeichneten sie als erfolgreich. Darüber hinaus gaben 33,3 % an, dass für sie der zentralste

Kontakt aus anderen Kontakten aus der Jugendhilfe bestand. Jeweils eine Person benannte ferner noch Kontakte aus dem Gesundheitsbereich, ASD, Selbsthilfe sowie Kindergärten und Schulen als untergeordnete zentrale Kontakte. Wichtig ist an dieser Stelle jedoch zu wiederholen, dass im Projekt SHIFT insgesamt wenig externe Kontakte zur Rekrutierung genutzt wurden bzw. werden mussten, da die Rekrutierung innerhalb der Tandems bereits gut verlief.

Die befragten Fachkräfte wurden außer zur Relevanz der jeweiligen Kontakte auch zum Erfolg der jeweiligen Rekrutierungswege befragt. Es stellte sich heraus, dass die Rekrutierung innerhalb der Tandems selbst am erfolgreichsten verlief. Am besten bewertet wurde hierbei die Teilnehmendengewinnung über die kooperierende Suchtberatungsstelle ($M = 1.33$, $SD = 0.70$, Range: 1 = sehr erfolgreich, 6 = gar nicht erfolgreich; vgl. Schulnotensystem). Auch die Rekrutierung über die kooperierende Jugendhilfeeinrichtung wurde insgesamt gut bewertet, wenngleich die Rückmeldungen hierzu gemischt ausfielen. Weniger gut als Rekrutierungskanäle bewertet wurden Akquise- und Informationsveranstaltungen ($M = 3.17$, $SD = 1.17$) und Öffentlichkeits- und Medienarbeit ($M = 4.00$, $SD = 2.00$), wobei sich die Rückmeldungen auch hier recht heterogen gestalteten. Eine Fachkraft bewertete noch den von ihr genutzten Rekrutierungsweg über den ASD vor Ort, bewertete diesen aber als gar nicht erfolgreich. Tabelle 8 zeigt die durchschnittlichen Bewertungen der genutzten Rekrutierungswege.

Tabelle 8: Bewertung der genutzten Rekrutierungswege durch die durchführenden Fachkräfte

Rekrutierungsweg	N	M	SD
Kooperierende Suchtberatung	9	1.33	0.71
Kooperierende Jugendhilfe	7	2.14	1.77
Akquise- und Informationsveranstaltungen	6	3.17	1.17
Öffentlichkeits- und Medienarbeit	3	4.00	2.00

Zuletzt wurden die Fachkräfte auch dazu befragt, wie hoch der geschätzte Anteil an Eltern war, die zwar auf das Projekt SHIFT angesprochen werden konnten, eine Teilnahme am Training aber ablehnten. Nur eine Fachkraft (9,1 %) bezeichnete die Ablehnungsquote als hoch (ca. 50-70 % der Angesprochenen). Jeweils 36,4 % bewerteten die Ablehnungsquote als mittel (ca. 30-50 % der Angesprochenen) oder niedrig (ca. 10-30 % der Angesprochenen). Als sehr niedrig (weniger als 10 % der Angesprochenen) beschrieben zwei Fachkräfte (18,2 %) ihre Ablehnungsquote.

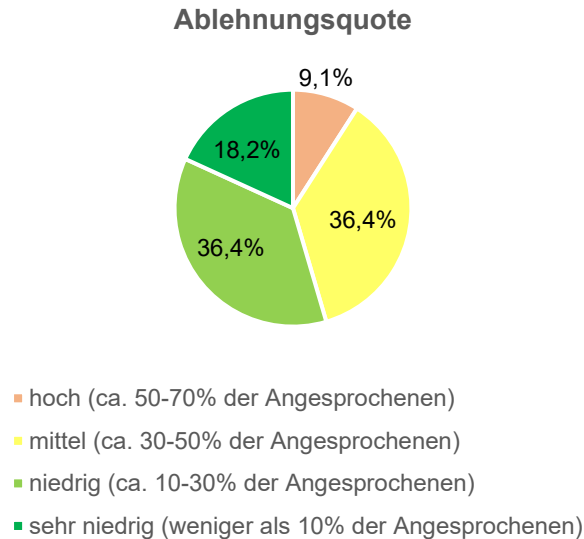


Abbildung 2: Ermittelte Ablehnungsquote

Wenn es von den angesprochenen Eltern zu einer Ablehnung kam, wurde eine Motivation besonders in den Vordergrund gestellt: abstinente Eltern, vor allem jene, die noch nicht lange drogenfrei lebten, wollten Distanz zu noch konsumierenden Eltern, u.a. weil sie Zweifel an der Stabilität der eigenen Abstinenz hatten. Darüber hinaus wurden als andere Gründe genannt: Zeitgründe, andere Herausforderungen in der Lebenswelt besitzen Priorität (z.B. Schulden, Zwangsräumung, anstehende Rehamassnahme oder Therapie, Strafverfahren), Umfang von bzw. Aufwand für das Elterntraining, mangelndes Bewusstsein für die Problematik bzw. nicht wahrgenommene Notwendigkeit oder aber kein Interesse, z.B. wegen bereits langer, stabiler Abstinenz.

Clearingphase

Sobald ein Elternteil im Zuge der Rekrutierungsarbeiten grundsätzliches Interesse an einer SHIFT-Intervention geäußert hatte, wurde mit ihm die Clearingphase durchgeführt, sofern dieser generell den Einschlusskriterien der Studie entsprach, von SHIFT prinzipiell profitieren könnte und bei ihm nach Einschätzung der Fachkräfte Potential zur Teilnahme am SHIFT-Elterntraining und an den Befragungen gegeben ist. Alle potentiellen Teilnehmenden sollten vor Aufnahme in das SHIFT-Elterntrainings das Clearing durchlaufen haben.

Wie bereits oben beschrieben, handelt es sich bei dem Clearing um eine vorbereitende Intervention für Elternteile, die für die Teilnahme am SHIFT-Elterntraining prinzipiell infrage kommen. Insgesamt umfasst die Clearingphase drei Module à ca. 30-40 Minuten, die von den Fachkräften, die mit der Teilnehmendengewinnung für das SHIFT-Elterntraining betraut waren (beratende Personen, Bezugstherapeutinnen und -therapeuten...), im Einzelsetting durchgeführt wurden – entweder im Rahmen regulärer Beratungstermine oder zusätzlich

anberaumter Termine. Im Anschluss an die drei Sitzungen führte die entsprechende Fachkraft eine Abschlussbewertung mithilfe eines Fragebogens durch.

Das Clearing sollte dazu dienen, für die Fachkräfte zu klären, ob eine Klientin oder ein Klient zum einen *kognitiv* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilzunehmen, z.B. hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis und Reflektionsfähigkeit. Des Weiteren sollte im Rahmen des Clearings überprüft werden, ob der oder die Teilnehmende hinsichtlich des *Sozial- und Interaktionsverhaltens* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilzunehmen. Als wesentliche Merkmale dienten hier Absprachefähigkeit, Kooperationsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Emotionsregulation. Darüber hinaus sollte mithilfe des Clearings überprüft werden, ob der oder die Teilnehmende vor dem Hintergrund des aktuellen *Konsumstatus* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilnehmen, z.B. in Hinblick auf Veränderungsbereitschaft in Bezug auf Abstinenz. Im Zuge dessen sollte eruiert werden, ob *Beikonsum* besteht und inwieweit dieser für eine Teilnahme am SHIFT-Elterntraining hinderlich sein könnte. Diesbezüglich wurden die Fachkräfte angeregt, auch zusätzliche Informationen von z.B. Kolleginnen und Kollegen einzuholen. Gleichzeitig sollte die Clearingphase auch dazu dienen, den oder die Teilnehmende für eine künftige *Abstinenz* zu motivieren bzw. bei einer bereits bestehenden Abstinenz diese zu festigen. Nicht zuletzt sollte das Clearing selbstverständlich auch zur Teilnahme am SHIFT-Elterntraining motivieren.

Die Inhalte des Clearings wurden in der Beschreibung von Phase III vorgestellt. Als theoretische Fundierung für diese Inhalte diente die Motivierende Gesprächsführung („Motivational Interviewing (MI)“ nach Miller & Rollnick, 2015) und seine vier Basisprinzipien: 1) Empathie, 2) Entwicklung von Diskrepanzen (= der Klientin / dem Klienten z.B. die eigene Ambivalenz bzgl. des Substanzkonsums erlebbar machen), 3) geschmeidiger Umgang mit Widerstand der Klientin bzw. des Klienten und 4) Stärkung der Änderungszuversicht. Folgende Methoden wurden nach MI eingesetzt: offene Fragen stellen, aktives Zuhören, Würdigung, Förderung von „change talk“ (Veränderungsabsichten), Förderung von „confidence talk“ (Zuversicht) sowie der gezielte Einsatz von Zusammenfassungen und Resümees. Zur Unterstützung wurden Arbeitsblätter eingesetzt, die diese Prinzipien und Methoden berücksichtigten und förderten.

Im Anschluss an die Clearingsitzungen füllte die entsprechende Fachkraft die Abschlussbewertung aus. Diese beinhaltete geschlossene Fragen und nur wenn alle Fragen des Bogens mit „ja“ beantwortet bzw. angekreuzt werden konnten, konnte der Elternteil in das SHIFT-Elterntraining aufgenommen werden.

Randomisierte Zuteilung der rekrutierten Teilnehmenden zu Interventions- und Wartekontrollgruppe

Wurde eine ausreichende Anzahl an Teilnehmenden gewonnen und hatten alle Teilnehmenden die Clearingphase abgeschlossen, wurden sie entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der Wartekontrollgruppe (WKG; zugleich ("Treatment-As-Usual (TAU)")) zugeteilt. Die IG begann unmittelbar im Anschluss an das Clearing mit dem SHIFT-Elterntaining, während der Start des SHIFT-Elterntainings in der WKG aus methodischen Gründen erst nach Abschluss der Katamnesebefragungen T3 erfolgen konnte. Die Zuteilung auf die IG oder WKG erfolgte an den Standorten mithilfe des Computerprogramms SPSS randomisiert. An zwei Standorten – Vogtland und Trockenborn-Wolfersdorf – war jedoch keine zufällige Zuteilung möglich. Im Vogtland konnte aufgrund der Infrastruktur der Einrichtung nicht genügend Teilnehmer für die Durchführung von sowohl IG und WKG akquiriert werden. Entsprechend wurden an diesem Standort ausschließlich eine IG implementiert. In der Wohneinrichtung in Trockenborn-Wolfersdorf war eine Randomisierung aufgrund der Einrichtungsgröße und der Rahmenbedingungen nicht möglich. Zur Sicherung einer ausreichenden Anzahl teilnehmender Eltern wurden an diesem Standort jedoch stattdessen zwei IGs unmittelbar nacheinander durchgeführt. Entsprechend wurde das Forschungsdesign als quasi-experimentelles Design angepasst, da keine vollständige Randomisierung der Teilnehmenden möglich war.

Optional war zunächst geplant, zusätzlich eine zweite, unbehandelte, naturalistische Kontrollgruppe (WKG2) zu rekrutieren. Es zeigte sich jedoch, dass Eltern ohne Anbindung im Hilfesystem nicht für das Projekt gewonnen werden konnten. Aus praktischen und ökonomischen Gründen konnte demzufolge im Rahmen des Projektes ausschließlich die „TAU“-Wartekontrollgruppe (WKG) als Vergleichsgruppe dienen.

Durchführung der Intervention

Im Anschluss an die Zuteilung der Teilnehmenden an die jeweiligen Gruppen wurden an allen kooperierenden Standorten insgesamt acht IGn vollständig durchgeführt und erfolgreich beendet. Die Durchführung der Intervention für die WKGn fand an fünf Standorten ab Oktober 2017 statt, die letzte Gruppe endete im Januar 2018. Die Bewertung der Durchführung der Intervention und die Darstellung von Herausforderungen wird umfassend im Abschnitt zu den Ergebnissen der Prozessevaluation beschrieben (s. Abschnitt 7.2).

Phase VI: Evaluation

Zur Wirksamkeitsevaluation fand – wie in Abschnitt 5.1.3 bereits beschrieben - eine Befragung der teilnehmenden Eltern zu drei Messzeitpunkten anhand von Paper-Pencil-Fragebögen im

Gruppensetting statt. Die Gruppenbefragung fand in den Räumlichkeiten der kooperierenden Einrichtungen statt und wurde auch von diesen organisiert. Es wurde das Gruppensetting gewählt, damit die Teilnehmenden den Fragebogen auch tatsächlich für sich selbst ausfüllten und damit sie sich bei Schwierigkeiten direkt an eine Fachkraft wenden konnten. So konnte die Qualität der Daten gesichert werden. Im Anschluss an jede Befragung erhielten die Teilnehmenden von der anwesenden Fachkraft einen Gutschein ihrer Wahl (dm, H&M oder MediaMarkt). Die Höhe des Gutscheinwerts hing vom Befragungszeitpunkt ab: zu T1 erhielten die Teilnehmer einen Gutschein in Höhe von 10,00 EUR, zu T2 einen Gutschein in Höhe von 20,00 EUR und zu T3 einen Gutschein in Höhe von 30,00 EUR. Durch die steigende Staffelung der Gutscheine sollte die Drop-Out-Quote reduziert werden.

Die Dateneingabe zur Wirksamkeitsevaluation begann unmittelbar im Anschluss an den ersten Befragungszeitpunkt (T1) im März 2017 und endete mit dem letzten T3-Befragungszeitpunkt im Januar 2018. Neben ersten Zwischenauswertungen, die fortwährend parallel zur Dateneingabe stattfanden, konnte die erste Auswertung des gesamten Datensatzes im Januar 2018 erfolgen. Die Finalisierung der Auswertung wurde im weiteren Verlauf des Jahres abgeschlossen.

Die Dateneingabe und –auswertung der Prozessevaluation fanden kontinuierlich zum gesamten Forschungsprozess vom Zeitpunkt der Fachkräfteschulung im Oktober 2016 bis zum Ende der letzten IGn im Sommer 2017 statt und wurden dann unmittelbar abgeschlossen. Darüber hinaus wurde im Sinne der Prozessevaluation für den Sommer 2017 ein gemeinsames SHIFT-Projekttreffen mit Trainerinnen und Trainern sowie Einrichtungsleitungen in Dresden (zwischen der Durchführung IG und WKG) avisiert. Ziel der Veranstaltung sollte ein Erfahrungsaustausch der Fachkräfte untereinander sowie mit der Projektkoordination sein. Aufgrund von Ferien- und Urlaubszeiten wurde seitens der Praxiseinrichtungen wenig Kapazität für eine derartige Veranstaltung signalisiert. Zur Wahrung eines angemessenen Aufwands sowie zum Erreichen weiterer veränderter Praxiseinrichtungen, wurde stattdessen eine gemeinsame moderierte Fokusgruppe per Telefonkonferenz durchgeführt. Neben beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Projekts, konnten insgesamt neun Fachkräfte aus sechs kooperierenden Standorten für die Besprechung gewonnen werden. In der fast zweistündigen Konferenz wurden erste Projektergebnisse sowie die Optimierung der praktischen Durchführung ausführlich diskutiert. Die protokollierten Ergebnisse und Inhalte wurden anschließend zur Ergänzung des Manuals verwendet (v.a. in Form von zusätzlich eingefügten („Infoboxen“)).

Phase VII: Ergebnistransfer

Die Inhalte der Intervention sowie erste Ergebnisse zu den Datenerhebungen konnten der Fachöffentlichkeit auf folgenden Kongressen vorgestellt werden:

- Deutscher Suchtkongress 2016
- WPA XVII World Congress of Psychiatry 2017
- Lisbon Addictions Conference 2017
- Tübinger Suchttherapie Tage 2018
- Deutscher Suchtkongress 2018
- AFINet (Addiction and the Family International Network) Conference 2018
- DGPPN-Kongress 2018

In den Jahren 2017 und 2018 wurden darüber hinaus thematisch verwandte Vorträge in Praxiseinrichtungen gehalten sowie verschiedene schriftliche Publikationen erstellt, die bei internationalen peer-reviewed Journals eingereicht wurden (s. Abschnitt 10). Weitere Veröffentlichungen und Vorträge sind in Planung („It takes a village“-Konferenz in Oslo, 2019).

Am 05.03.2018 fand in Dresden eine Abschlusskonferenz mit den Mitwirkenden aus der Sucht- und Jugendhilfe sowie weiteren Interessierten aus der Fachöffentlichkeit zur Präsentation und Diskussion der Ergebnisse sowie zur Formulierung von weiteren Handlungsempfehlungen und deren Streuung innerhalb bestehender Netzwerke statt. Insgesamt nahmen an dieser Veranstaltung rund 100 Fachkräfte aus Sucht- und Jugendhilfe sowie Politik und Gesundheitsversorgung teil.

Das Manual zum SHIFT-Elternteraining wurde anhand der Ergebnisse der Prozessevaluation überarbeitet. Die Inhalte und Übungen wurden dabei nicht verändert, dies erschien den Ergebnissen der Prozessevaluation zufolge nicht notwendig. Jedoch wurden relevante und andere wertvolle Ergebnisse und Hinweise in Form von „Infoboxen“ an entsprechende Stellen im Manual hinzugefügt. Das Manual wird im Laufe des Jahres 2019 über den psychologischen Fachverlag Hogrefe veröffentlicht und wird im Anschluss im Buchhandel erhältlich sein.

6.3 Besondere Herausforderungen im Projektverlauf

Bis auf die geringfügige zeitliche Verzögerung in der Datenerhebung (s. Abschnitt 6.1), die keinerlei negativen Auswirkungen auf den Projektverlauf besaß, sind im zeitlichen Verlauf des Projektes keine besonderen Herausforderungen zu nennen. Es konnte rechtzeitig eine ausreichende Anzahl an Teilnehmenden gewonnen und die Intervention konnte fristgerecht wie geplant durchgeführt werden. Die Intervention konnte eine hohe Akzeptanz bei sowohl Durchführenden als auch Teilnehmenden erzielen. Die geringe Abbruchquote unterstreicht dieses Ergebnis.

Als herausfordernd wurde im Zuge der Durchführung lediglich das für jedes Modul vorgegebene Zeitfenster erlebt. Sowohl Durchführende als auch Teilnehmende hätten gerne mehr Zeit für die Besprechung der (thematisch hochrelevanten) Inhalte gehabt. Diese Information floss in die Überarbeitung des Manuals als „Infobox“ ein. Letztlich unterstreicht dieser Wunsch erneut die hohe thematische Passung der Intervention an die Bedürfnisse der Zielgruppe der methamphetaminabhängigen Eltern.

Weiterhin zeigte sich die forschungspraktische Umsetzung eines randomisiert-kontrollierten Forschungsdesigns mit der entsprechenden Klientel in den kooperierenden Einrichtungen als nicht einfach umsetzbar. Dies ist kohärent mit bisherigen Forschungserfahrungen zum partiellen Widerspruch zwischen methodischen Qualitätsanforderungen, klinischer Alltagspraxis und dem Ermöglichen eines niedrighschwelligen Zugangs für Betroffene. Entsprechend wurde ein quasi-experimentelles Design realisiert, dass sich hinsichtlich der externen Validität und somit der Praxisrelevanz als sinnvoll darstellt.

7. Ergebnisse

7.1 Ausgangslage und Stichprobe

Im Folgenden werden die gesamten Ergebnisse des Projektes präsentiert. Dabei findet zunächst eine ausführliche Darstellung der Gesamtstichprobe zu T1 sowie IG und WKG statt. Anschließend werden die Ergebnisse der Prozessevaluation des SHIFT-Elterntrainings erläutert, wobei die Beurteilungen einzelner Module sowie der Gesamtintervention durch Trainerinnen bzw. Trainer und teilnehmende Eltern dargestellt werden. Abschließend werden die Ergebnisse der Wirksamkeit des Trainings direkt nach der Intervention sowie in der 6-Monats-Katamnese präsentiert, wobei hier die finale, zu T3 erreichte Stichprobe die Datenbasis der Analysen darstellt.

Neben der Erfassung von soziodemografischen Merkmalen und Erfahrungen mit dem Hilfesystem, wurden alle teilnehmenden Eltern anhand standardisierter Inventare befragt (siehe Punkt 5.1.3). Neben der deskriptiven Analyse der Daten zu T1 wurden die IG und WKG zum Ausschluss systematischer Baseline-Differenzen hinsichtlich aller relevanten Variablen vor Interventionsbeginn miteinander verglichen. Weiterhin wurden vorhandene Cut-Off und Normwerte zur Einschätzung der Gesamtstichprobe herangezogen, um vertiefte Erkenntnisse über die Gruppe der methamphetaminabhängigen Eltern gewinnen zu können.

7.1.1 Soziodemografische Merkmale

Insgesamt durchliefen 87 Eltern die Clearingphase und nahmen anschließend an der ersten Baseline-Befragung (T1) teil. Die Stichprobe bestand aus 68 Müttern (78,2 %) und 19 Vätern. Für 84 (96,6 %) Elternteile lag die Diagnose Methamphetaminabhängigkeit vor. Es handelte sich primär um die biologischen Eltern der Kinder und nur selten um Steifelternteile. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 30,76 Jahre ($SD = 4.82$, *range*: 19-42) alt und etwa die Hälfte befand sich aktuell in einer Beziehung ($n = 48$, 55,8 %), nur selten waren die liierten Paare jedoch verheiratet ($n = 7$, 8,0 %). Sowohl hinsichtlich des Alters ($t(85) = -.55$, $p = .581$), des Geschlechts ($\chi^2 = 3.32$, $p = .069$), der Anzahl der Kinder pro Teilnehmenden ($t(84) = 1.79$, $p = .077$) als auch in Bezug auf den Beziehungsstatus ($\chi^2 = .771$, $p = .380$) und aller relevanten soziodemografischen Baseline-Variablen unterschieden sich Interventions- und Wartekontrollgruppe nicht signifikant voneinander.

Mit 55 Personen war der Großteil der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig (63,2 %). Insgesamt 17 Personen (19,5 %) gingen einer Teil- oder Vollzeitbeschäftigung nach und 14 (16,1 %) befanden sich in anderen Beschäftigungsverhältnissen, wie z.B. in einer berufsvorbereitenden Maßnahme oder einem Mini-Job. Die Elternteile zeigten einen mittleren Bildungsstand mit insgesamt 72 Teilnehmenden (82,8 %), die über einen Haupt- / Realschulabschluss bzw. eine

abgeschlossene Berufsausbildung verfügten. Nur acht (9,1 %) hatten keinen Schulabschluss und weitere drei (3,4 %) einen Sonder- oder Förderschulabschluss. Die (Fach-)Hochschulreife war von drei Teilnehmenden (3,4 %) erlangt worden und eine Person (1,1 %) hatte einen Hochschulabschluss. Die meisten teilnehmenden Eltern wohnten selbstständig ($n = 64$, 73,6 %), etwa ein Viertel ($n = 22$, 25,3 %) lebte in einer stationären Suchthilfeeinrichtung oder im ambulanten betreuten Wohnen. Die Eltern hatten bis zu fünf Kinder; nur zwei Elternteile erwarteten zum Zeitpunkt der Teilnahme ihr erstes Kind. Insgesamt 161 Kinder waren innerhalb der teilnehmenden Familien mit einem Durchschnittsalter von sechs Jahren verzeichnet ($SD = 4.66$, range: 0.2 - 20 Jahre). Etwa die Hälfte der Kinder waren jeweils Mädchen ($n = 74$, 46,0%) und Jungen ($n = 86$, 53,4 %). Etwa ein Drittel ($n = 62$, 38,5 %) lebte nicht gemeinsam mit dem teilnehmenden Elternteil, sondern beim anderen leiblichen Elternteil, in Jugendhilfeeinrichtungen oder bei Pflegeeltern.

7.1.2 Erfahrungen mit dem Hilfesystem

Die Stichprobe, die über die kooperierenden Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen akquiriert wurde, hatte erwartungsgemäß bereits Erfahrungen in diesen Hilfesystemen gesammelt. Auch hinsichtlich einer psychotherapeutischen Versorgung zeigten sich Erfahrungswerte bzw. eine Offenheit gegenüber den Angeboten (Tabelle 9).

Tabelle 9: Prozentuale Angaben zu Erfahrungswerten und Einstellungen gegenüber dem Hilfesystem in der Gesamtstichprobe

Einstellungen zu Hilfsangeboten	Bereits genutzt	Geplant	Bei Bedarf	Eher nicht	Nicht vorstellbar	Keine Angabe
Suchthilfe	93,1%	0,0%	3,4%	1,1%	0,0 %	2,3%
Hilfen zur Erziehung	82,8%	4,6%	5,7%	3,4%	1,1%	2,3%
Psychotherapeutische Hilfen	64,4%	5,7%	13,8%	6,9%	6,9%	2,3%

Zwischen IG und WKG zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den bereits gesammelten Erfahrungen mit der Suchthilfe ($\chi^2 = 2.80$, $p = .094$), den Hilfen zur Erziehung ($\chi^2 = .015$, $p = .902$) sowie psychotherapeutischen Hilfen ($\chi^2 = .035$, $p = .852$).

7.1.3 Substanzkonsum

Die meisten Eltern waren zum Zeitpunkt der Teilnahme abstinent. Insgesamt 23 (26,7 %) hatten in den letzten sechs Monaten noch Crystal Meth konsumiert, nur sechs Elternteile (6,9 %) konsumierten innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Start der IGn. Die DUDIT-Scores zeigten einen Durchschnittswert von 11.48 Punkten bei hoher Standardabweichung ($SD = 9.33$, *range*: 0-38, $n = 78$). Verglichen mit vorhandenen, geschlechtsspezifischen Cut-Offs erzielten neun (11,5 %) der Eltern Werte, die für eine bestehende Drogenabhängigkeit sprachen, 58 (74,4 %) hatten Werte, die einer Drogenproblematik entsprachen und weitere elf (14,1%) beschrieben keine relevanten Drogenprobleme mehr. Hinsichtlich der DUDIT-Rohwerte (Tabelle 10) sowie Konsumprävalenz in den letzten sechs Monaten ($\chi^2 = .00$, $p = .995$) unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant.

Tabelle 10: Deskriptive Statistiken des Drug Use Disorder Inventory der IG und WKG und Ergebnisse des t-test

Drogenproblematik (DUDIT)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Gesamt	IG	48	11.69	9.35	.812
	WKG	30	11.17	9.46	

7.1.4 Psychische Symptombelastung

Die von den teilnehmenden Eltern beschriebene psychische Symptombelastung zeigte sich vielfältig. Wie Tabelle 11 zeigt, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 11: Deskriptive Statistiken der Subskalen des Brief Symptom Checklist der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests

Psych. Belastung (BSCL)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Depression	IG	52	0.81	0.85	.875
	WKG	34	0.84	0.92	
Angst	IG	52	0.67	0.69	.284
	WKG	34	0.85	0.85	
Zwang	IG	52	1.06	0.87	.536
	WKG	34	1.18	0.90	
Aggression	IG	52	0.78	0.74	.314
	WKG	34	0.94	0.72	
Paranoia	IG	52	0.95	0.82	.435
	WKG	34	0.81	0.83	
Psychotizismus	IG	52	0.72	0.91	.570
	WKG	34	0.84	1.02	
Gesamt	IG	52	0.84	.071	.560
	WKG	34	0.93	0.79	

Vergleiche der Gesamtstichprobe mit standardisierten T-Werten zeigten auffällige Werte ($T \geq 63$) einiger Eltern über alle verwendeten BSCL-Subskalen hinweg. Über ein Drittel beschrieb ($n = 31$, 36 %) Probleme im Bereich von Aggressivität, 32,6 % ($n = 28$) zeigten depressive Symptome und paranoide Züge, 37,2 % ($n = 32$) berichteten Zwangssymptome. Insgesamt 41,9 % erzielten auffällige Werte im Bereich Psychotizismus sowie 30,24 % ($n = 26$) im Bereich Angst.

7.1.5 Elternstress

Hinsichtlich aller relevanten Subskalen des Inventars zur Erfassung des Elternstresses zeigten sich keine systematischen Unterschiede zwischen IG und WKG (Tabelle 12).

Tabelle 12: Deskriptive Statistiken des Eltern-Belastungs-Inventar der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests

Elternstress (EBI)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Bindung	IG	52	2.56	0.994	.864
	WKG	32	2.63	1.02	
Soziale Isolation	IG	52	3.04	0.91	.490
	WKG	32	2.91	0.83	
Elternkompetenz	IG	52	3.02	1.04	.176
	WKG	32	3.31	0.81	
Depression	IG	52	3.66	0.76	.848
	WKG	32	3.70	0.71	
Gesundheit	IG	52	2.79	0.97	.310
	WKG	32	3.02	1.03	
Persönl. Einschränkung	IG	52	2.84	0.98	.262
	WKG	32	3.09	1.02	
Partnerbeziehung	IG	31	2.61	0.98	.419
	WKG	15	2.37	0.94	
Hyperaktivität	IG	52	2.97	0.94	.801
	WKG	32	3.02	0.89	
Stimmung	IG	52	2.19	0.93	.580
	WKG	32	2.30	0.85	
Akzeptierbarkeit	IG	52	2.27	0.66	.792
	WKG	32	2.31	0.83	
Anforderung	IG	52	3.15	0.90	.726
	WKG	32	3.22	0.85	
Anpassungsfähigkeit	IG	52	2.88	1.06	.703
	WKG	32	2.79	1.06	
Gesamt	IG	52	2.85	0.65	.660
	WKG	32	2.91	0.66	

Grundsätzlich verdeutlichte die Analyse der Gesamtstichprobe die belastende Situation der methamphetaminabhängigen Eltern, wobei sowohl Stressoren aus dem Elternbereich als auch aus dem Kinderbereich bedeutsam waren. Insbesondere depressive Wahrnehmungen der eigenen Elternschaft, mangelndes Kompetenzerleben und Anforderungen durch das Kind erwiesen sich als primäre Stressoren. Abbildung 3 zeigt eine Übersicht der problematisch einzustufenden Werte (Subskalen Stanine ≥ 7 , Gesamtskala $T \geq 60$) teilnehmender Mütter für

welche Referenznormen vorlagen. Insgesamt fast zwei Drittel (65,7 %, $n = 44$) aller Mütter zeigten hier einen belasteten Gesamtwert.

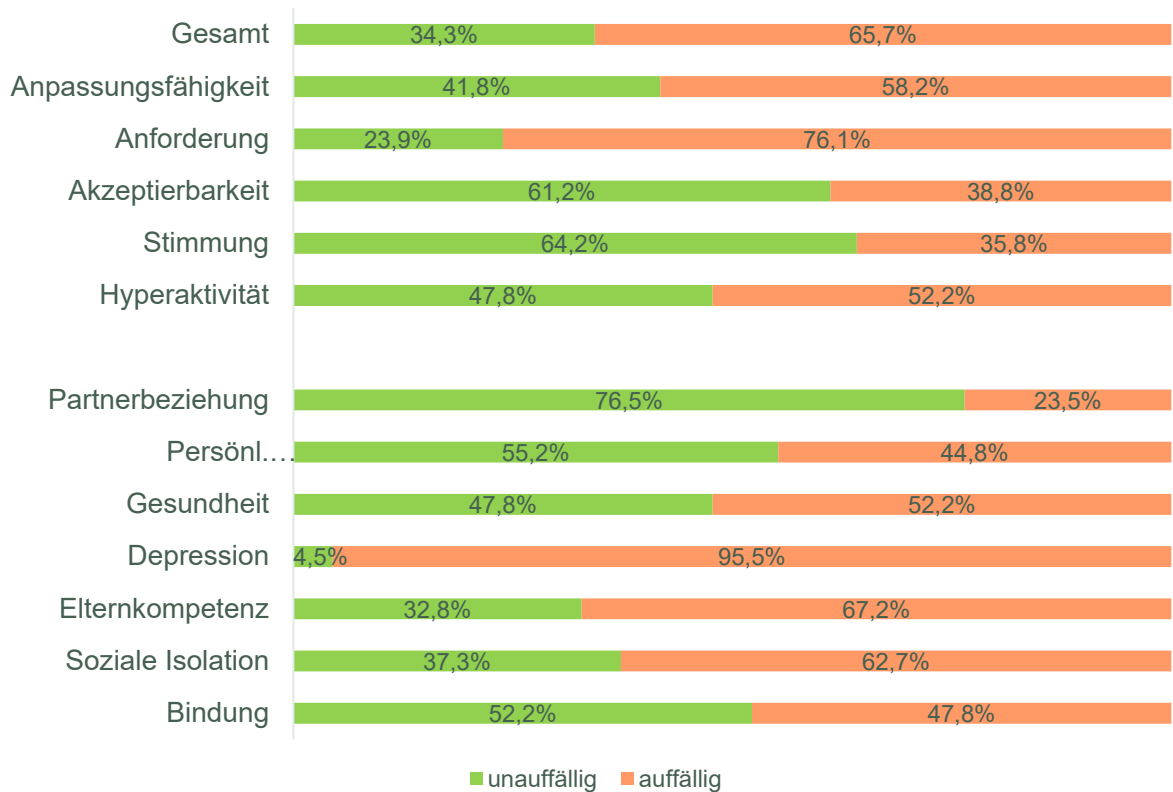


Abbildung 3: Prozentuale Angaben zur Einstufung der Rohwerte des Eltern-Belastungs-Inventar anhand der Normstichprobe für Mütter (Gesamtstichprobe)

7.1.6 Erziehungsverhalten

Dysfunktionales Erziehungsverhalten (EFBK): Im Bereich des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens beschrieben die Eltern häufiger überreagierendes als weitschweifiges Verhalten. Verglichen mit bestehenden Cut Off-Werten zeigte sich jedoch, dass die Tendenzen zur Weitschweifigkeit häufiger als problematisch einzustufen waren ($n = 29$, 34,9 %) als die Tendenzen zum Überreagieren ($n = 20$, 24,1 %). Insgesamt etwa ein Drittel der Eltern zeigte auffällige Werte auf der Gesamtskala zum dysfunktionalen Erziehungsverhalten ($n = 26$, 31,3 %).

Tabelle 13: Deskriptive Statistiken des Fragebogen zum Erziehungsverhalten sowie Erziehungsfragebogens der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests

Förderliches Erziehungsverhalten (FZEV)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Gesamt	IG	52	2.30	0.52	.379
	WKG	32	2.21	0.38	
Dysfunktionales Erziehungsverhalten (EFBK)					
Überreagieren	IG	52	3.22	1.08	.041*
	WKG	31	3.74	1.12	
Weitschweifigkeit	IG	52	3.04	1.08	.180
	WKG	31	3.38	1.16	
Gesamt	IG	52	3.08	0.86	.045*
	WKG	31	3.49	0.88	

Auf Basis der identifizierten Baseline-Differenz für die Subskala „Überreagieren“ und die Gesamtskala (Tabelle 13) wurde darauf verzichtet, diese Skalen in den weiteren messwiederholten Analysen zu berücksichtigen. Dysfunktionales Erziehungsverhalten wurde dementsprechend ausschließlich über die Skala Weitschweifigkeit operationalisiert.

7.1.7 Familie und Resilienz

Bei der erfassten Familienfunktionalität und Familienresilienz zeigte sich keine systematische Variation der IG und WKG (Tabelle 14). Das ebenfalls erhobene, individuelle, resiliente Coping der teilnehmenden Eltern zeigte sich ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich (Tabelle 15).

Tabelle 14: Deskriptive Statistiken der Familienresilienzskala sowie des Familienbogens der IG und WKG und Ergebnisse des t-Tests

Familienresilienz (FRAS-D)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Organisation	IG	51	3.23	0.46	.941
	WKG	34	3.22	0.46	
Kommunikation	IG	51	3.05	0.56	.779
	WKG	34	3.08	0.41	
Gemeinsame Glaubenssysteme	IG	51	2.50	0.31	.961
	WKG	34	2.50	0.36	
Gesamt	IG	51	2.93	0.37	.937
	WKG	34	2.93	0.31	
Familienfunktionalität (FBK)					
Gesamt	IG	53	2.14	0.58	.966
	WKG	34	2.14	0.46	

Tabelle 15: Deskriptive Statistiken der Subskalen der Brief Resilient Coping Scale der IG und WKG und Ergebnisse des t-Tests

Resilientes Coping (BRCS)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Gesamt	IG	52	3.54	0.82	.671
	WKG	34	3.62	0.75	

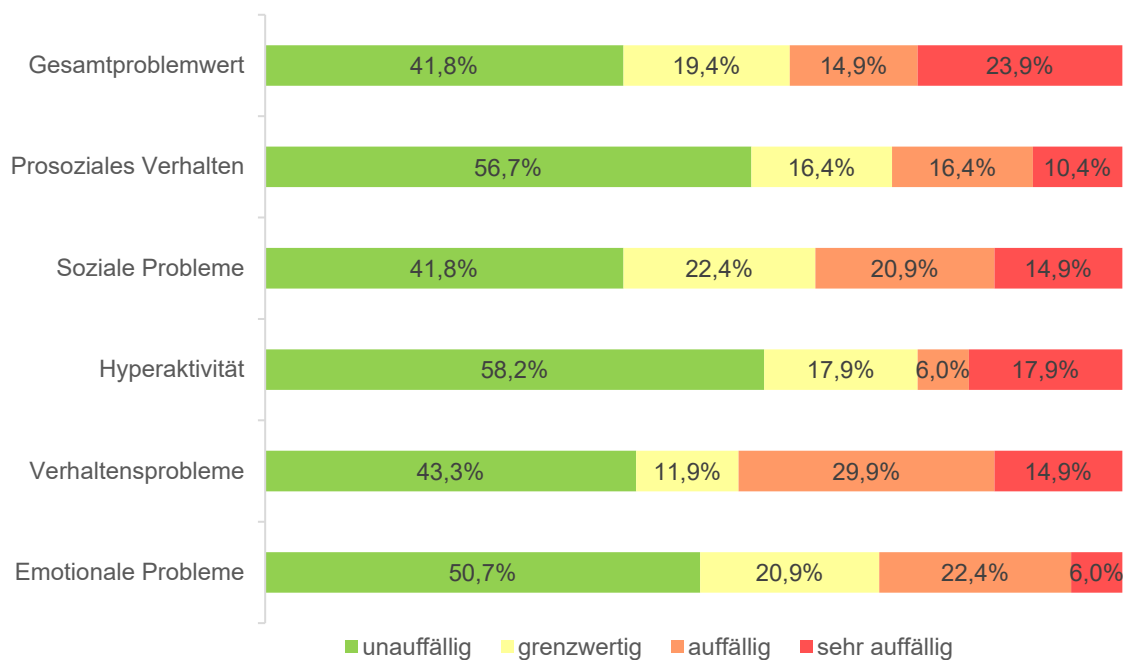
7.1.8 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

Für Kinder über zwei Jahren füllten die Teilnehmenden die Elternversion des Strengths and Difficulties-Questionnaire aus. Bei den insgesamt 67 Elternurteilen unterschieden sich die IG und WKG -nicht signifikant voneinander (Tabelle 16).

Tabelle 16: Deskriptive Statistiken des Elternratings des Strengths and Difficulties-Questionnaire der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests

Verhalten Kind (SDQ)	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Emotionale Probleme	IG	39	0.57	0.43	.499
	WKG	28	0.65	0.47	
Verhaltensauffälligkeiten	IG	39	0.62	0.40	.141
	WKG	28	0.77	0.41	
Hyperaktivität	IG	39	1.04	0.47	.612
	WKG	28	1.11	0.53	
Soziale Probleme	IG	39	0.60	0.27	.542
	WKG	28	0.64	0.28	
Prosoziales Verhalten	IG	39	1.52	0.38	.650
	WKG	28	1.48	0.40	
Gesamt	IG	39	0.71	0.28	.253
	WKG	28	0.79	0.30	

Der Vergleich mit vorliegenden Cut-Off Werten machte deutlich, dass über die Hälfte der Kinder einen zumindest grenzwertigen Gesamtproblemwert aufzeigte. Insgesamt wurden dabei sowohl emotionale Probleme als auch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten deutlich. Abbildung 4 zeigte die Einstufung der Ergebnisse.

**Abbildung 4: Einstufung der Eltern Angaben auf dem Strengths and Difficulties-Questionnaire für die Gesamtstichprobe.**

Die final analysierte Stichprobe aus 68 Müttern und Vätern, die an allen drei Befragungszeitpunkten teilnahmen, zeigte ebenfalls auf den genannten verwendeten Skalen sowie hinsichtlich soziodemografischer Merkmale keine signifikanten Unterschiede zur Baseline (T1). In Dyba, Moesgen, Klein, Pels & Leyendecker (2019) wird die analysierte, finale Stichprobe im Detail beschrieben.

7.2 Ergebnisse der Prozessevaluation

7.2.1 Merkmale der Trainerinnen und Trainer

Zur vertiefenden Information wurden verschiedene Charakteristika aller geschulten Trainerinnen und Trainer ausgewertet. Die hierfür notwendige Befragung geschah im Rahmen der durchgeführten Schulung mithilfe eines speziell angefertigten Fragebogens, der zum Ende der Schulungen von allen Teilnehmenden ausgefüllt wurde. Der Fokus der Befragung lag auf demographischen Variablen sowie auf Persönlichkeitsmerkmalen.

Von den insgesamt 25 geschulten Trainerinnen und Trainer waren 20 (80 %) weiblich und fünf (20 %) männlich. Die Trainerinnen und Trainer waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 26 und 59 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 34,36 Jahren ($SD = 7.28$). Die Trainerinnen und Trainer gehörten jeweils zu gleichen Teilen entweder einer Suchtberatungsstelle (37,5 %) oder einer Einrichtung der Jugendhilfe (37,5 %) an. Weitere 24 % gaben hier „Andere“ an, es ist in diesen Fällen davon auszugehen, dass sie einer Einrichtung angehören, die sowohl der Sucht- als auch der Jugendhilfe zuzuordnen ist. Hinsichtlich des eigenen höchsten Bildungsabschlusses berichteten nahezu alle Trainerinnen und Trainer (96 %) einen Hochschulabschluss zu besitzen (Uni, TH oder FH). Die restlichen 4 % benannten einen Abschluss der Realschule.

Bei der offenen Frage nach der Berufsausbildung der Durchführenden dominierten klar die Berufsbilder der Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit mit Diplom- oder Bachelorabschluss. Weitere genannte Berufsabschlüsse waren die der Erziehungswissenschaften oder der Psychologie mit Bachelor-, Master- oder Magisterabschluss oder Erzieherinnen und Erzieher. Die Trainerinnen und Trainer stammen also erwartungsgemäß hauptsächlich aus Berufsgruppen des sozialen Bereichs. Etwas mehr als ein Drittel (36 % der Trainerinnen und Trainer verfügte über eine therapeutische oder andere Zusatzausbildung, wie z.B. die systemische Familientherapie. Etwa ein Viertel der Trainerinnen und Trainer (24 %) verfügte über eine suchtspezifische Zusatzausbildung, wie z.B. Suchttherapie oder Sozialtherapie Sucht. Im Durchschnitt waren die Trainerinnen und Trainer seit 5,29 Jahren in der am Projekt teilnehmenden Einrichtung tätig ($SD = 5.14$, *range*: 0.1 - 18 Jahre). Der Großteil der Trainerinnen und Trainer (88 %) verfügte über mehrjährige Erfahrung in der Arbeit mit

Suchtkranken ($M = 7.09$, $SD = 5.07$, *range*: 1.5 - 17 Jahre). Ebenfalls 88 % verfügten über mehrjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Eltern ($M = 7.11$, $SD = 4.64$, *range*: 1.5 - 18 Jahre).

Zur Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale der Trainerinnen und Trainer wurde das 10-Item Big Five Inventory (BFI-10) eingesetzt. Es erfasst fünf Dimensionen der Persönlichkeit (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus (emotionale Stabilität), Offenheit für Erfahrungen) mit jeweils zwei Items. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu). Alle Skalenmittelwerte der Stichprobe ($n = 25$) aus dem vorliegenden Projekt werden in Tabelle 17 dargestellt. Ein höherer Punktwert beschreibt jeweils eine stärkere Ausprägung des Merkmals.

Tabelle 17: Mittelwerte der BFI-10-Skalen in der Trainer-Stichprobe

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Extraversion	3.48	0.62
Verträglichkeit	3.63	0.56
Gewissenhaftigkeit	4.08	0.57
Neurotizismus	2.70	0.74
Offenheit für Erfahrungen	3.74	0.87

Nicht alle der hier inkludierten Trainerinnen und Trainer führten das SHIFT-Elterntaining letztendlich tatsächlich durch. Einige nahmen an der Schulung lediglich als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung teil oder waren eher für einen späteren Durchlauf ohne wissenschaftliche Begleitforschung eingeplant. Da es sich bei den geschulten Fachkräften aber insgesamt um eine Gruppe mit recht homogenen Merkmalen handelt, ist davon auszugehen, dass die Gesamtergebnisse ohne größere Verzerrungen auf die Trainerinnen und Trainer, die das SHIFT-Elterntaining tatsächlich durchgeführt haben, übertragen werden können.

7.2.2 Evaluation der Clearingphase

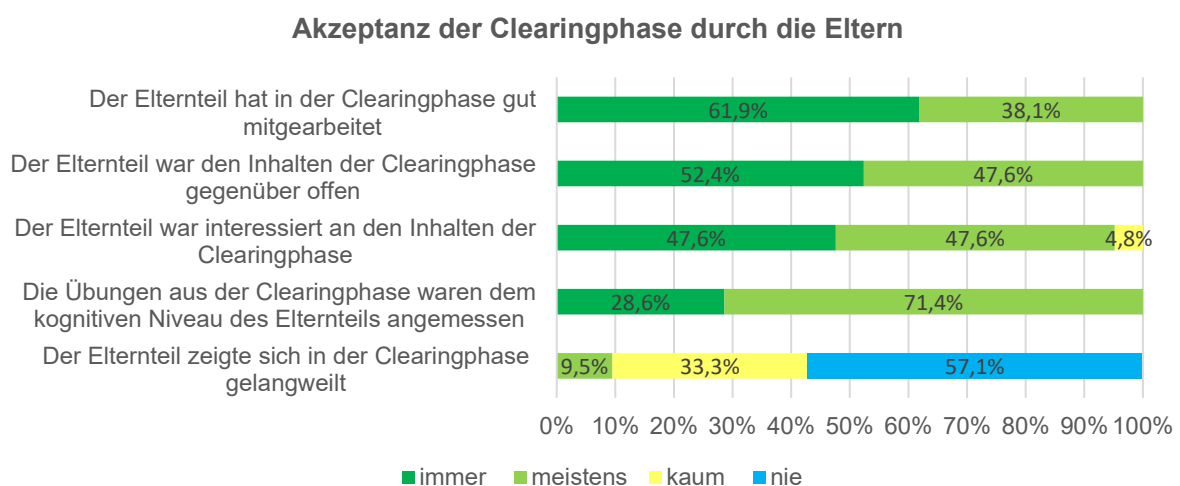
Im Rahmen der Evaluation der Clearingphase wurden jene Fachkräfte, die die Clearing-Sitzungen durchgeführt hatten, um eine Gesamtevaluation der Clearingphase gebeten. Insgesamt gaben 21 Fachkräfte Auskunft über diese Phase. Es wurden Angaben zu den formalen und inhaltlichen Aspekten des Clearings sowie Auskünfte zu Akzeptanz und motivationalen Aspekten erhoben.

Es wurde deutlich, dass die inhaltlichen und formalen Aspekte im Durchschnitt insgesamt positiv bewertet wurden. Tabelle 18 zeigt die durchschnittlichen Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte (Range: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

Tabelle 18: Bewertung der Clearingphase durch die durchführenden Fachkräfte – formale und inhaltliche Aspekte

Bewertungsaspekt	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Praktikabilität der Clearingphase	2.10	0.45	1-3
Übungsinhalte der Clearingphase	1.76	0.54	1-3
Zeit- und Zielvorgaben der Clearingphase	2.19	0.51	1-3
Arbeitsmaterialien der Clearingphase	1.76	0.44	1-2

Im Zuge der Evaluation der Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern wurde deutlich, dass die Eltern aus Sicht der Fachkräfte nahezu immer (in 61,9 % der Fälle) oder zumindest meistens (in 38,1 % der Fälle) gut in der Clearingphase mitgearbeitet haben. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle (52,4 %) waren die Eltern den Inhalten der Clearingphase gegenüber meistens offen, in etwas weniger als Hälfte der Fälle (47,6 %) waren die Eltern den Inhalten gegenüber immer offen. Nahezu alle am Clearing teilnehmenden Eltern waren an den Inhalten der Clearingphase immer oder meistens interessiert (jeweils 47,6 %). Lediglich ein Elternteil (4,8 %) zeigte sich an den Inhalten kaum interessiert. Die Übungen aus der Clearingphase waren dem kognitiven Niveau der Elternteile in mehr als zwei Drittel der Fälle (71,4 %) meistens angemessen, in etwa einem Drittel der Fälle (28,6 %) immer angemessen. Mehr als die Hälfte der Eltern zeigte sich laut den befragten Fachkräften in der Clearingphase nie gelangweilt (57,1 %). In einem Drittel der Fälle (33,3 %) zeigten sich die Eltern kaum gelangweilt und in zwei Fällen (9,5 %) waren die Eltern meistens gelangweilt. Die Ergebnisse zur Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern sind in Abbildung 5 dargestellt.

**Abbildung 5: Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern**

In Bezug auf den Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte stellte sich heraus, dass die Fachkräfte geteilter Meinung waren, ob die Clearingphase die Abstinenzbereitschaft der Eltern erhöhen konnte: Mehr als die Hälfte der Fachkräfte (57,1 %) stimmte der Aussage, dass die Clearingphase die Abstinenzbereitschaft des Elternteils erhöhte, nur wenig zu. Etwas weniger als die Hälfte (42,9 %) hatte allerdings den Eindruck, dass diese Aussage ziemlich zutreffend sei. Deutlich wird jedoch, dass die Clearingphase die Motivation der Eltern für die Teilnahme am SHIFT-Elterntraining insgesamt gut fördern konnte: 19 % der Fachkräfte stimmten der Aussage, dass die Clearingphase die Motivation zur Teilnahme am Gruppenprogramm erhöht hatte, völlig zu. Mehr als die Hälfte der Fachkräfte (57,1 %) stimmte dieser Aussage ziemlich zu. Weniger als ein Viertel der Fachkräfte (23,8 %) stimmte dieser Aussage wenig zu. Keine Fachkraft war der Meinung, dass die Clearingphase keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft besaß. Abbildung 6 bildet den Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte bei den Eltern ab.

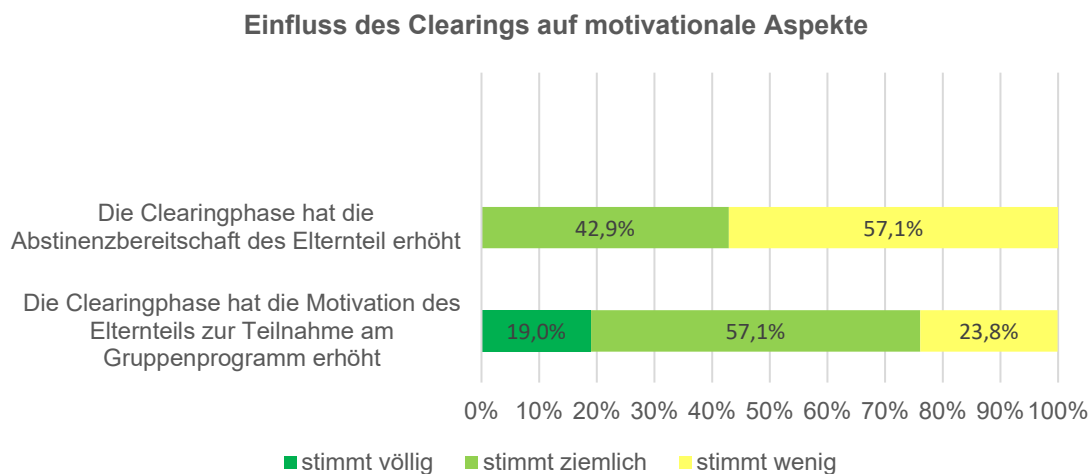


Abbildung 6: Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte bei den Eltern

Aus den Angaben der Fachkräfte (Abbildung 7) wurde deutlich, dass sie selbst insgesamt Spaß an der Clearingphase hatten: ein Drittel (33,3 %) stimmte dieser Aussage voll und ganz zu, 42,9 % gaben an, dass diese Aussage auf sie eher zutraf und weitere 23,8 % berichteten, dass sie eher keinen Spaß an der Clearingphase hatten. Ein Drittel der Fachkräfte (33,3 %) empfand die Clearingphase als voll und ganz befriedigend. Mehr als die Hälfte der Fachkräfte (57,1 %) empfanden die Aussage, dass für sie die Clearingphase befriedigend gewesen sei, als eher zutreffend. Drei Personen (14,3 %) fanden diese Aussage für sich eher nicht zutreffend.

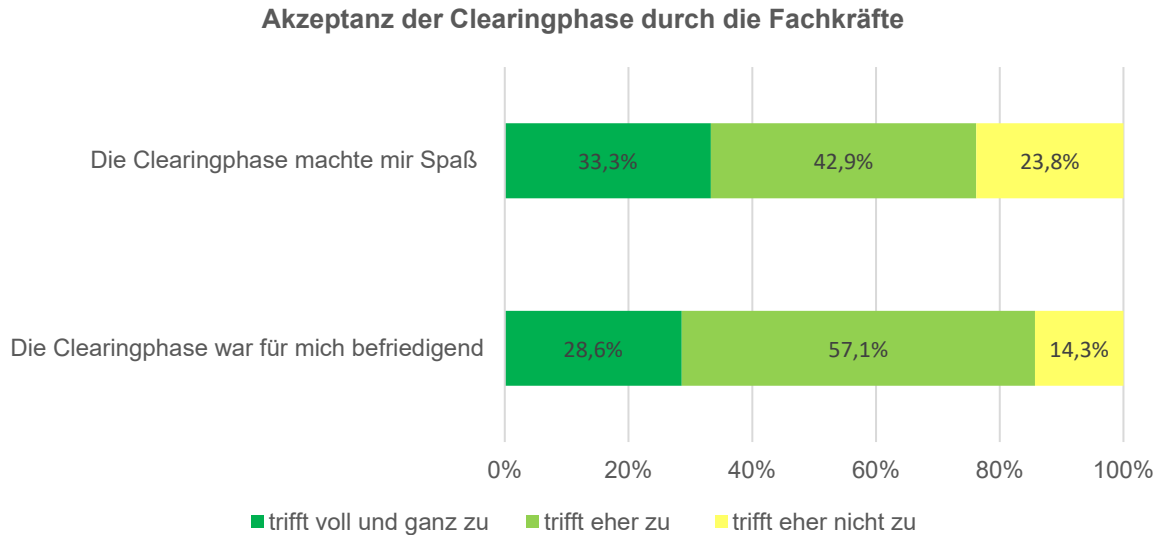


Abbildung 7: Zufriedenheit der Fachkräfte mit der Clearingphase

Aus den Freihandanmerkungen wird deutlich, dass sich eine Kritik an der Clearingphase vor allem darauf bezieht, dass sich die Clearing-Sitzungen für sowohl Fachkraft als auch Teilnehmende artifizuell anfühlten bzw. konstruiert wirkten, wenn der Elternteil schon über einen längeren Zeitraum hinweg clean lebte oder wenn sich die Teilnehmenden bereits eine längere Zeit im Beratungsprozess mit der Fachkraft befinden. Jedoch stellten die Arbeitsblätter für die Arbeit mit fremden Klientinnen und Klienten, die von anderen bzw. externen Fachkräften vermittelt wurden, oder mit Teilnehmenden, deren Beratungsprozess schon vor einiger Zeit abgeschlossen war, eine gute Gesprächsgrundlage dar.

Vor dem Hintergrund der teils eingeschränkten kognitiven Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit der teilnehmenden Eltern erschienen einige der Fragen aus den Arbeitsblättern des Clearings sehr ähnlich und die Antwortskalen sehr „feinstufig“ und konnten damit verwirrend auf die Teilnehmenden wirken.

Grundsätzlich musste von den am Clearing teilnehmenden Eltern eine hohe Motivation aufgebracht werden, damit sie die drei "Vorgespräche" der Clearingphase tatsächlich wahrnahmen. Wenn sich die Eltern jedoch auf das Clearing einließen, bestand auch eine grundlegende Motivation für die Teilnahme am SHIFT-Elterntraining.

7.2.3 Evaluation des SHIFT-Elterntrainings aus Sicht der Fachkräfte

7.2.3.1 Gesamtevaluation

Alle Trainerinnen und Trainer, die das SHIFT-Elterntraining durchgeführt haben, wurden um eine abschließende Gesamtevaluation gebeten. An dieser Befragung beteiligten sich insgesamt 14 Fachkräfte aus allen sieben Projektstandorten. Die Trainerinnen und Trainer wurden um eine Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT-Elterntrainings gebeten sowie um eine Einschätzung der Akzeptanz des Trainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer. Zuletzt wurden sie gebeten, ihre persönliche Zufriedenheit mit dem SHIFT-Elterntraining anzugeben.

Die inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT-Elterntrainings wurden von den Trainerinnen und Trainern insgesamt gut bewertet. Kritisiert wurden jedoch die Zeit- und Zielvorgaben der Module, diese erhielten nur ein „befriedigend“ als durchschnittliche Bewertung. Die Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den Modulen befinden sich in Tabelle 19 (Range: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

Tabelle 19: Gesamtbewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT-Elterntrainings durch die Trainerinnen und Trainer

Bewertungsaspekt	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Praktikabilität des SHIFT-Manuals	2.07	0.48	1-3
Übungsinhalte des SHIFT-Manuals	1.79	0.43	1-2
Zeit- und Zielvorgaben des SHIFT-Manuals	3.29	0.61	2-4
Arbeitsmaterialien des SHIFT-Manuals	2.00	0.68	1-3

Aus der folgenden Abbildung 8 wird überdies ersichtlich, dass über die Hälfte aller befragten Trainerinnen und Trainer (57,1 %) das SHIFT-Manual für wenig verbesserungsbedürftig halten. Dass die weiteren 42,9 % das SHIFT-Manual jedoch für ziemlich verbesserungsbedürftig halten, ist vermutlich in erster Linie den kritischen Zeitvorgaben geschuldet.

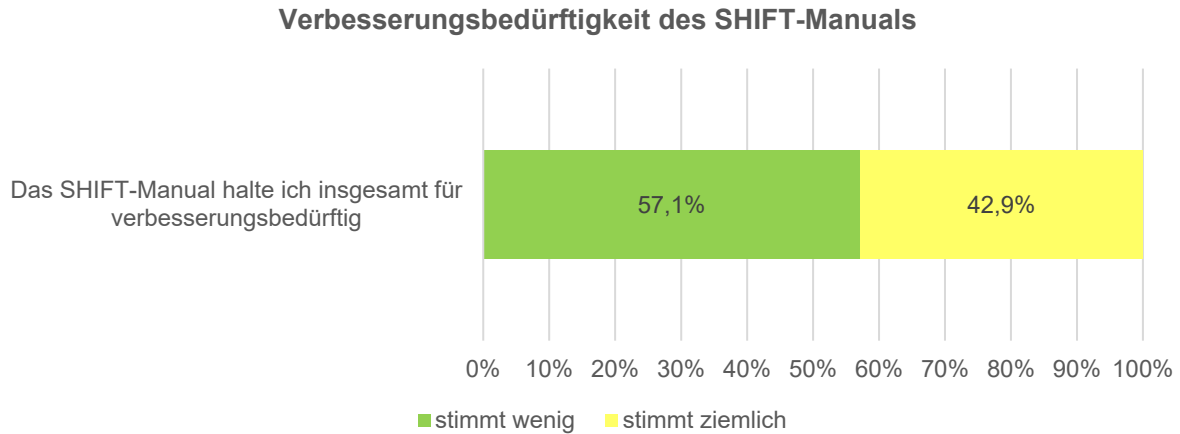


Abbildung 8: Bewertung der Verbesserungsbedürftigkeit des SHIFT-Manuals durch die Trainerinnen und Trainer

Die Akzeptanz des SHIFT-Elterntrainings durch die Eltern aus Sicht der durchführenden Fachkräfte ist insgesamt sehr zufriedenstellend. In allen Fällen haben die Eltern entweder immer oder zumindest in über der Hälfte der Zeit gut mitgearbeitet, waren den Inhalten gegenüber offen und haben die Module des SHIFT-Elterntrainings interessiert verfolgt (siehe Abbildung 9). Die Übungen aus dem Manual waren den (durch langjährigen Drogenmissbrauch oftmals eingeschränkten) kognitiven Fähigkeiten der Eltern immer (35,7 %) oder in mehr als der Hälfte der Sitzungen (64,3 %) angemessen. Die Eltern zeigten sich entweder nie (50 %) oder in weniger als der Hälfte der Sitzungen (50 %) gelangweilt.

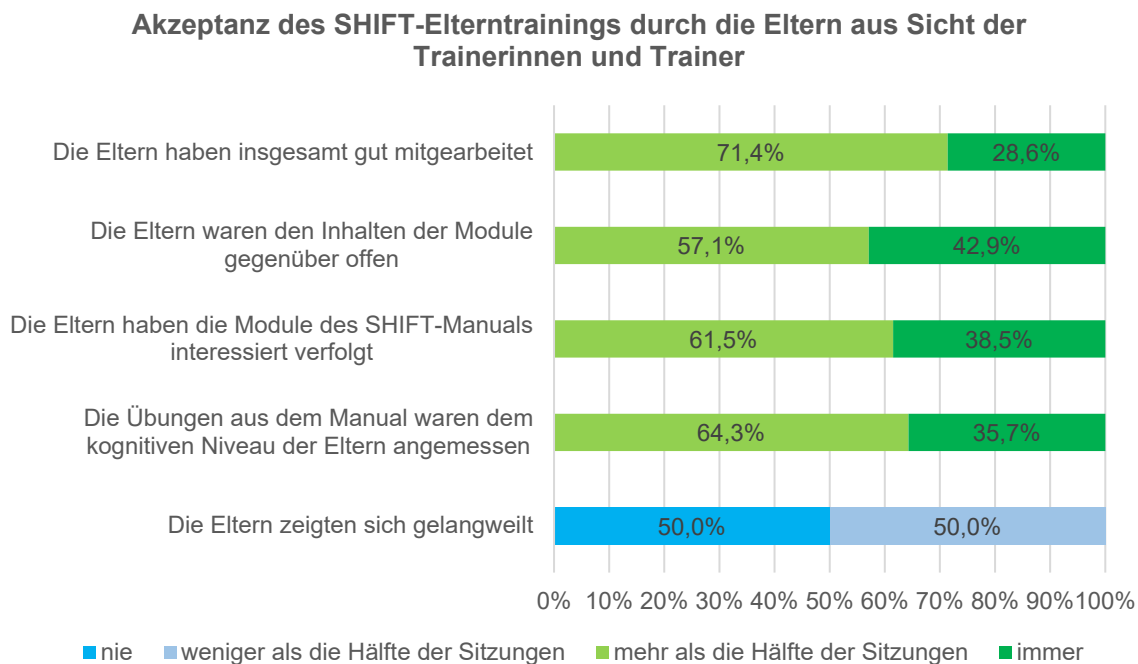


Abbildung 9: Akzeptanz des SHIFT-Elterntrainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer

Insgesamt gaben die durchführenden Fachkräfte an, mit dem SHIFT-Elterntraining zufrieden zu sein. Abbildung 10 macht deutlich, dass die Module des SHIFT-Manuals den Trainerinnen und Trainern Spaß machten („trifft voll und ganz zu“: 35,7 %; „trifft eher zu“: 64,3 %). Des Weiteren gaben 14,3 % der Fachkräfte an, die Module des SHIFT-Elterntrainings als „voll und ganz“ befriedigend zu empfinden. Diese Aussage fanden 64,3 % für sich „eher zutreffend“. Dass 21,4 % dieser Aussage „eher nicht“ zustimmten, ist vermutlich erneut durch die kritische Bewertung der Zeitvorgaben zu erklären. So empfanden sie es durchweg als ungünstig, Übungen, Nachbesprechungen oder Diskussionen aufgrund der Zeitvorgaben unterbrechen zu müssen.

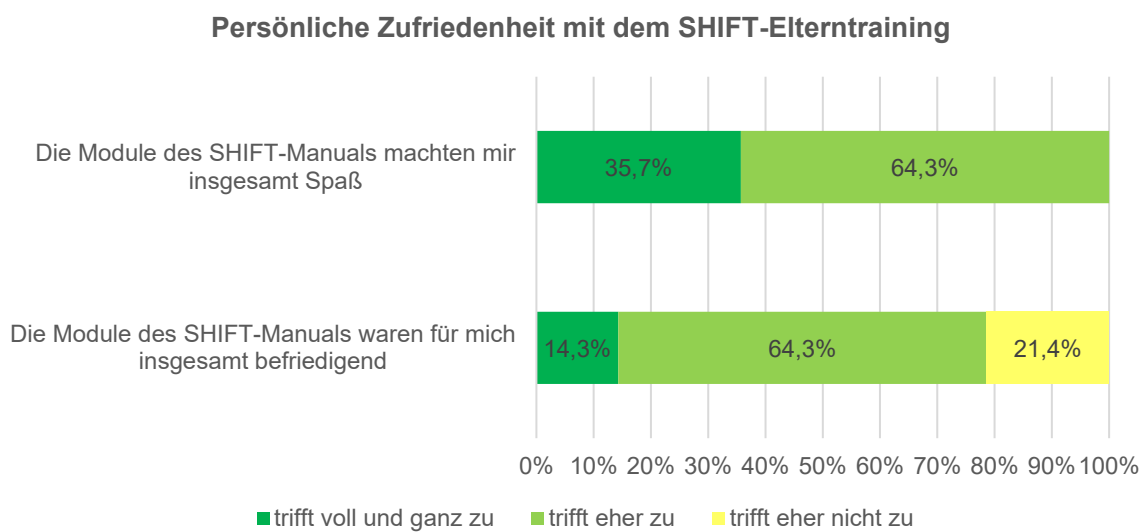


Abbildung 10: Persönliche Zufriedenheit der Trainer und Trainerinnen mit dem SHIFT-Elterntraining

7.2.3.2 Modulevaluation

Auf eine vollständige Darstellung aller Evaluationsergebnisse aus den einzelnen Modulen wird aus ökonomischen Gründen verzichtet. Berichtet werden an dieser Stelle lediglich die Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den einzelnen Modulen ($n =$ je 10-15 Trainerinnen und Trainer pro Modul), die Dauer der Module sowie die wichtigsten Hinweise aus den Freihandanmerkungen der Fachkräfte. Diese Ergebnisse sowie alle weiteren Einzelauswertungen und die Rückmeldungen der Trainerinnen und Trainer im Rahmen der Telefonkonferenz zur Nachbesprechung der SHIFT-Feldphase am 11.08.2017 wurden für die Überarbeitungen zur Veröffentlichung des Manuals zum SHIFT-Elterntraining berücksichtigt und sind dort als „Infobox“ integriert.

Die inhaltlichen und formalen Aspekte der Module wurden von den Fachkräften insgesamt gut bewertet. Kritisiert wurden lediglich die Zeit- und Zielvorgaben der Module, diese erhielten

oftmals nur ein „befriedigend“ als Bewertung. Die durchschnittlichen Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den Modulen befinden sich in Tabelle 20 (Range: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

Tabelle 20: Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte der einzelnen Module durch die Trainer und Trainerinnen

	Praktikabilität des Moduls		Übungsinhalte des Moduls		Zeit- und Zielvorgaben des Moduls		Arbeitsmaterialien des Moduls	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Modul 1	1.60	0.74	2.27	0.96	1.93	0.46	1.73	0.59
Modul 2	1.53	0.52	1.60	0.51	2.93	0.92	1.53	0.52
Modul 3	1.54	0.52	1.46	0.52	3.00	0.91	1.62	0.51
Modul 4	2.15	0.56	2.15	0.80	3.00	0.82	1.92	0.64
Modul 5	2.17	0.39	2.00	0.43	2.92	1.17	1.83	0.58
Modul 6	2.21	0.70	2.14	0.66	3.00	0.88	2.14	0.54
Modul 7	2.07	0.62	2.00	0.56	2.21	0.58	2.21	0.43
Modul 8	1.69	0.63	1.92	0.64	2.23	1.01	2.00	0.58

Aufgrund der durchgängigen Kritik an den Zeit- und Zielvorgaben wurde die durchschnittliche Dauer aller Module ermittelt (siehe Tabelle 20). Es zeigte sich, dass die Module 4, 6 und 7 am zeitaufwändigsten waren. In nahezu allen Modulen wurde das zunächst angesetzte Zeitfenster von 60 Minuten überschritten, weshalb die Dauer der Module im Zuge der Feldphase auf 90 Minuten verlängert wurde. Alle Ergebnisse zur Dauer der einzelnen Module werden in Tabelle 21 zusammengefasst.

Tabelle 21: Durchschnittliche Dauer der einzelnen Module

	Dauer des Moduls in Minuten			
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Modul 1	50	80	69.23	9.76
Modul 2	70	110	86.33	11.87
Modul 3	70	100	88.46	9.45
Modul 4	60	120	92.50	15.74
Modul 5	75	100	88.50	7.84
Modul 6	65	110	91.15	12.77
Modul 7	70	105	89.23	12.89
Modul 8	60	110	82.69	18.55

Aus den Freihandanmerkungen und Rückmeldungen der Trainerinnen und Trainer im Zuge der Telefonkonferenz im Anschluss an die Feldphase des SHIFT-Elterntrainings geht hervor, dass die Zeitvorgaben oftmals aufgrund des ausgeprägten Redebedürfnisses und des hohen Austauschbedarfs oder aber aufgrund von persönlichen Anliegen der Teilnehmenden nicht eingehalten werden konnte. So konnten einzelne Übungen im Anschluss an ihre Durchführung nicht hinreichend reflektiert werden und die Nachbesprechung musste, um den Zeitplan weiter einhalten zu können, abgebrochen werden. Aus Sicht der Trainerinnen, Trainer und Teilnehmenden war dies bedauerlich, da alle Beteiligten die Übungen grundsätzlich wichtig und deren Inhalte als hochrelevant empfanden.

Im Zuge der Freihandanmerkungen oder mündlichen Rückmeldungen wurden häufig auch die Rollenspiele erwähnt. Von einigen Eltern wurden diese nicht gut angenommen, andere Eltern hingegen konnten sich wiederum sehr für diese begeistern. Die Ablehnung der Rollenspiele scheint häufig nicht an deren Inhalten generell zu gelegen zu haben, sondern vielmehr speziell daran, dass einige Teilnehmende bei Rollenspielen eine Art Leistungsdruck oder soziale Ängste verspürten. Daraus entwickelten sich Widerstände, die in der künftigen Durchführung des SHIFT-Elterntrainings berücksichtigt und behutsam bearbeitet werden müssen.

Trotz der kritischen Aspekte erzielten die einzelnen Module bei den Trainerinnen und Trainern insgesamt jedoch eine hohe Akzeptanz. Für die künftige Durchführung des SHIFT-Elterntrainings scheint es allerdings ratsam, für alle Module ein hinreichend großes Zeitfenster einzuplanen, um dem hohen Austauschbedürfnis der Teilnehmenden gerecht zu werden und / oder im Vorfeld klar zu kommunizieren, dass persönliche Anliegen der Teilnehmenden

vorzugsweise ausschließlich in anderen Settings besprochen werden sollten (z.B. im Rahmen von Einzelsitzungen).

7.2.4 Evaluation des SHIFT-Elterntrainings aus Sicht der Eltern

7.2.4.1 Gesamtevaluation

Alle Eltern, die am SHIFT-Elterntraining teilgenommen haben, wurden um eine abschließende Gesamtevaluation gebeten. Insgesamt haben sich 39 Eltern an dieser Befragung beteiligt, davon 30 Mütter, acht Väter und ein Stiefvater. Es wurden Angaben zu den inhaltlichen Aspekten des Trainings sowie zu wahrgenommenen Verbesserungen im Umgang mit der Familie erhoben.

Insgesamt waren 74,4 % der befragten Eltern mit den SHIFT-Gruppenstunden „voll und ganz“ zufrieden. Für 20,5 % war diese Aussage „eher zutreffend“ und für lediglich zwei Personen (5,1 %) „eher nicht zutreffend“. Es zeigte sich außerdem, dass nahezu alle Eltern der Meinung waren, im Rahmen der SHIFT-Gruppenstunden insgesamt neue Erfahrungen gesammelt („trifft voll und ganz zu“: 59 %; „trifft eher zu“: 35,9 %) und neue Informationen erhalten zu haben („trifft voll und ganz zu“: 66,7 %; „trifft eher zu“: 28,2 %). Nur jeweils zwei Eltern (5,1 %) waren der Meinung, dass dies auf sie „eher nicht“ zutrifft (siehe Abbildung 11).

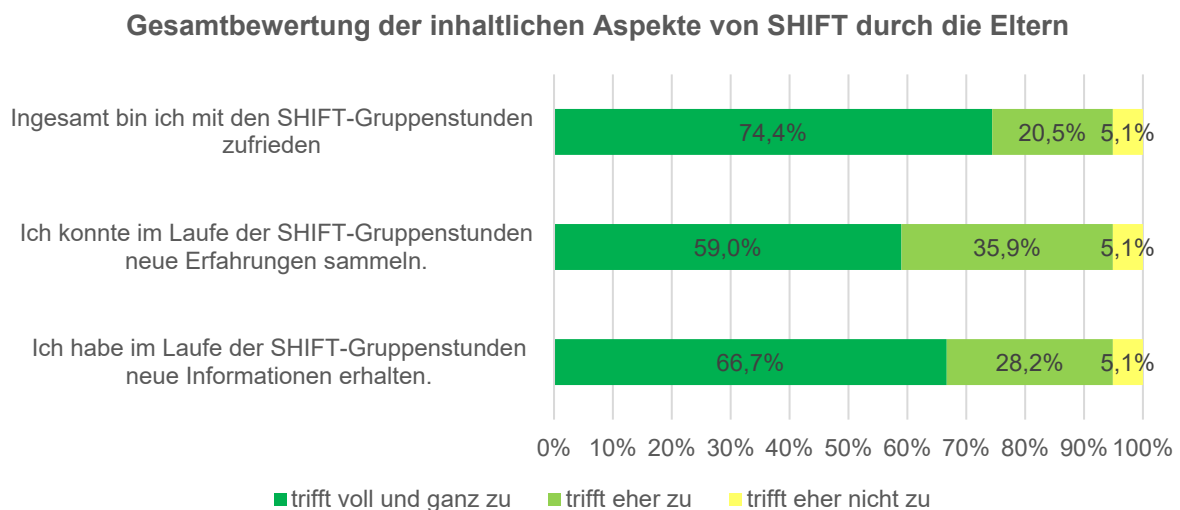


Abbildung 11: Gesamtbewertung der inhaltlichen Aspekte von SHIFT durch die Eltern

In der Beurteilung der wahrgenommenen Verbesserungen in der Interaktion mit der Familie stellte sich heraus, dass ein Großteil der befragten Eltern der Ansicht war, nach dem SHIFT-Elterntraining mehr Verständnis für die Situation ihres Kindes / ihrer Kinder zu haben („trifft voll und ganz zu“: 46,2 %; „trifft eher zu“: 43,6 %). Drei Personen (7,7 %) empfanden dies als „eher nicht zutreffend“ und erneut eine Person (2,6 %) fand dies für sich „überhaupt nicht zutreffend“.

Über 90 % der Eltern waren davon überzeugt, in Zukunft besser mit problematischen Situationen in Zusammenhang mit dem Kind / den Kindern umgehen zu können („trifft voll und ganz zu“: 51,3 %; „trifft eher zu“: 41 %). Lediglich zwei Personen (5,1 %) fanden dies für sich „eher nicht zutreffend“ und nur eine Person (2,6 %) fand dies „überhaupt nicht zutreffend“. Die Abbildung 12 fasst die Ergebnisse in Bezug auf die wahrgenommenen Verbesserungen im Umgang mit dem Kind zusammen.

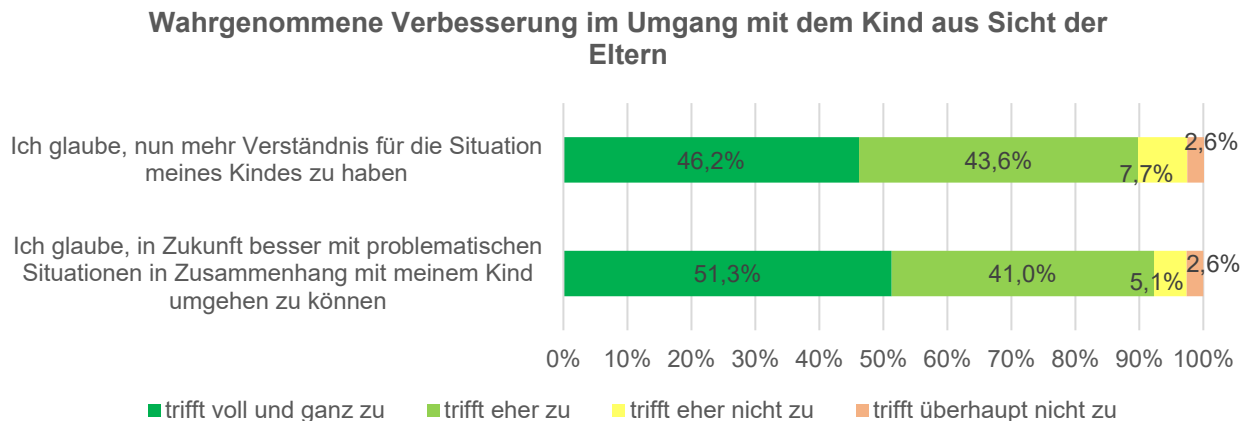


Abbildung 12: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit dem Kind aus Sicht der Eltern

Einen etwas geringeren Einfluss konnte das SHIFT-Training auf den Umgang mit der Partnerin bzw. dem Partner ausüben: etwa 65 % der befragten Eltern waren der Meinung, nach dem Training mehr Verständnis für die Situation ihrer Partnerin / ihres Partners zu haben („trifft voll und ganz zu“: 23,7 %; „trifft eher zu“: 42,1 %) (siehe Abbildung 13). Als „eher nicht zutreffend“ empfanden 21,1 % der befragten Eltern diese Aussage und insgesamt fünf Eltern (13,2 %) stimmten der Aussage überhaupt nicht zu. Über 70 % der Eltern waren nach dem SHIFT-Elterntaining der Meinung, in Zukunft besser mit problematischen Situationen in Zusammenhang mit der Partnerschaft umgehen zu können („trifft voll und ganz zu“: 26,3 %; „trifft eher zu“: 44,7 %). Weitere 18,4 % stimmten dieser Aussage „eher nicht“ zu und 10,5 % fanden die Aussage für sich „überhaupt nicht zutreffend“. Dieses Ergebnis war insgesamt zu erwarten, da nur ein Modul (Modul 7) explizit das Thema Partnerschaft behandelte und das Training schwerpunktmäßig auf die Verbesserung der Interaktionen mit dem Kind bzw. den Kindern abzielte.

Wahrgenommene Verbesserung in der Interaktion mit dem Partner aus Sicht der Eltern

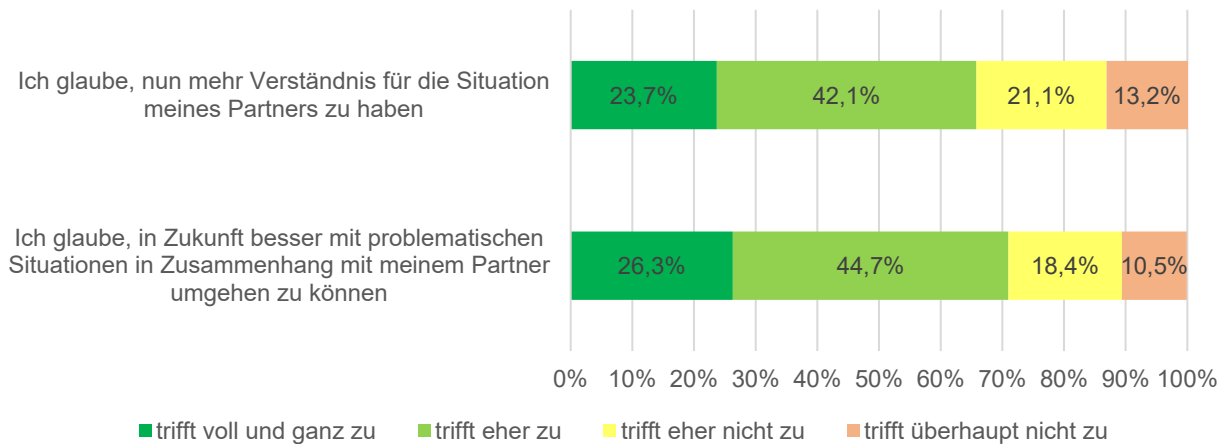


Abbildung 13: Wahrgenommene Verbesserung in der Interaktion mit dem Partner aus Sicht der Eltern

In Bezug auf die gesamte Familie gaben 30,8 % der befragten Eltern an, dass sie nach dem SHIFT-Elterntraining der Ansicht waren, dass die Familie in Zukunft besser mit problematischen Situationen umgehen könne („voll und ganz zutreffend“) (siehe Abbildung 14). Über die Hälfte der Eltern (56,4 %) fand diese Aussage für sich „eher zutreffend“. Dies entspricht einer Quote von über 80 % an zuversichtlichen Eltern. Lediglich fünf Personen (12,8 %) waren der Ansicht, dass dies für ihre Familie „eher nicht“ zutreffe. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das SHIFT-Elterntraining nicht nur die Interaktion des Elternteils mit dem Kind (oder auch der Partnerin bzw. dem Partner) verbessern konnte, sondern dass auch Veränderungen im familiären System bewirkt oder angestoßen werden konnten.

Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit schwierigen Situation innerhalb Familie aus Sicht der Eltern

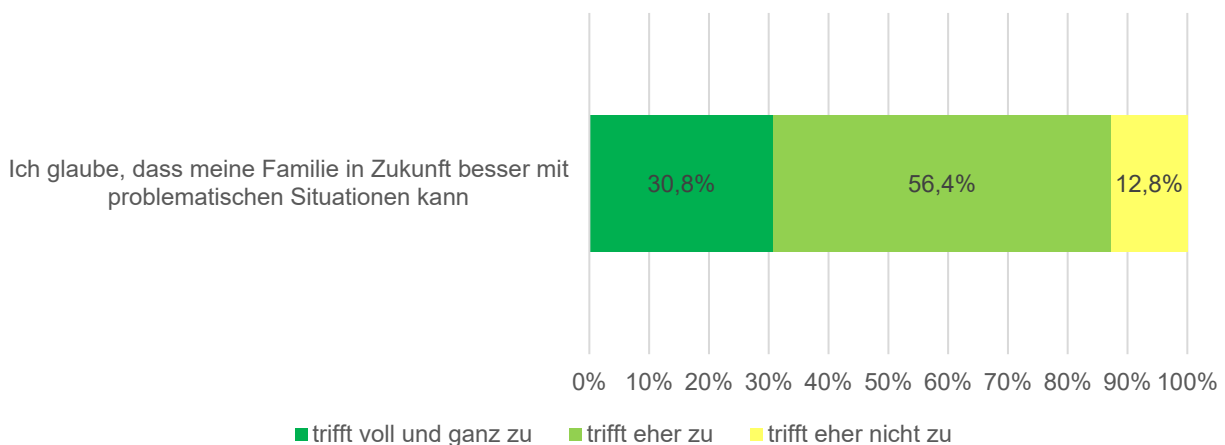


Abbildung 14: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit schwierigen Situation innerhalb Familie aus Sicht der Eltern

7.2.4.1 Modulevaluation

Auf eine vollständige Darstellung der Evaluationsergebnisse aus den einzelnen Modulen wird an dieser Stelle erneut aus ökonomischen Gründen verzichtet. Im Folgenden wird lediglich die Zufriedenheit der Eltern mit dem jeweiligen SHIFT-Modul benannt ($n = je\ 31-41$). Diese und alle weiteren ermittelten Einzelergebnisse werden jedoch ebenfalls für die Überarbeitungen zur Veröffentlichung des Manuals zum SHIFT-Elterntraining berücksichtigt.

Aus Abbildung 15 wird deutlich, dass die Eltern alle Module des SHIFT-Elterntrainings insgesamt auf hohem Niveau bewerteten: In nahezu allen Modulen waren mehr als 90 % aller Eltern mit dem jeweiligen Modul „voll und ganz“ oder „eher“ zufrieden. Geringfügige Abweichungen hiervon waren in Modul 1 und 5 zu beobachten. Aus den schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen der Trainerinnen und Trainer ging hervor, dass die Inhalte aus Modul 1 als redundant erachtet wurden, wenn sich die Teilnehmer untereinander bereits kannten. In Modul 5 wurden die Rollenspiele teils als schwierig erlebt, außerdem wurde an einem Standort eine thematische Überschneidung mit Modul 4 wahrgenommen. Es ist anzunehmen, dass diese Gründe auch die Eltern dazu bewogen haben, Modul 1 und 5 etwas ungünstiger als die anderen Module zu beurteilen.

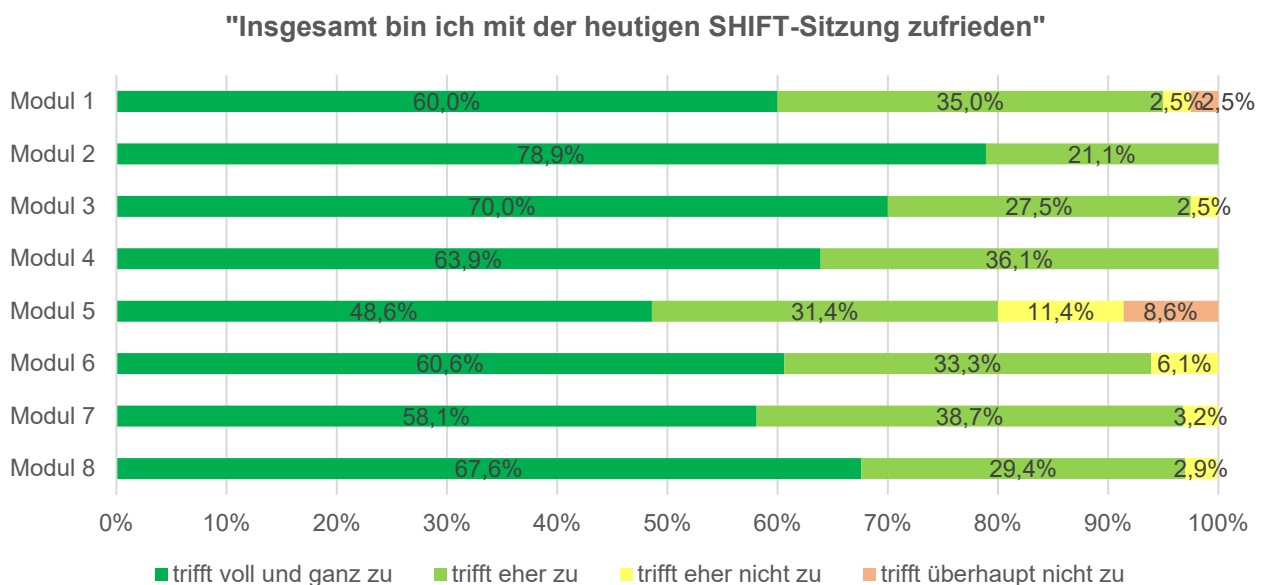


Abbildung 15: Bewertung der einzelnen SHIFT-Module durch die Eltern

7.3 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation

Zunächst werden die Anzahl der Teilnehmenden im Projektverlauf und die entsprechend besuchten Module beschrieben. Eine Analyse der ausgeschiedenen Eltern befindet sich unter Punkt 7.3.8. am Ende des Kapitels.

Zentralen Bestandteil des Projektes stellt die Evaluation der Wirksamkeit dar, die hinsichtlich der in Kapitel 5.1.1 beschriebenen Variablen erfolgte. Zur statistischen Analyse der Wirksamkeit fand ein Vergleich der IG mit der WKG über die drei Messzeitpunkte statt. Die inferenzstatistische Auswertung des Messwiederholungs-Designs erfolgte unter Berücksichtigung der Kurzzeiteffekte (T1-T2) sowie der Langzeiteffekte im Sechs-Monats-Katamnesezeitraum (T1-T3). Hierbei fanden Effekte der Zeit, der Gruppenzugehörigkeit sowie der Interaktion Zeit x Gruppe Berücksichtigung.

Die Darstellung in den Kapiteln 7.3.2 – 7.3.7 erfolgt für die Kurz- und Langzeiteffekte der Intervention, gegliedert nach den zentralen Variablen bzw. Inventaren. Hierbei werden, neben deskriptiven Angaben, die Effekte der messwiederholten Varianzanalysen auf Ebene der Hauptskala sowie der Subskalen jedes Inventars dargestellt.

7.3.1 Haltequote und Modulteilnahmen

Abbildung 16 stellt die Umsetzung des Forschungsdesigns, die Gruppenzuteilung der Teilnehmenden sowie die Haltequoten über die drei Messzeitpunkte (T1-T3) hinweg dar. Insgesamt konnten 68 Teilnehmende (78 %) über die gesamte Projektlaufzeit gehalten werden, was angesichts der herausfordernden Zielgruppe ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis ausmacht. Eine separate Analyse der ausgeschiedenen Teilnehmenden findet sich unter Punkt 7.3.8.

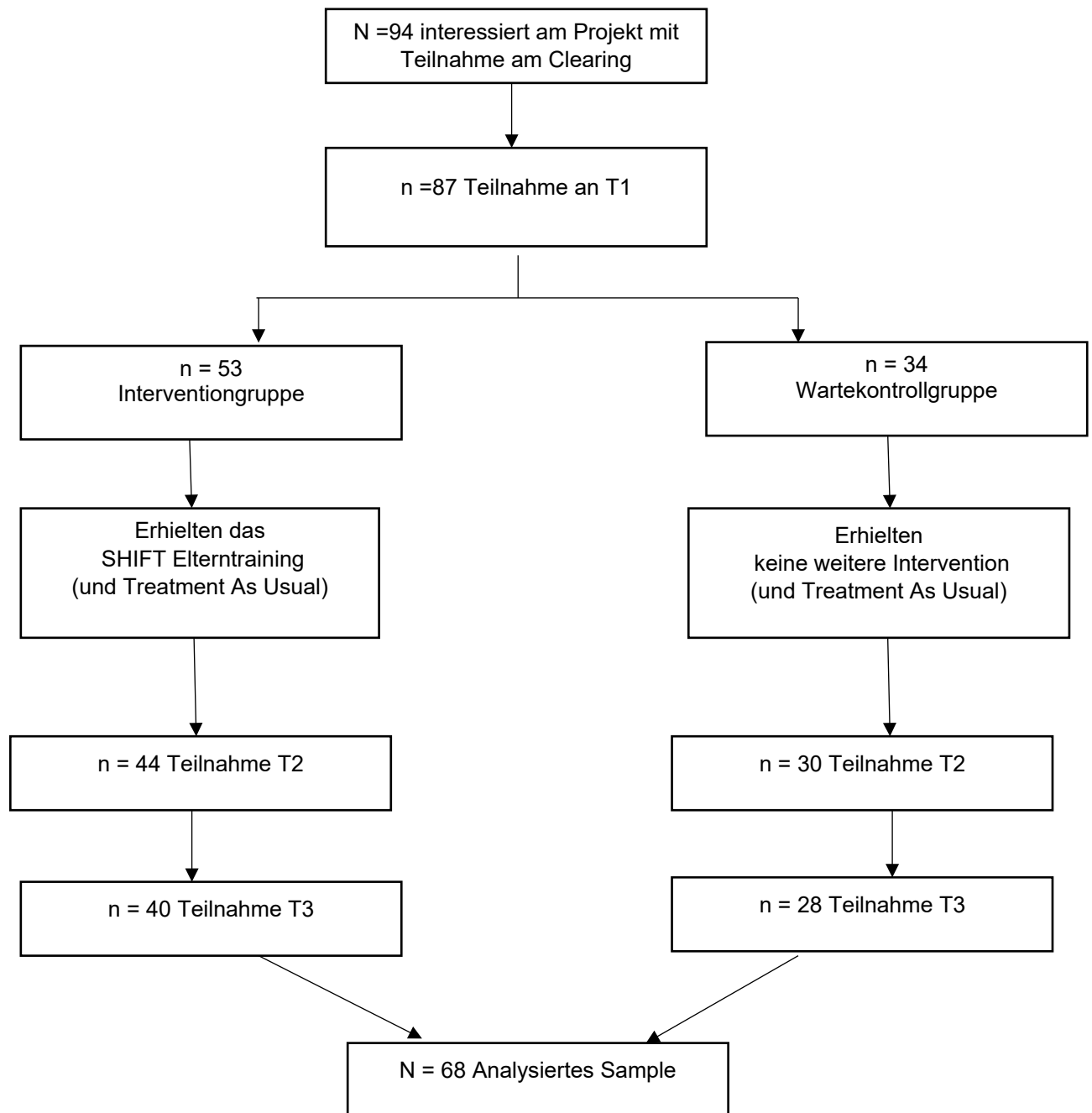


Abbildung 16: Flowchart des Projektverlaufs

Insgesamt nahmen die Eltern, die über die gesamte Projektlaufzeit erreicht werden konnten, an durchschnittlich 6,37 ($SD = 1.53$) Modulen teil. Dabei besuchten 14 dieser Elternteile alle acht Module der Intervention. Abbildung 17 verdeutlicht die Anzahl der Teilnehmenden der final analysierten Stichprobe über die Module hinweg. Eltern, die aus der IG ausschieden, taten dies in der Regel deutlich früher und nahmen somit nur an durchschnittlich 3,90 ($SD = 2.99$) Modulen teil.

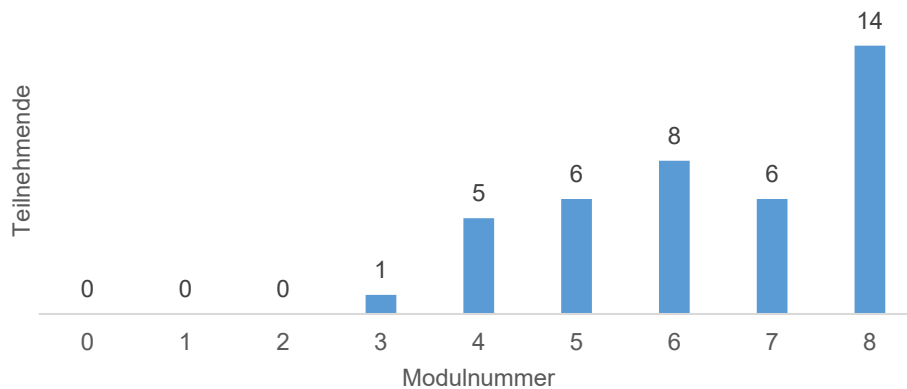


Abbildung 17: Anzahl der Teilnehmenden pro Modul in der finalen Stichprobe

7.3.2 Substanzkonsum

Substanzkonsum bzw. substanzbezogenen Probleme wurden anhand des Drug Use Disorder Inventory (DUDIT) erfasst. Weiterhin wurden Angaben zum Crystal Meth-Konsum in verschiedenen Zeiträumen vor, während und nach dem Projekt durch die Teilnehmenden berichtet.

Im Hinblick auf drogenbezogene Probleme und Substanzkonsum waren keine kurzfristigen Wirkeffekte der Intervention zu entdecken (Tabelle 23).

Tabelle 22: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der DUDIT-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finales Sample)

Skala	IG			WKG		
DUDIT	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	32	10.66	9.56	23	9.96	8.72
Post (T2)	32	8.16	8.42	23	11.40	13.45
Follow-up (T3)	32	4.87	5.90	23	9.04	12.07

Tabelle 23: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
DUDIT					
Zeit	0.45	1	56	.504	.008
Zeit x Gruppe	2.99	1	56	.089	.051
Gruppe	0.09	1	56	.764	.002

Es zeigten sich jedoch in der Langzeitmessung ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1,54) = 8.28$, $p = .006$) sowie ein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,54) = 4.78$, $p = .033$). Drogenbezogene Probleme reduzierten sich also in beiden Gruppen, die IG demonstrierte hier jedoch signifikante Überlegenheit gegenüber der WKG (Tabelle 24).

Tabelle 24: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
DUDIT					
Zeit	8.28	1	54	.006**	.133
Zeit x Gruppe	4.78	1	54	.033*	.081
Gruppe	1.06	1	54	.309	.019

* $p < .05$, ** $p < .01$

Abbildung 18 verdeutlicht die Unterschiede anhand der Veränderungswerte beider Gruppen zwischen T1 und T3.

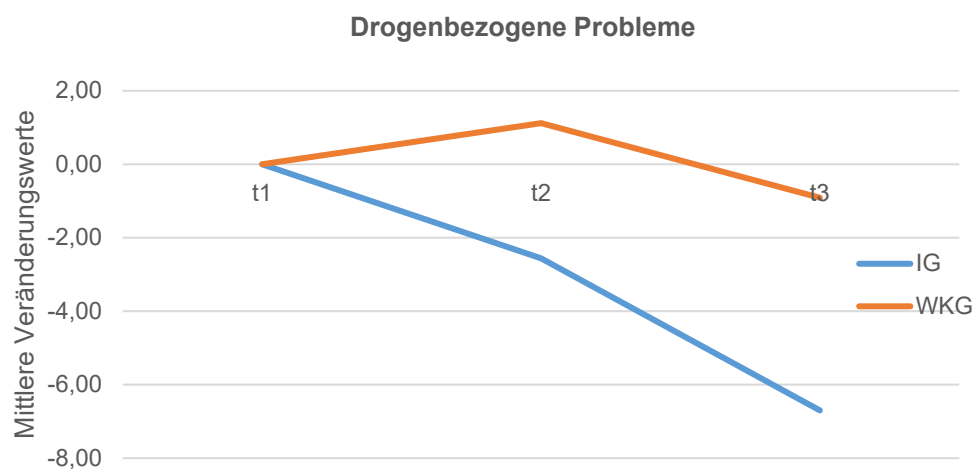


Abbildung 18: Mittlere Veränderungswerte des DUDIT Scores zwischen den Gruppen über die drei Messzeitpunkte

Dieses Ergebnis ist kohärent mit den Angaben der Teilnehmenden zu ihrem Crystal Meth-Konsum während der Projektlaufzeit. Hier waren in der IG deutlich weniger Elternteile rückfällig geworden, als in der WKG. Abbildung 19 verdeutlicht dies grafisch unter Berücksichtigung der Konsumangaben vor Beginn des Projektes.

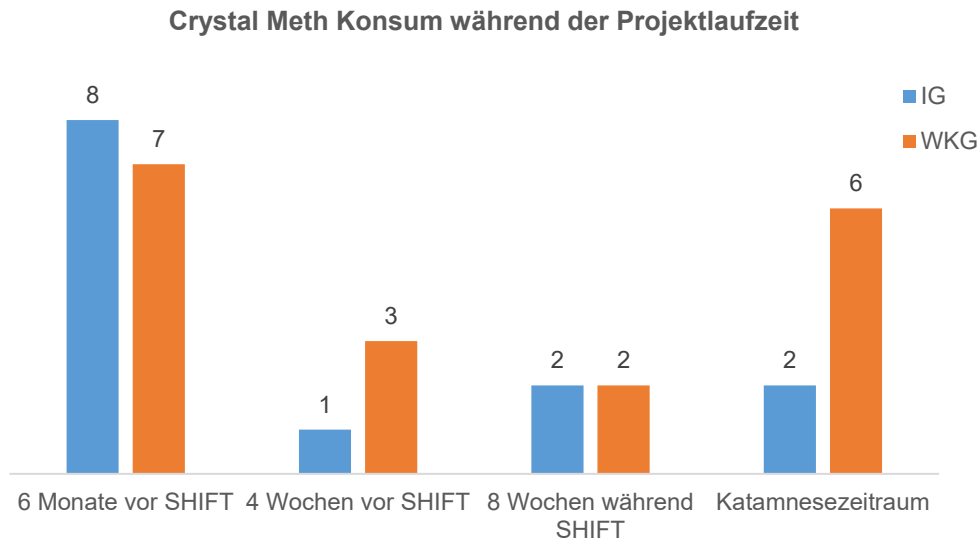


Abbildung 19: Angaben zum Crystal Meth- Konsum der Teilnehmenden im Projektverlauf

7.3.3 Psychische Symptombelastung

Die psychische Symptombelastung der teilnehmenden Eltern wurde anhand von Subskalen der Brief Symptom Checklist (BSCL) erfasst. Diese bezieht sich auf die aktuelle Belastung hinsichtlich Symptomen von Angst, Zwang, Depression, Aggression, Paranoia, Psychotizismus und unspezifischer Symptome.

Tabelle 25: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den BSCL-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

(Sub-)Skala	IG			WKG		
BSCL Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	0.88	0.76	28	0.90	0.76
Post (T2)	40	0.76	0.68	27	0.72	0.69
Follow-up (T3)	40	0.53	0.60	28	0.65	0.62
Angst						
Prä (T1)	40	0.75	0.75	28	0.83	0.82
Post (T2)	40	0.65	0.65	27	0.64	0.68
Follow-up (T3)	40	0.44	0.54	28	0.52	0.68
Aggression						
Prä (T1)	40	0.86	0.80	28	0.94	0.77
Post (T2)	40	0.70	0.71	27	0.72	0.79
Follow-up (T3)	40	0.45	0.67	28	0.57	0.55
Zwang						
Prä (T1)	40	1.11	0.90	28	1.16	0.86
Post (T2)	40	0.95	0.82	27	0.92	0.90
Follow-up (T3)	40	0.75	0.67	28	0.92	0.82
Paranoia						
Prä (T1)	40	0.99	0.85	28	0.81	0.80
Post (T2)	40	0.88	0.86	27	0.66	0.87
Follow-up (T3)	40	0.53	0.76	28	0.59	0.73
Psychotizismus						
Prä (T1)	40	0.72	0.95	28	0.78	0.92
Post (T2)	40	0.57	0.64	27	0.61	0.91
Follow-up (T3)	40	0.37	0.65	28	0.47	0.73
Depression						
Prä (T1)	40	0.83	0.92	28	0.78	0.84
Post (T2)	40	0.78	0.89	27	0.68	0.76
Follow-up (T3)	40	0.52	0.71	28	0.66	0.77
unspezifisch						
Prä (T1)	40	0.91	0.90	28	1.04	0.94
Post (T2)	40	0.86	0.96	27	0.81	0.58
Follow-up (T3)	40	0.68	0.80	28	0.81	0.64

Kurzfristige Verbesserungen der Symptombelastung konnten in beiden Gruppen erreicht werden (Tabelle 26). Es wurden signifikante Zeiteffekte auf der Gesamtskala ($F(1,65) = 4.22$, $p = .044$) sowie der Subskalen Aggression ($F(1,65) = 8.21$, $p = .006$), Zwang ($F(1,65) = 4.30$, $p = .042$) und Angst beobachtet ($F(1,65) = 4.50$, $p = .038$).

Tabelle 26: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
BSCL Gesamt					
Zeit	4.22	1	65	.044*	.061
Zeit x Gruppe	0.68	1	65	.684	.003
Gruppe	0.01	1	65	.946	.000
Angst					
Zeit	4.50	1	65	.038*	.065
Zeit x Gruppe	0.12	1	65	.728	.002
Gruppe	0.16	1	65	.690	.002
Zwang					
Zeit	4.30	1	65	.042*	.062
Zeit x Gruppe	0.24	1	65	.623	.004
Gruppe	0.00	1	65	.959	.000
Aggression					
Zeit	8.21	1	65	.006**	.112
Zeit x Gruppe	0.27	1	65	.602	.004
Gruppe	0.11	1	65	.737	.002
Paranoia					
Zeit	1.47	1	65	.230	.022
Zeit x Gruppe	0.00	1	65	.972	.000
Gruppe	1.23	1	65	.271	.019
Psychotizismus					
Zeit	2.75	1	65	.102	.041
Zeit x Gruppe	0.00	1	65	.953	.000
Gruppe	0.05	1	65	.817	.001
Depression					
Zeit	0.67	1	65	.418	.010
Zeit x Gruppe	0.84	1	65	.344	.001
Gruppe	0.17	1	65	.683	.003
unspezifisch					
Zeit	1.90	1	65	.172	.028
Zeit x Gruppe	0.65	1	65	.425	.010
Gruppe	0.04	1	65	.851	.001

* $p < .05$, ** $p < .01$

Im Katamnesezeitraum fand eine weitere Verbesserung in beiden Gruppen statt (Tabelle 27). Zwischen T1 und T3 zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt für alle verwendeten Subskalen der BSCL. Die deutlichste Reduktion war dabei für die Subskala Aggression zu beobachten.

Tabelle 27: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

(Sub-)Skala		<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
BSCL Gesamt						
	Zeit	18.62	1	66	.000***	.220
	Zeit x Gruppe	0.45	1	66	.503	.007
	Gruppe	0.20	1	66	.656	.003
Angst						
	Zeit	11.94	1	66	.001**	.153
	Zeit x Gruppe	0.00	1	66	.995	.000
	Gruppe	0.30	1	66	.587	.004
Zwang						
	Zeit	10.92	1	66	.002**	.142
	Zeit x Gruppe	0.53	1	66	.533	.006
	Gruppe	0.38	1	66	.533	.006
Aggression						
	Zeit	30.08	1	66	.000***	.313
	Zeit x Gruppe	0.07	1	66	.794	.001
	Gruppe	0.41	1	66	.525	.006
Paranoia						
	Zeit	15.19	1	66	.000***	.187
	Zeit x Gruppe	1.81	1	66	.183	.027
	Gruppe	0.12	1	66	.727	.002
Psychotizismus						
	Zeit	14.51	1	66	.000***	.180
	Zeit x Gruppe	0.06	1	66	.805	.001
	Gruppe	0.19	1	66	.664	.003
Depression						
	Zeit	6.34	1	66	.014*	.008
	Zeit x Gruppe	1.39	1	66	.242	.021
	Gruppe	0.76	1	66	.784	.001
unspezifisch						
	Zeit	5.58	1	66	.021*	.078
	Zeit x Gruppe	0.00	1	66	.967	.000
	Gruppe	0.49	1	66	.486	.007

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.3.4 Elternstress

Erlebter Elternstress wurde durch die Subskalen des Elternbelastungsinventars (EBI) abgebildet. Dieses Inventar unterscheidet eine Vielzahl elterlicher Stressoren, welche dem Elternbereich und dem Kinderbereich zuzuordnen sind.

Tabelle 28: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den EBI-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

(Sub-)Skala	IG			WKG		
EBI Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	2.91	0.65	26	2.94	0.65
Post (T2)	40	2.81	0.69	27	2.82	0.58
Follow-up (T3)	39	2.68	0.80	27	2.63	0.51
Bindung						
Prä (T1)	40	2.60	0.92	27	2.64	1,01
Post (T2)	40	2.50	0.89	27	2.35	0.76
Follow-up (T3)	39	2.28	0.94	27	2.30	0.83
Soziale Isolation						
Prä (T1)	40	2.99	0.96	27	2.88	0.83
Post (T2)	40	2.79	0.99	27	2.88	0.83
Follow-up (T3)	39	2.86	0.98	27	2.53	0.87
Elternkompetenz						
Prä (T1)	40	3.03	1.06	27	3.26	0.80
Post (T2)	40	2.97	1.08	27	3.18	0.75
Follow-up (T3)	39	2.80	1.17	27	3.09	0.71
Depression						
Prä (T1)	40	3.73	0.73	27	3.64	0.69
Post (T2)	40	3.47	0.90	27	3.50	0.86
Follow-up (T3)	39	3.28	1.08	27	3.40	0.78
Gesundheit						
Prä (T1)	40	2.86	1.02	27	2.98	0.95
Post (T2)	40	2.81	1.10	27	2.83	0.96
Follow-up (T3)	39	2.67	1.06	27	2.54	0.87
Persönliche Einschränkung						
Prä (T1)	40	2.93	0.97	27	3.08	1.00
Post (T2)	40	2.75	1.03	27	2.94	0.93
Follow-up (T3)	39	2.61	0.98	27	2.78	0.94
Partnerbeziehung						
Prä (T1)	25	2.74	0.94	12	2.58	0.91
Post (T2)	24	2.81	1.04	12	2.70	1.20
Follow-up (T3)	21	2.60	1.02	13	2.09	0.66

Hyperaktivität						
Prä (T1)	40	3.07	.95	27	2.98	.86
Post (T2)	40	3.03	.85	27	2.93	.88
Follow-up (T3)	39	2.90	.90	27	2.66	.78
Stimmung						
Prä (T1)	40	2.30	0.95	27	2.30	0.82
Post (T2)	40	2.33	0.93	27	2.31	0.82
Follow-up (T3)	39	2.27	0.88	27	2.07	0.72
Akzeptierbarkeit						
Prä (T1)	40	2.27	0.71	27	2.32	0.86
Post (T2)	40	2.19	0.70	27	2.28	0.74
Follow-up (T3)	39	2.19	0.84	27	2.22	0.83
Anforderung						
Prä (T1)	40	3.19	0.84	27	3.20	0.88
Post (T2)	40	3.15	0.98	27	3.09	0.79
Follow-up (T3)	39	2.84	1.14	27	2.94	0.84
Anpassungsfähigkeit						
Prä (T1)	40	3.03	1.07	27	2.88	1.06
Post (T2)	40	2.82	1.02	27	2.80	0.96
Follow-up (T3)	39	2.74	1.19	27	2.60	0.87

Direkt nach der Intervention war in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt auf den Subskalen Bindung ($F(1,64) = 6.42, p = .014$) und Depression ($F(1,64) = 4.14, p = 0.046$) zu verzeichnen. Hier reduzierte sich die Belastung in beiden Gruppen über die Zeit hinweg (Tabelle 28-29).

Tabelle 29: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte den EBI-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzezeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
Gesamt					
Zeit	2.46	1	62	.122	.038
Zeit x Gruppe	0.00	1	62	.968	.000
Gruppe	0.12	1	62	.726	.002
Bindung					
Zeit	6.42	1	64	.014*	.091
Zeit x Gruppe	2.18	1	64	.145	.033
Gruppe	0.08	1	64	.783	.001
Soziale Isolation					
Zeit	1.19	1	64	.280	.018
Zeit x Gruppe	1.19	1	64	.280	.018
Gruppe	0.00	1	64	.989	.000

Elternkompetenz						
Zeit	1.34	1	64	.251	.021	
Zeit x Gruppe	0.26	1	64	.613	.004	
Gruppe	1.20	1	64	.277	.018	
Depression						
Zeit	4.14	1	64	.046*	.061	
Zeit x Gruppe	0.40	1	64	.529	.006	
Gruppe	0.00	1	64	.954	.000	
Gesundheit						
Zeit	0.91	1	64	.345	.014	
Zeit x Gruppe	0.10	1	64	.598	.004	
Gruppe	0.11	1	64	.740	.002	
Persönliche Einschränkung						
Zeit	2.18	1	64	.145	.033	
Zeit x Gruppe	0.04	1	64	.727	.002	
Gruppe	0.53	1	64	.470	.008	
Partnerbeziehung						
Zeit	1.45	1	29	.238	.048	
Zeit x Gruppe	0.44	1	29	.341	.031	
Gruppe	0.00	1	29	.997	.000	
Hyperaktivität						
Zeit	0.32	1	64	.574	.005	
Zeit x Gruppe	0.04	1	64	.846	.001	
Gruppe	0.24	1	64	.628	.004	
Stimmung						
Zeit	0.08	1	64	.780	.001	
Zeit x Gruppe	0.30	1	64	.585	.005	
Gruppe	0.00	1	64	.981	.000	
Akzeptierbarkeit						
Zeit	1.38	1	64	.245	.021	
Zeit x Gruppe	0.01	1	64	.878	.000	
Gruppe	0.31	1	64	.581	.005	
Anforderung						
Zeit	0.56	1	64	.459	.009	
Zeit x Gruppe	0.08	1	64	.781	.001	
Gruppe	0.02	1	64	.892	.000	
Anpassungsfähigkeit						
Zeit	2.50	1	64	.119	.038	
Zeit x Gruppe	0.17	1	64	.683	.003	
Gruppe	0.05	1	64	.819	.001	

* $p < .05$

Anmerkung: Partnerbeziehung wird nur bei vorhandener Partnerschaft berechnet

Im Katamnesezeitraum wurde eine weitere, deutliche Reduktion des elterlichen Stresses im Eltern- sowie Kindesbereich sichtbar (Tabelle 30). Beide Gruppen entwickelten sich auf dem

Großteil der Subskalen positiv, wobei insbesondere auf den Subskalen Bindung, Gesundheit und persönliche Einschränkungen Verbesserungen erzielt wurden.

Tabelle 30: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
EBI Gesamt					
Zeit	11.71	1	61	.001**	.161
Zeit x Gruppe	0.02	1	61	.878	.000
Gruppe	0.00	1	61	.979	.000
Bindung					
Zeit	10.58	1	63	.002**	.144
Zeit x Gruppe	0.00	1	63	.948	.000
Gruppe	0.01	1	63	.918	.000
Soziale Isolation					
Zeit	6.10	1	63	.016*	.088
Zeit x Gruppe	1.35	1	63	.250	.021
Gruppe	1.21	1	63	.277	.019
Elternkompetenz					
Zeit	3.85	1	63	.054	.058
Zeit x Gruppe	0.06	1	63	.801	.001
Gruppe	1.11	1	63	.297	.017
Depression					
Zeit	9.97	1	63	.002**	.137
Zeit x Gruppe	1.55	1	63	.218	.024
Gruppe	1.54	1	63	.218	.024
Gesundheit					
Zeit	11.04	1	63	.001**	.149
Zeit x Gruppe	1.82	1	63	.183	.028
Gruppe	0.01	1	63	.922	.000
Persönliche Einschränkung					
Zeit	10.44	1	63	.002**	.142
Zeit x Gruppe	0.12	1	63	.736	.002
Gruppe	0.53	1	63	.471	.008
Partnerbeziehung					
Zeit	0.57	1	27	.456	.021
Zeit x Gruppe	0.00	1	27	.961	.000
Gruppe	2.80	1	27	.106	.094
Hyperaktivität					
Zeit	4.61	1	63	.036*	.068
Zeit x Gruppe	0.18	1	63	.669	.003
Gruppe	0.88	1	63	.352	.014
Stimmung					
Zeit	1.24	1	63	.270	.019
Zeit x Gruppe	0.52	1	63	.472	.008
Gruppe	0.34	1	63	.565	.005

Akzeptierbarkeit						
	Zeit	0.57	1	63	.445	.009
	Zeit x Gruppe	0.00	1	63	.960	.000
	Gruppe	0.01	1	63	.937	.000
Anforderung						
	Zeit	9.08	1	63	.004**	.126
	Zeit x Gruppe	0.14	1	63	.706	.002
	Gruppe	0.01	1	63	.912	.000
Anpassungsfähigkeit						
	Zeit	4.19	1	63	.045*	.062
	Zeit x Gruppe	0.09	1	63	.771	.001
	Gruppe	0.40	1	63	.531	.006

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.3.5 Erziehungsverhalten

Erziehung wurde anhand des Fragebogens zum Erziehungsverhalten (FZEV) im Hinblick auf positives, förderliches Elternverhalten sowie anhand des Erziehungsfragebogens in Kurzform (EFBK) im Sinne dysfunktionalen Elternverhaltens erfasst. Letztgenannter Fragebogen wurde aufgrund der oben erläuterten Baseline-Differenzen nur im Hinblick auf die Subskala Weitschweifigkeit in die inferenzstatistischen Analysen eingeschlossen.

7.3.4.1 Förderliches Erziehungsverhalten

Tabelle 31: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FZEV-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
FZEV Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	2.30	0.55	27	2.19	0.39
Post (T2)	40	2.46	0.46	27	2.16	0.42
Follow-up (T3)	39	2.38	0.51	28	2.20	0.36

Für förderliches Erziehungsverhalten zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,64) = 4.06$, $p = .048$) direkt nach der Intervention (Tabelle 32). Hier verbesserte sich die IG gegenüber der WKG und berichtete entsprechend mehr positive Interaktionen.

Tabelle 32: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FZEV					
Zeit	3.48	1	64	.067	.052
Zeit x Gruppe	4.06	1	64	.048*	.060
Gruppe	3.46	1	64	.068	.051

* $p < .05$

Auch in der Langzeitkatamnese blieben IG der WKG überlegen, die Werte konnten aber keine statistische Signifikanz mehr erreichen, wie Tabelle 33 verdeutlicht.

Tabelle 33: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FZEV					
Zeit	1.65	1	64	.204	.025
Zeit x Gruppe	0.72	1	64	.401	.011
Gruppe	1.66	1	64	.203	.025

Eine grafische Darstellung der Entwicklung der Skalenwerte zeigt Abbildung 20.

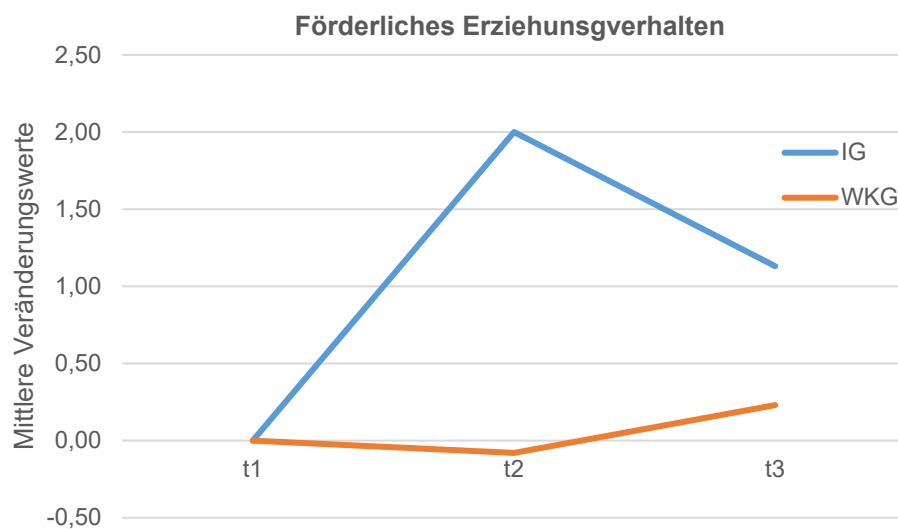


Abbildung 20: Mittlere Veränderungswerte des FZEV zwischen den Gruppen über die drei Messzeitpunkte

7.3.4.2 Dysfunktionales Erziehungsverhalten

Kurz- und langfristig konnten im Hinblick auf weitschweifiges Erziehungsverhalten keine signifikanten Veränderungen in der IG oder WKG erreicht werden, wie aus den folgenden Tabellen 34 bis 36 deutlich wird.

Tabelle 34: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
EFBK (Weitschweifigkeit)	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	2.98	0.92	27	3.41	1.11
Post (T2)	40	3.02	0.86	26	3.43	1.16
Follow-up (T3)	39	2.97	1.02	28	3.24	1.05

Tabelle 35: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
EFBK (Weitschweifigkeit)					
Zeit	0.04	1	64	.835	.001
Zeit x Gruppe	0.01	1	64	.908	.000
Gruppe	5.42	1	64	.072	.050

Tabelle 36: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
EFBK (Weitschweifigkeit)					
Zeit	0.43	1	63	.516	.007
Zeit x Gruppe	0.33	1	63	.570	.005
Gruppe	2.58	1	63	.113	.039

7.3.6 Familie und Resilienz

Da kein standardisiertes, validiertes Instrument zur Messung von Familienresilienz in Deutschland verfügbar ist, wurde sich einer Vielzahl an Instrumenten zur Operationalisierung des Konstrukts bedient. Zum einen wurde das verwandte Konzept der Familienfunktionalität über die Kurzform der Familienbögen (FB-K) (Sidor & Cierpka, 2016) erhoben. Weiterhin fand eine Übersetzung der Family Resilience Assessments Scale (FRAS) (Sixbey, 2005) ins Deutsche statt, welche in gekürzter Form explorativ Verwendung fand. Zusätzlich wurde

resilientes individuelles Coping der Teilnehmenden mit der Brief Resilient Coping Scale (BRCS) erfasst.

7.3.5.1 Familienfunktionalität

Kurzfristig zeigte sich knapp kein signifikanter Effekt in der Erhöhung der Familienfunktionalität der Teilnehmenden beider Gruppen (Tabelle 37-38). Bei der Untersuchung der Langzeiteffekte (Tabelle 39) konnte jedoch eine signifikante Verbesserung beider Gruppen über die Zeit hinweg identifiziert werden ($F(1,66) = 6.84, p = .011$).

Tabelle 37: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FBK-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
FBK Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	2.14	0.59	28	2.09	0.45
Post (T2)	40	2.22	0.46	28	2.21	0.42
Follow-up (T3)	40	2.24	0.46	28	2.32	0.42

Tabelle 38: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FBK-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FBK					
Zeit	3.90	1	66	.053	.056
Zeit x Gruppe	0.17	1	66	.679	.003
Gruppe	0.09	1	66	.766	.001

Tabelle 39: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FBK-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FB-K					
Zeit	6.84	1	66	.011*	.094
Zeit x Gruppe	1.00	1	66	.320	.015
Gruppe	0.10	1	66	.921	.000

* $p < .05$

7.3.5.2 Familienresilienz

Die gekürzte deutsche Übersetzung der Family Resilience Assessment Scale (FRAS-D), die die drei Oberkonstrukte gemeinsame Glaubenssysteme, Organisation und Kommunikation

erfasst, zeigte kurz- wie langfristig keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen (Tabelle 40 bis 42)

Tabelle 40: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den FRAS-D-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
FRAS-D Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	39	2.95	0.38	28	2.91	0.28
Post (T2)	39	2.93	0.28	28	2.99	0.28
Follow-up (T3)	39	3.94	0.36	28	2.96	0.29
Organisation						
Prä (T1)	39	3.22	0.49	28	3.18	0.47
Post (T2)	39	3.21	0.41	28	3.34	0.35
Follow-up (T3)	39	3.23	0.45	28	3.25	0.45
Kommunikation						
Prä (T1)	39	3.07	0.57	28	3.07	0.34
Post (T2)	39	3.04	0.46	28	3.14	0.37
Follow-up (T3)	39	3.02	0.47	28	3.14	0.42
Glaubenssysteme						
Prä (T1)	39	2.54	0.33	28	2.49	0.33
Post (T2)	39	2.55	0.32	28	2.50	0.26
Follow-up (T3)	39	2.57	0.35	28	2.49	0.26

Tabelle 41: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FRAS-D Gesamt					
Zeit	0.99	1	65	.324	.015
Zeit x Gruppe	1.99	1	65	.162	.030
Gruppe	0.05	1	65	.825	.001
Organisation					
Zeit	1.33	1	65	.253	.020
Zeit x Gruppe	2.27	1	65	.137	.034
Gruppe	0.24	1	65	.628	.004
Kommunikation					
Zeit	0.13	1	65	.721	.002
Zeit x Gruppe	1.14	1	65	.290	.017
Gruppe	0.31	1	65	.579	.005
Gemeinsame Glaubenssysteme					
Zeit	0.11	1	65	.742	.002
Zeit x Gruppe	0.00	1	65	.960	.000
Gruppe	0.66	1	65	.421	.010

Tabelle 42: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
FRAS-D Gesamt					
Zeit	0.43	1	64	.514	.007
Zeit x Gruppe	0.38	1	64	.543	.006
Gruppe	0.00	1	64	.987	.000
Organisation					
Zeit	0.51	1	64	.479	.008
Zeit x Gruppe	0.26	1	64	.611	.004
Gruppe	0.00	1	64	.980	.000
Kommunikation					
Zeit	0.07	1	64	.790	.001
Zeit x Gruppe	0.77	1	64	.384	.012
Gruppe	0.51	1	64	.478	.008
Gemeinsame Glaubenssysteme					
Zeit	0.22	1	64	.639	.003
Zeit x Gruppe	0.11	1	64	.739	.002
Gruppe	0.81	1	64	.370	.013

7.3.5.3 Resilientes Coping

Auch im Hinblick auf resilientes Individualcoping, welches anhand der deutschen Version der „Brief Resilient Coping Scale“ (Kocalevent et al., 2014) erfasst wurde, zeigte sich keine signifikante Veränderung bei den teilnehmenden Eltern (Tabellen 43 bis 45).

Tabelle 43: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BRCS-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
BRCS Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	40	3.54	0.89	28	3.68	0.77
Post (T2)	40	3.723	0.70	28	3.53	0.71
Follow-up (T3)	40	3.64	0.77	28	3.65	0.84

Tabelle 44: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BRCS-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
BRCS Gesamt					
Zeit	0.06	1	65	.801	.001
Zeit x Gruppe	2.33	1	65	.132	.035
Gruppe	0.04	1	65	.845	.001

Tabelle 45: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BRCS-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
BRCS Gesamt					
Zeit	0.16	1	66	.688	.002
Zeit x Gruppe	0.49	1	66	.488	.007
Gruppe	0.16	1	66	.694	.002

7.3.7 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

Anhand des Elternfragebogens des Strengths and Difficulties-Questionnaire (SDQ) schätzten die teilnehmenden Eltern die Verhaltensstärken und- schwächen ihrer Kinder ein. Es wurde deutlich, dass direkt nach der Intervention eine Reduktion externalisierender Verhaltensauffälligkeiten in beiden Gruppen beschrieben wurde ($F(1,50) = 8,05$, $p = .007$; Tabelle 47). Dieser Effekt zeigte sich zwischen den Messzeitpunkten T1 und T3 nicht mehr, jedoch wurde in diesem Zeitraum eine signifikante Reduktion des Gesamtproblemwerts ($F(1,46) = 5.81$, $p = .020$) sowie eine signifikante Erhöhung prosozialen Verhaltens ($F(1,46) = 4.18$, $p = .047$) in beiden Gruppen über die Zeit hinweg berichtet (Tabelle 48).

Tabelle 46: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der SDQ-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)

Skala	IG			WKG		
SDQ Gesamtbelastung	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	30	0.73	0.29	24	0.79	0.31
Post (T2)	29	0.71	0.25	24	0.73	0.26
Follow-up (T3)	29	0.67	0.30	24	0.65	0.26
Emotionale Probleme						
Prä (T1)	30	.57	.46	24	.60	.46
Post (T2)	29	.51	.45	24	.57	.41
Follow-up (T3)	29	.46	.47	24	.41	.37
Externalisierendes Verhalten						
Prä (T1)	30	.69	.41	24	.80	.43
Post (T2)	29	.57	.32	24	.63	.38
Follow-up (T3)	29	.63	.43	24	.65	.43
Hyperaktivität						
Prä (T1)	30	1.04	.46	24	1.09	.54
Post (T2)	29	1.06	.48	24	1.09	.48
Follow-up (T3)	29	1.01	.50	24	.99	.50
Soziale Probleme						
Prä (T1)	30	.62	.27	24	.66	.29
Post (T2)	29	.69	.22	24	.65	.27
Follow-up (T3)	29	.61	.20	24	.58	.19
Prosoziales Verhalten						
Prä (T1)	30	1.47	.39	24	1.44	.40
Post (T2)	29	1.47	.32	24	1.46	.49
Follow-up (T3)	29	1.52	.42	24	1.56	.41

Tabelle 47: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
SDQ Gesamtbelastung					
Zeit	0.88	1	50	.352	.017
Zeit x Gruppe	0.68	1	50	.415	.013
Gruppe	0.33	1	50	.568	.007
Emotionale Probleme					
Zeit	0.72	1	50	.400	.014
Zeit x Gruppe	0.03	1	50	.869	.001
Gruppe	0.08	1	50	.773	.002
Externalisierendes Verhalten					
Zeit	8.05	1	50	.007**	.139
Zeit x Gruppe	1.29	1	50	.262	.025
Gruppe	0.82	1	50	.371	.016
Hyperaktivität					
Zeit	0.10	1	50	.755	.002
Zeit x Gruppe	0.12	1	50	.726	.002
Gruppe	0.07	1	50	.770	.002
Soziale Probleme					
Zeit	0.66	1	50	.421	.013
Zeit x Gruppe	1.15	1	50	.288	.023
Gruppe	0.01	1	50	.937	.000
Prosoziales Verhalten					
Zeit	0.00	1	50	.966	.000
Zeit x Gruppe	0.40	1	50	.527	.008
Gruppe	0.09	1	50	.762	.002

Tabelle 48: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)

(Sub-)Skala	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	η^2
SDQ Gesamtbelastung					
Zeit	5.81	1	46	.020*	.112
Zeit x Gruppe	0.83	1	46	.368	.018
Gruppe	0.10	1	46	.752	.002
Emotionale Probleme					
Zeit	3.62	1	46	.064	.073
Zeit x Gruppe	0.51	1	46	.478	.011
Gruppe	0.00	1	46	.994	.000
Externalisierendes Verhalten					
Zeit	3.57	1	46	.065	.072
Zeit x Gruppe	0.32	1	46	.577	.007
Gruppe	0.14	1	46	.577	.007
Hyperaktivität					
Zeit	1.61	1	46	.211	.034
Zeit x Gruppe	0.06	1	46	.813	.001
Gruppe	0.14	1	46	.708	.003
Soziale Probleme					
Zeit	3.37	1	46	.063	.073
Zeit x Gruppe	1.87	1	46	.178	.039
Gruppe	0.00	1	46	.971	.000
Prosoziales Verhalten					
Zeit	4.18	1	46	.047*	.083
Zeit x Gruppe	0.02	1	46	.900	.000
Gruppe	0.00	1	46	.948	.000

* $p < .05$

7.3.8 Drop Out-Analysen

Die Teilnehmenden, die nicht für den dritten Messzeitpunkt erreicht werden konnten, wurden in separaten Drop Out-Analysen betrachtet. Hierbei wurden ihre soziodemografischen Merkmale beschrieben und systematische Unterschiede zur Gesamtstichprobe, auch in Bezug auf die verwendeten Inventare, inferenzstatistisch überprüft.

Die 19 ausgeschiedenen Teilnehmenden, die 21,8 % der ursprünglichen Gesamtstichprobe ausmachten, wurden mit einer äquivalent großen Zufallsstichprobe ($n = 19$) aus der Gruppe der im Projekt verbliebenen Teilnehmenden verglichen.

Etwa ein Viertel ($n = 5$, 26,3 %) der ausgeschiedenen Elternteile war männlich, weitere 73,7 % weiblich ($n = 14$). Ihr Durchschnittsalter betrug $M = 29,21$ Jahre ($SD = 4.96$) und sie hatten durchschnittlich 1,55 ($SD = 0,92$) Kinder. Etwa die Hälfte ($n = 10$, 52,6 %) berichtete keine Partnerin oder keinen Partner zu haben, während die andere Hälfte ($n = 9$, 47,4 %) sich in einer Beziehung befand. Zwei Personen (10,5 %) hatten in den vier Wochen vor der Baseline-Erhebung und damit vor dem Projektstart noch Crystal Meth konsumiert, acht Personen (42,1 %) in den sechs Monaten vor Projektbeginn.

T-Tests und Chi-Quadrat-Tests zeigen, dass bezogen auf die Vergleichsstichprobe, keine systematische Differenz hinsichtlich soziodemografischer Merkmale von Geschlecht ($\chi^2 = 0.00$, $p = 1.00$), Alter ($t(36) = -1.18$, $p = .246$), Anzahl der Kinder ($t(35) = -0.69$), Partnerschaft ($\chi^2 = .70$, $p = .402$), und Substanzkonsum sechs Monate vor Projektbeginn ($\chi^2 = 3.2$, $p = .074$) bzw. vier Wochen vor Projektbeginn ($\chi^2 = 2.11$, $p = .146$) bestand. Deskriptiv lässt sich jedoch erkennen, dass vergleichsweise etwas mehr Ausgeschiedene vor Beginn des Projektes Crystal Meth konsumiert hatten.

Tabelle 49 zeigt die Werte der Drop Out-Gruppe und der Vergleichsstichprobe auf den Hauptskalen der verwendeten Inventare. Hier wird deutlich, dass, wie bereits in den deskriptiven Statistiken abzulesen war, die Drop-Outs tendenziell etwas mehr drogenbezogene Probleme bzw. Substanzkonsum berichteten. Darüber hinaus zeigt sich keine systematische Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 49: Vergleich der Drop-Outs und verbliebende Teilnehmenden bzgl. der untersuchten Variablen

Hauptskalen	Gruppe	N	M	SD	Sig (2-seitig)
Psych. Symptombelastung (BSCL)	Ausgeschieden	19	.81	.71	.674
	Verblieben	18	.92	.84	
Substanzbezog. Probleme (DUDIT)	Ausgeschieden	19	15.21	9.25	.037*
	Verblieben	17	8.71	8.63	
Elternstress (EBI)	Ausgeschieden	17	2.74	.71	.622
	Verblieben	17	3.84	0.75	
Pos. Erziehung (FZEV)	Ausgeschieden	17	2.29	0.40	.933
	Verblieben	19	2.28	0.58	
Dysf. Erziehung (EFB-K)	Ausgeschieden	17	3.19	1,22	.850
	Verblieben	18	3.12	0,94	
Familienfunktionalität (FBK)	Ausgeschieden	19	2.23	0.55	.207
	Verblieben	19	2.00	0.51	
Familienresilienz (FRAS- D)	Ausgeschieden	18	2.92	0.38	.802
	Verblieben	18	2.95	0.34	
Resilientes Coping (BRCS)	Ausgeschieden	18	3.47	0,56	.859
	Verblieben	19	3.42	1,08	
Verhaltensprobleme Kind (SDQ)	Ausgeschieden	13	0.69	0.26	.291
	Verblieben	15	0.82	0.34	

7.3.9 Zusammenfassung der Wirksamkeitsevaluation

Insgesamt verdeutlichen die Evaluationsergebnisse die Wirksamkeit des SHIFT-Elterntrainings insbesondere im Hinblick auf das elterliche Erziehungsverhalten sowie auf die Reduktion substanzbezogener Probleme bzw. die Stabilisierung der Abstinenz teilnehmender Eltern. In Bezug auf beide Variablen zeigte sich die IG der WKG signifikant überlegen.

Förderliches Erziehungsverhalten war nach der Gruppenteilnahme in der IG signifikant erhöht, wenngleich dieser Effekt in der Langzeitmessung keine statistische Signifikanz mehr zeigt. Hier empfiehlt es sich, perspektivisch die Verstetigung dieses Verhaltens mit der Klientel vertieft zu bearbeiten. Eine Reduktion dysfunktionaler Erziehung im Sinne der Weitschweifigkeit konnte initial nicht verzeichnet werden. Möglicherweise sind die Reduktion dysfunktionalen Verhaltens und die Etablierung alternativer Verhaltensweisen in der Umsetzung für die teilnehmenden Eltern komplexer und daher im Rahmen dieser Evaluation nicht signifikant verändert.

Die Stabilisierung der Abstinenz kann sowohl als potenzieller Effekt der direkten Gruppenteilnahme interpretiert werden, aber auch als sekundärer Effekt durch die vermehrte Auseinandersetzung mit der Elternrolle und assoziierter Verpflichtungen. Ergebnisse des Forschungsprojektes Crystal Meth und Familie I (Klein et al., 2016) hatten in diesem Kontext gezeigt, dass Kinder und Familie ein besonders wichtiges Abstinenzmotiv darstellen, welches hier potenziell weiter zum Tragen kommt.

In Bezug auf eine Vielzahl von Variablen konnten signifikante Verbesserungen beider Gruppen über die Zeit hinweg beobachtet werden. Dies betrifft die Familienfunktionalität, die Reduktion psychischer Symptombelastung, kindliche Verhaltensprobleme und das elterliche Stresserleben.

Zur nachhaltigen Verbesserung der Familienfunktionalität und -resilienz erscheint es sinnvoll, perspektivisch auch Angehörige (z.B. Partnerinnen oder Partner, Kinder) mit in den Prozess bzw. die Intervention einzubeziehen, um z.B. Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familien noch effektiver optimieren zu können. Zur Erfassung der Verbesserung familiärer Resilienz bedarf es darüber hinaus der Entwicklung und Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Erfassung des Konstrukts, welche sich auch in Risikopopulationen einsetzen lässt.

Kindliche Verhaltensprobleme reduzierten sich im Rahmen der Projektlaufzeit insgesamt in beiden Gruppen, jedoch blieb eine weitreichende Reduzierung insbesondere externalisierender Probleme im Katamnesezeitraum aus. Hier ist es denkbar, dass eine Verstetigung von Elternkompetenzen und resultierende positive Effekte im Rahmen der kindlichen Verhaltensprobleme langfristig nur im Rahmen noch länger andauernder Follow-up-Perioden erkennbar sein könnten. Es zeigt sich erneut die Bedeutsamkeit ergänzender Angebote, insbesondere für ältere Kinder, die die Spezifika der Lebenssituation mit einem suchtkranken Elternteil berücksichtigen. Entsprechend sollte perspektivisch der Einbezug der Kinder und deren weiterführende Anbindung ans Hilfesystem direkt im Kontext des SHIFT-Elterntrainings stattfinden, sofern die Kinder dafür alt genug sind.

Die Reduktion psychischer Symptombelastung seitens der Eltern und ebenso des elterlichen Stresses in beiden Gruppen kann zum einen im Kontext eines erfolgreichen „treatment as usual“ beider Gruppen gedeutet werden. Insbesondere die Reduzierung psychischer Probleme im Rahmen aggressiver Symptomatik ist im Kontext der Elternschaft von erheblicher Bedeutung und zentral für die Lebenswelt mitbetroffener Kinder.

Grundsätzlich ist in Bezug auf die berichteten signifikanten Zeiteffekte zu beachten, dass die initiale Evaluation des SHIFT-Elterntrainings an einer aus statistischer Sicht relativ kleinen Stichprobe und im Vergleich zu einer ebenfalls (teils intensiv) behandelten Gruppe erfolgte, wodurch nur mittlere bis große Effekte der Intervention identifiziert werden konnten. Potenzielle, kleinere Effekte der Intervention können hier also nicht aufgedeckt werden.

Limitierend bei der Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus zu beachten, dass alle teilnehmenden Eltern über das Hilfesystem akquiriert wurden und somit keine Aussagen über Teilnehmende, die nicht bereits im Hilfesystem angekommen sind, getroffen werden können. Möglichweise könnte das SHIFT-Elterntraining hier noch größerer Effekte erzielen. Weiterhin erhielten alle teilnehmenden Eltern ihr „treatment as usual“ während der Intervention, somit sind reine Interventionseffekte schwieriger aufzudecken bzw. gefundene Effekte fallen in der Regel klein aus. Es muss außerdem bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass alle Fragebögen durch die Eltern selbst ausgefüllt wurden, Antworttendenzen beispielsweise sozialer Erwünschtheit, aber auch depressive Wahrnehmungsverzerrungen sind hier nicht auszuschließen.

Anhand der Drop Out-Analysen wird wenig überraschend deutlich, dass Eltern mit stärker ausgeprägten substanzbezogenen Problemen häufiger aus der Studie ausschieden. Hierbei ist denkbar, dass die Studienteilnahme angesichts der aktuell ausgeprägten Problemlagen für diese Eltern als zu herausfordernd erlebt wurde. Wie sich jedoch in der Ergebnisevaluation zeigte, empfiehlt sich dennoch auch eine Teilnahme für Eltern am SHIFT-Training, die ihre Abstinenz noch weiter stabilisieren möchten.

Insgesamt wäre forschungsperspektivisch ein langfristiges Follow-up mit den betroffenen Eltern wünschenswert. Eine Untersuchung der Entwicklungsverläufe mitbetroffener Kinder wäre darüber hinaus erstrebenswert. Zentral wäre hier auch eine standardisierte klinische Diagnostik der Kinder unter Ausschluss potenziell subjektiv verzerrter Beschreibungen durch die eigenen Eltern.

Eine breite Dissemination des SHIFT-Elterntrainings sowie eine Adaption und Öffnung der Gruppen über andere illegale Substanzen hinweg sind für die praktische Arbeit mit betroffenen Familien von besonderer Bedeutung. Dies soll im Rahmen des (ebenfalls vom BMG geförderten) Transferprojekts „SHIFT Plus - Weiterentwicklung und Evaluation des Suchthilfe-Familientrainings für drogenabhängige Eltern“ verwirklicht und weiter verfolgt werden. Hier soll auch, auf Grundlage der erläuterten Evaluationsergebnisse, eine weitere Vertiefung der Familienresilienz sowie ein noch deutlicherer Einbezug der Kinder realisiert werden.

8. Gesamtdiskussion

Zusammengefasst kann konstatiert werden, dass das Projekt „Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ sehr erfolgreich umgesetzt werden konnte. Unter Einbezug einer Vielzahl an Praxispartnern der Sucht- und Jugendhilfe in Sachsen und Thüringen wurde die Intervention für Methamphetaminabhängige mit Kindern bis acht Jahren vornehmlich im Rahmen der Suchtberatung angeboten. Es konnten im Projektverlauf über die Jahre 2016 bis 2018 alle relevanten Ziele und Teilziele des Projektes gemäß Projektantrag erreicht werden. Die Hauptprojektziele beinhalteten - neben der Entwicklung der SHIFT-Intervention als „Herzstück“ des Forschungsvorhabens - die Erreichbarkeit der Zielgruppe, Akzeptanz und Wirksamkeit der entwickelten Intervention sowie den nachhaltigen Transfer und Verankerung des SHIFT-Elterntrainings. Als Teilziele waren darüber hinaus die Erreichung kooperierender Praxispartner, der Abschluss einer projektbezogenen Kooperation aus Sucht- und Jugendhilfe, die Nutzung von Online-Diensten zur Rekrutierung, projektinterner Austausch und die Entwicklung der Evaluationsinstrumente relevant.

Das Erreichen von insgesamt 87 Teilnehmenden zum Projektstart sowie die anschließende Haltequote von 78 % sind als sehr zufriedenstellend zu bewerten und spiegeln die hohe Relevanz des Themas und das entsprechende Interesse der methamphetaminabhängigen Eltern wider. Die Teilnahme von 21,8 % Vätern in der Stichprobe ist hier besonders zu unterstreichen, da häufig eine starke weibliche Fokussierung im Bereich des Themenfeldes „Sucht und Elternschaft“ zu beobachten ist. Wie in den präsentierten Ergebnissen bereits dargestellt, präsentierte sich die Stichprobe grundsätzlich als heterogen in Bezug auf Alter, Anzahl der Kinder, partnerschaftliche Situation oder Lebensmittelpunkt der Kinder. Somit konnte das SHIFT-Elterntraining erfreulicherweise eine relativ breite Zielgruppe methamphetaminabhängiger Eltern ansprechen.

Die Evaluationsergebnisse verdeutlichen außerdem sowohl die hohe Akzeptanz des Trainings durch die Zielgruppe und durchführenden Fachkräfte als auch die Wirksamkeit der Intervention, insbesondere in Hinblick auf die Förderung positiven Erziehungsverhaltens sowie auf die Reduktion drogenbezogener Probleme und die Stabilisierung von Abstinenz. Das SHIFT-Elterntraining erweist sich also als geeignete Maßnahme für methamphetaminabhängige Eltern, welche sich gut in den Settings der Sucht- und Jugendhilfen einsetzen lässt. Hinsichtlich der Förderung familiärer Resilienz zeigt sich ein Bedarf, die Intervention in diesen Bereich noch weiter zu vertiefen und auch potenziell für weitere Familienmitglieder zu öffnen. Dies soll im Folgeprojekt „SHIFT Plus“ Anwendung finden.

Der nachhaltige Transfer der Projektergebnisse in die Fachöffentlichkeit ist gewährleistet. Neben einem Zulauf von etwa 100 Fachkräften zur Abschlusskonferenz in Dresden, wurde der Transfer für die Fachwelt auch auf weiteren Ebenen gesichert. Zum einen wird das deutschsprachige Manual des SHIFT-Elterntrainings im Jahr 2019 über den psychologischen Fachverlag Hogrefe veröffentlicht. Das Manual wird vom Verlag bereits im deutschsprachigen Raum aktiv beworben. Neben internationalen Kongressbeiträgen tragen zwei internationale (neben verschiedenen nationalen Publikationen zur Dissemination der Ergebnisse über die Landesgrenzen hinaus bei. Die weitere Durchführung der Intervention findet zum aktuellen Zeitpunkt in mindestens zwei der kooperierenden Einrichtungen statt. Weitere Praxispartner aus ganz Deutschland werden außerdem im Rahmen des Transferprojektes das Elterntraining SHIFT Plus umsetzen. Eine weitere Verstetigung der SHIFT Intervention, auch nach Projektende, ist hier äußerst wünschenswert. Es wird grundsätzliches Interesse daran bekundet, auch bei den (ehemaligen) kooperierenden Einrichtungen. Jedoch zeigt sich eine dauerhafte Finanzierung und somit eine Verstetigung von erfolgreichen Maßnahmen bei oft knappen personellen und finanziellen Ressourcen in Sucht- und Jugendhilfe generell und häufig als herausfordernd.

Die Projektteilziele wurden durchgängig erfüllt. Insgesamt sieben Einrichtungen setzten das SHIFT-Elterntraining in der Evaluationsphase um, wobei – sofern keine kontinuierliche Kooperation oder Misch-Finanzierung vorlag – eine projektbezogene Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe etabliert werden konnte.

Zur Rekrutierung der Teilnehmenden wurden im Projekt von Beginn an neue Medien genutzt, insbesondere die Projektwebsite www.shift-elterntraining.de. Jedoch wurde deutlich, dass klassische Rekrutierungswege in Form von persönlicher Ansprache und Weitergabe von Printmaterialien insgesamt als erfolgreicher zu bewerten sind. Potenziell stellt der persönliche Bezug zur Einrichtung oder zu den Trainerinnen und Trainern für die Teilnehmenden einen wichtigen Aspekt bei der Auseinandersetzung mit dem häufig schambesetzten Thema „Sucht und Elternschaft“ dar.

Die Projektdurchführung und -koordination fand in kontinuierlichem Austausch innerhalb des Projektteams sowie mit und zwischen den kooperierenden Einrichtungen statt. Dabei fanden regelmäßig Meetings, Telefongespräche und -konferenzen sowie Praxisbesuche und Veranstaltungen in den Projektregionen statt. Dieser kontinuierliche, persönliche Austausch hat maßgeblich zur erfolgreichen Umsetzung des Vorhabens beigetragen. Bereits bei der Entwicklung der Evaluationsmaterialien fand eine Rückkopplung mit den Praxiseinrichtungen vor Ort statt, um die Passung der Unterlagen für die Klientel zu gewährleisten. Weiterhin fanden insbesondere die Rückmeldungen der Praxiseinrichtungen zur Durchführung der Intervention Beachtung und wurden auch für die Manualveröffentlichung berücksichtigt.

Die erfolgreiche Umsetzung des Projektes „Crystal Meth & Familie II“ kann nun in der Folge eine Optimierung der Versorgung methamphetaminabhängiger Eltern und ihrer Kinder in Deutschland ermöglichen. Eine weitreichende Verbreitung des Trainingsmanuals sowie eine weitere Implementierung der Intervention bleiben als Ziel über den Projektabschluss hinaus bestehen.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Bei der Entwicklung der Intervention, Rekrutierung der Teilnehmenden sowie Durchführung der Intervention wurde stets darauf geachtet, dass sich beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlten.

Ein Großteil der am SHIFT Elterntraining teilnehmenden Eltern war weiblichen Geschlechts ($n = 68$). Insgesamt 19 Väter nahmen initial am Projekt teil, was im Rahmen der suchtspezifischen Elternarbeit als großer Anteil angesehen werden kann. Männer und Frauen der Stichprobe zeigten Unterschiede primär in den Bereichen der psychischen Belastung sowie des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens (Tabelle 50). Gemäß der Ergebnisse eines U-Tests berichteten Frauen zum Messzeitpunkt T1 signifikant häufiger Symptome von Depression, Aggression, Psychotizismus sowie unspezifische Belastungen. Darüber hinaus beschrieben sie häufiger soziale Probleme ihrer Kinder.

Tabelle 50: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern der Stichprobe zu T1 (Gesamtstichprobe)

Verfahren	Subskala	Geschl.	N	M	SD	p
BSCL	Gesamt	Männl.	18	.61	.75	.022*
		Weibl.	68	.94	.73	
	Depression	Männl.	18	.58	1.01	.031*
		Weibl.	68	.88	.83	
	Aggression	Männl.	18	.53	.60	.016*
		Weibl.	68	.92	.75	
	Psychotizismus	Männl.	18	.49	.94	.036*
		Weibl.	68	.83	.95	
SDQ	Soz. Probleme	Männl.	18	.58	.88	.023*
		Weibl.	68	1.04	.89	
		Männl.	53	.51	.22	
		Weibl.	14	.64	.28	

* $p < .05$

Es wurde darüber hinaus eine geschlechtsspezifische Analyse der kindlichen Problemlagen von Jungen und Mädchen durchgeführt. Für die 67 Kinder, für die die Eltern den Strengths

and Difficulties-Questionnaire ausfüllten, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den 37 Jungen und 30 Mädchen auf den fünf Subskalen oder für den Gesamtproblemwert (Tabelle 51). Nur deskriptiv lässt sich erkennen, dass für Jungen tendenziell etwas mehr externalisierende Tendenzen (Hyperaktivität, Verhaltensprobleme) sowie leicht vermehrte soziale Probleme berichtet wurden.

Tabelle 51: Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen auf den Subskalen des SDQ

Verhalten Kind (SDQ)	Geschlecht des Kindes	N	M	SD	p
Emotionale Probleme	Weibl.	30	.60	.49	.988
	Männl.	37	.60	.42	
Verhaltensauffälligkeiten	Weibl.	30	.63	.46	.312
	Männl.	37	.73	.37	
Hyperaktivität	Weibl.	30	.99	.44	.208
	Männl.	37	1.14	.52	
Soziale Probleme	Weibl.	30	.57	.31	.190
	Männl.	37	.66	.24	
Prosoziales Verhalten	Weibl.	30	1.57	.28	.173
	Männl.	37	1.45	.45	
Gesamt	Weibl.	30	.70	.318	.228
	Männl.	37	.78	.27	

Zusammenfassend zeigen sich in diesem Projekt keine Unterschiede in kindlichen Verhaltensstärken und -schwächen für Jungen und Mädchen aus methamphetaminbelasteten Familien. Eine geschlechtsspezifische Entwicklung (im Sinne z.B. der Bewältigungsmechanismen) ist dabei jedoch im Verlauf der Entwicklung nicht auszuschließen. (Ehemals) Konsumierende Mütter berichten generell mehr soziale Probleme ihrer Kinder als Väter dies benennen. Betroffene Mütter berichten außerdem eine deutlichere psychische Belastung als Väter und zeigen somit hier spezifische Unterstützungsbedarfe zur Reduzierung dieser Symptombelastung auf.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

10.1 Vorträge und Publikationen

Die Veröffentlichung der Ergebnisse für interessierte Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen war zentraler Bestandteil des Projektes „Crystal Meth und Familie II“. Seit dem Start im Jahr 2016 wurde das Projekt mehrfach auf nationalen und internationalen Fachkongressen sowie auf Fachtagen kooperierender und interessierter Einrichtungen, insbesondere in den von Crystal Meth-Konsum besonders betroffenen Regionen in Sachsen und Thüringen, vorgestellt.

Darüber hinaus wurden diverse schriftliche Publikationen für Fachjournale unter Berücksichtigung eines interdisziplinären nationalen und internationalen Publikums verfasst. Die Intervention als „Herzstück“ des Projektes wird weiterhin in 2019 eine Veröffentlichung über den psychologischen Fachverlag Hogrefe finden, wodurch eine weitreichende Dissemination in die Fachwelt sichergestellt werden kann. Die Evaluationsergebnisse wurden außerdem in einer internationalen Open Access-Publikation auch dem englischsprachigen Fachpublikum zugänglich gemacht. Eine detaillierte Übersicht der aus dem Projekt entstandenen Publikationen und Vorträge findet sich unter Punkt 12 – Publikationsverzeichnis.

10.2 Abschlusstagung

Wie bereits in Abschnitt 6.2. erwähnt, fand am 05.03.2018 in Dresden die Abschlusstagung des Projektes statt. Ziel der Abschlusskonferenz war zum einen die Präsentation des SHIFT-Elterntrainings und die Ergebnisse der Evaluationsforschung und zum anderen die Formulierung von konkreten Handlungsempfehlungen und deren Streuung innerhalb von bestehenden (oder auch neu etablierten) Netzwerken. Es nahmen insgesamt rund 100 interessierte Fachkräfte, hauptsächlich aus Sachsen und Thüringen, teil. Unter den Teilnehmenden befanden sich auch Fachkräfte aus allen kooperierenden Praxiseinrichtungen.

In der ersten Hälfte der Veranstaltung fand zunächst eine Begrüßung durch die Projektleitung sowie durch die Leiterin des Referates „Sucht und Drogen“ des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Im Anschluss präsentierte das Projektteam den Projekthintergrund, die Entwicklung und die Inhalte des SHIFT-Elterntrainings sowie die Ergebnisse der Evaluationsforschung.

Die Tagung war in der zweiten Hälfte geprägt von Gastbeiträgen lokaler Referierender. Zunächst berichtete Prof. Dr. Ulrich Zimmermann der Universitätsklinik Dresden über das Projekt „Mama denk‘ an mich“. André Dobrig und Katja Hilbig der Stadtmission Chemnitz referierten zum Thema familienorientierte Suchthilfe. In einer gemeinsamen Diskussionsrunde am Ende der Veranstaltung wurden weitere Perspektiven zur Versorgung suchtkranker Eltern und ihrer Kinder erarbeitet. Dr. Kristin Ferse, Suchtbeauftragte der Stadt, legte außerdem die weitere Planung zum SHIFT-Elterntraining am Standort Dresden dar.

Mit rund 100 (über-)regionalen Teilnehmenden aus relevanten Bereichen der Versorgung suchtkranker Eltern und ihrer Kinder war die Veranstaltung im Hygienemuseum in Dresden ein voller Erfolg.

11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse von „Crystal Meth und Familie II“ werden weiterhin über Fachvorträge und Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften sowie über bestehende Netzwerke der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht (z.B. via Tagungen, Newsletter), v.a. jenem Personenkreis, die mit methamphetaminkonsumierenden oder –abhängigen Klienten und Klientinnen arbeiten. Die Projektergebnisse können die Arbeit der Fachkräfte aus der Suchthilfe dahingehend positiv beeinflussen, indem sie die Fachkräfte (und damit deren Klientinnen und Klienten) für das Thema Elternschaft sensibilisieren, welches in der Suchtberatung häufig nicht ausreichend beachtet wird. Dies erscheint insofern ungünstig, als dass Kinder zum einen eine wesentliche Motivation für Abstinenz und zum anderen ein zentrales Thema des Alltags der betroffenen Mütter und Väter darstellen. Da ein funktionales Elternverhalten eines der größten Defizite in suchtbelasteten Familien darstellt und die entsprechenden Auswirkungen für die Kinder gravierend sein können, muss das Angebot an entsprechenden Hilfeangeboten für suchtkranke Eltern und ihre Kinder dringend verstärkt werden. Gleichzeitig können Fachkräfte aus der Jugendhilfe die Spezifika der Drogenabhängigkeit und deren Folgen für die Familie besser abschätzen. Dies ist möglicherweise nicht immer ausreichend präsent und durch die Sensibilisierung können die Fachkräfte die Familien noch besser unterstützen.

An den Projektstandorten Dresden und Trockenborn-Wolfersdorf wird das Programm seit der Feldphase aufgrund der hohen Nachfrage weiterhin kontinuierlich durchgeführt. Durch die bereits genannte Dissemination der Projektergebnisse sollen Fachkräfte sowohl aus der Sucht- als auch aus der Jugendhilfe an andere Standorten ermutigt werden, das evidenzbasierte und gut akzeptierte SHIFT-Elterntraining - weiterhin oder künftig - in Gänze oder in Teilen durchzuführen oder zumindest ausgewählte Elemente in ihre Beratungs- oder Behandlungssequenzen einfließen zu lassen. Dies ist durch den Erwerb des Manuals einfach möglich. Damit würde das Programm noch weiterverbreitet und implementiert werden, sodass noch mehr Familien von dem Programm profitieren können.

Im Projekt wurde deutlich, dass das (ambulante) Suchthilfesystem und der Bereich der Kinder- und Jugendhilfe einen wichtigen Ausgangspunkt für Hilfen für suchtbelastete Familien bieten. Um die Zusammenarbeit zwischen den beiden Institutionen zu stärken, besteht im Idealfall – wie im Projekt „Crystal Meth und Familie II“ – eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen den beiden Bereichen, die von allen Akteuren verbindlich eingehalten wird. Um auch suchtbelastete Familien zu erreichen, die (noch) keinen Kontakt zur Sucht- und / oder

Jugendhilfe haben, sollten mindestens perspektivisch auf lokaler oder regionaler Ebene auch der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Ärzteschaft (insbesondere Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen) sowie Schulen und Kindertagesstätten in entsprechende Kooperationen und Hilfenetzwerke eingebunden werden oder zumindest über die Hilfeangebote informiert werden. Die angebotenen Hilfemaßnahmen für suchtbelastete Familien müssen leicht auffindbar sein und möglichst viele Hemmschwellen abbauen können. Die Kooperation zwischen den Einrichtungen sollte zentral koordiniert werden, damit die Versorgung von Kindern aus suchtbelasteten Familien effizient umgesetzt werden kann.

Die Webseite des SHIFT-Elterntrainings (www.shift-elterntraining.de) wird nach Projektende weiter gepflegt und wird nach wie vor als Medium für neueste Veröffentlichungen oder aktuelle Informationen dienen.

Langzeitperspektivisch ist es im aktuellen Transferprojekt „SHIFT Plus - Weiterentwicklung und Evaluation des Sucht-Hilfe-Familientrainings für drogenabhängige Eltern“ vorgesehen, dass die Intervention nicht nur einen unmittelbaren Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern aus methamphetaminbelasteten Familien liefert, sondern auch für andere (illegale) Substanzen adaptiert wird. Die bestehende Intervention wird nun für den gesamten Bereich der Abhängigkeit von illegalen Substanzen weiterentwickelt, um Module für Angehörige ergänzt und somit im Bereich Familienresilienz gestärkt. Es wird dabei sowohl der Konsum von Opiaten, Cannabis, Kokain und anderen Stimulanzien als auch ein multipler Substanzkonsum und / oder Mischkonsum berücksichtigt. „SHIFT Plus“ ist eine modularisierte Intervention von zehn Sitzungen. Die Umsetzung soll bundesweit an insgesamt zehn Praxisstandorten erneut in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Jugendhilfe erfolgen.

Eine Anpassung der bestehenden SHIFT-Intervention für andere Altersgruppen (z.B. nur für werdende Eltern oder Eltern mit Kindern im Teenageralter) oder andere Settings (stationäre Entgiftung oder Entwöhnung) wäre ebenfalls denkbar und wünschenswert. Im Zuge jeglicher Weiterentwicklungen des SHIFT-Elterntrainings soll die bereits bestehende Netzwerkstruktur bestmöglich genutzt und ausgeweitet werden.

12. Publikationsverzeichnis

12.1 Kongressbeiträge und Vorträge

- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2018). *SHIFT-Elternt raining – eine Intervention für methamphetaminabhängige Mütter und Väter mit Kindern im Alter zwischen 0 und 8 Jahren. Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie*. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2018, Berlin.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2018). *Praxisforum. Das SHIFT-Elternt raining*. Vortrag auf dem 13. Fachtag des Suchthilfezentrums für Mutter und Kind Trockenborn-Wolfersdorf am 24.10.2018.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2018). *SHIFT parent training - an intervention for mothers and fathers using methamphetamine*. Vortrag auf der AFINet Conference, Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich am 10.11.2018.
- Dyba, J., Klein, M. & Moesgen, D. (2018). *Metamphetaminabhängige Eltern: Problemlagen und Konsequenzen*. Vortrag auf dem 11. Deutschen Suchtkongress am 18.09.2018.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2018, Juni). *SHIFT-Elternt raining. Aktuelle Forschungsergebnisse*. Vortrag auf dem Sommerfest der Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden am 21.06.2018
- Dyba, J., Klein, M. & Moesgen D. (2018). *SHIFT-Elternt raining. Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern*. Vortrag auf den 23. Tübinger Suchttherapietagen am 11.04.2018.
- Dyba, J., Klein, M. & Moesgen D. (2017). *Parenting stress and familial coping in the context of parental methamphetamine use*. Vortrag auf der Lisbon Addictions Conference, Lissabon, Portugal, am 26.10.2017.
- Moesgen, D., Klein, M. & Dyba, J. (2017). *SHIFT – A parenting intervention for methamphetamine abusing mothers and fathers*. Vortrag auf der Lisbon Addictions Conference, Lissabon, Portugal, am 26.10.2017.
- Klein, M., Dyba, J. & Moesgen, D. (2017). *The living situation of children from methamphetamine-involved families*. Vortrag auf der Lisbon Addictions Conference, Lissabon, Portugal, am 26.10.2017.
- Klein, M. (2017). *Methamphetamin und Familie – Welche Hilfen benötigen die Kinder?* Vortrag auf der Kinderschutzfachtagung des Landkreises Schmalkalden-Meiningen, Schmalkalden-Meiningen am 18.10.2017.
- Klein, M., Moesgen, D. & Dyba, J. (2017). *Psychosocial living circumstances of methamphetamine-involved families*. Vortrag auf dem WPA-Kongress 2017, Berlin am 10.10.2017.
- Dyba, J., Klein, M. & Moesgen D. (2017). *Dysfunctional parenting behavior and parental role strain in methamphetamine-using men and women*. Vortrag auf dem WPA-Kongress, Berlin, am 10.10.2017.
- Moesgen, D., Klein, M. & Dyba, J. (2017). *Parenting interventions for mothers and fathers using methamphetamine and other substances*. Vortrag auf dem WPA-Kongress, Berlin, am 10.10.2017.

- Klein, M. (2017). *Präventive Hilfen bei Suchtstörungen in Familien*. Vortrag auf den Tübinger Suchttherapietagen, Tübingen am 05.04.2017.
- Klein, M. (2017). *Kinder aus suchtbelasteten Familien – Implementierungsansätze vom Public-Health-Problem bis zur Kindergruppe*. Vortrag auf der Fachtagung „Netze knüpfen für Kinder süchtiger Eltern – eine regionale und gesamtgesellschaftliche Herausforderung für Versorgungsforschung und Gesundheits- und Sozialpolitik“, Köln am 06.07.2017.
- Dyba, J., Moesgen, D. & Klein, M. (2016). *Crystal Meth & Familie - Zu den Auswirkungen elterlichen Konsums auf mitbetroffene Kinder*. Vortrag auf dem Fachtag „Was macht Crystal mit unseren Kindern?“, Chemnitz, am 09.12.2016.
- Klein, M. (2016). *Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien – Von der Normalität der Abwehr, Verleugnung und Bagatellisierung zu integrierten, resilienzförderlichen Hilfen*. Vortrag auf der Kinderschutz Konferenz „Elternschaft und Sucht- Eltern stärken, Kinder schützen“, Nordhausen, am 02.11.2016.
- Klein, M. (2016). *Unterstützung für Kinder auch suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf dem 2. Symposium des Diakonischen Kompetenzzentrum für Suchtfragen gGmbH „Sucht und Familie“, Plauen, am 28.09.2016.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2016) *Konzeption einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz – Ergebnisse der Manualentwicklung*. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2016, Berlin, am 06.09.2016.

12.2 Publikationen

- Klein, M., Moesgen, D. & Dyba, J. (in Druck). *SHIFT – Ein Elterntaining für drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Dyba, J., Moesgen, D., Klein, M., Pels, F. & Leyendecker, B. (2019) Evaluation of a family-oriented parenting intervention for methamphetamine-involved mothers and fathers – the SHIFT Parent Training. *Addictive Behaviors Reports*. doi: 10.1016/j.abrep.2019.100173
- Dyba, J. Moesgen, D., Klein, M & Leyendecker, B. (2018). Mothers and fathers in treatment for methamphetamine addiction - Parenting, parental distress and children at risk. *Child and Family Social Work*, doi:10.1111/cfs.12587.
- Dyba, J., Klein, M. & Moesgen, D. (2018). Methamphetaminabhängigkeit und Elternschaft. *Neurotransmitter*. 29 (11), 30-34. doi:10.1007/s15016-018-6570-y.
- Dyba, J., Moesgen, D. & Klein, M. (2018). Crystal Meth in der Schwangerschaft - Auswirkungen auf die Kindesentwicklung und die Bedeutung für Pflege- und Betreuungspersonen. *PFAD - Fachzeitschrift für die Pflege- und Adoptivkinderhilfe*, 32 (2), 11-14.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2017). Methamphetaminabhängigkeit und Elternschaft – Herausforderungen und Hilfen. In: H. Stöver, A. Dichtl & N. Graf (Hrsg.). *Crystal Meth. Prävention, Beratung und Behandlung* (S. 244-253). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft – Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. *Suchttherapie*, 18 (2), 65-72.

13. Literaturverzeichnis

- Abidin, R.R. (1983). *Parenting Stress Index Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Arnaud, N. & Thomasius, R. (2017). Methamphetamin. Epidemiologie, klinische Bedeutung und Folgen des Gebrauchs. *Nervenarzt*, 88, 1079-1090.
- Arnold, D.D., O'Leary, S.G., Wolff, L.S., & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.137
- Asanbe, C. B., Hall, C. & Bolden, C. D. (2008). The methamphetamine home: psychological impact on preschoolers in rural Tennessee. *The journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 24 (3), 229–235. doi: 10.1111/j.1748-0361.2008.00163.x.
- Baldus, C., Thomsen, M., Bröning, S., Sack, P.-M., Arnaud, N., Daubmann, A. & Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: a randomised controlled trial. *European Journal of Public Health*, 26 (6), 953-959.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). *Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample*. Retrieved May 3rd 2017 from <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/eib/dudit>
- Bick, J., Bernard, K. & Dozier, M. (2013). Attachment and biobehavioural catch-up: an attachment-based intervention for substance using mothers and their infants. In: N.E. Suchman, M. Pajulo & L.C. Mayes (Eds.), *Parenting and Substance Abuse: Developmental Approaches to Intervention* (p. 303-320). New York: Oxford University Press.
- Broening, S. Sack, P.M., Thomsen, M., Stolle, M., Wendell, A. Stappenbeck, J. & Thomasius, R. (2014). Implementing and evaluating the German adaptation of the “Strengthening Families Program 10 - 14” – a randomized-controlled multicentre study. *BMC Public Health*, 14, 83.
- Broening, S., Sack, P.M., Thomsen, M. & Thomasius, R. (2016). Kinder mit multipler Risikoexposition profitieren von der Teilnahme an „Familien stärken!“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*: Band 65, Sucht, 550-566.
- Brown, J. A. & Hohman, M. (2006). The Impact of Methamphetamine Use on Parenting. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6 (1-2), 63–88.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2014): *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013*. Bundeskriminalamt. Wiesbaden.
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M. & Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 15-24.
- Catalano, R.F., Gaine, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P. & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, 94 (2), 241-254.

- Center for Substance Abuse Treatment (2007). *Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People with Stimulant Use Disorders*. DHHS Publication No. (SMA) 07-4152. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Dawe, S. & Harnett, P. (2007). Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: results from a randomized-controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32 (4), 381-390.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, S. 981–989.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dyba, J., Klein, M. & Wetzel, W. (2017). Elternschaft, Partnerschaft und familiaere Konstellationen bei Methamphetaminkonsumierenden - Eine Analyse der Beratungsdokumentation in der ambulanten Suchthilfe. *Suchttherapie*, 18 (02), 73-78. doi 10.1055/s-0043-102928
- Dyk, J. van, Ramanjam, V., Church, P., Koren, G. & Donald, K. (2014). Maternal methamphetamine use in pregnancy and long-term neurodevelopmental and behavioral deficits in children. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 21 (2), 185-196.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017). *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2017). *Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study*. Retrieved January 18th 2018 from <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis>.
- Franke, G.H. (2017). *Brief Symptom Checklist*. Goettingen: Hogrefe.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht*, 62 (5), 271-281.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1137-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Gorman, M.C., Orme, K.S., Nguyen, N.T., Kent, E.J. & Caughey, E.G. (2014). Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211 (4), 429 e1-7.
- Haight, W., Ostler, T., Black, J. & Kingery, L. (2009). *Children of Methamphetamine-involved Families. The Case of Rural Illinois*. New York: Oxford University Press.
- Halkitis, Perry N. (2009): *Methamphetamine addiction. Biological foundations, psychological factors, and social consequences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Härtel-Petri, R. (2014): Illegale Drogen - "Crystal Meth". Enormes Suchtpotential. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (17), S. 738–740.
- Jachertz, N. (2013). Psychische Erkrankungen. Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt*, 2, 61-62.
-

- John, O.P., Donahue, E.M. & Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory –versions 4a and 5*. Berkeley, CA: University of Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Kaya, M & Arici, N. (2012). Turkish Version of the Shortened Family Resilience Assessment Scale (FRAS): The Study of Validity and Reliability. *Social and Behavioral Sciences*, 55, S.512-520.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (7), 491-502.
- Klein, M.(2006). *Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen*. Regensburg: Roderer (Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung, 2).
- Klein, M., Dyba, J., Moesgen, D. & Urban, A. (2016). *Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder*. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus Suchtfamilien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder suchtkranker Eltern - Grundsatzpapier und Fakten zur Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Drogen- und Suchtbericht 2017* (S. 83-95). Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Kocalevent, R.D., Mierke, A. & Brähler, E. (2014). BRCS - Brief Resilient Coping Scale. In: *Psychologische und sozial-wissenschaftliche Kurzskalen*. Hrsg. / C.J. Kemper; Elmar Brähler; Markus Zenger. 1. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 43-45.
- Körkel J. & GK Quest Akademie (2006). *KISS-Trainer-Manual. Kontrolle im selbstbestimmten Konsum (KISS). Handbuch zur Einzel- und Gruppenarbeit*. 3. Aufl. Heidelberg
- Li, Y., Zhao, Y., Zhang, J., Lou, F., Cao, F. (2016). Psychometric Properties of the Shortened Chinese Version of the Family Resilience Assessment Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (9), S.2710-2717.
- Liles, B.D., Newman, E., LaGasse, L.L., Derauf, C., Shah, R., Smith, L.M., Arria ... Lester, B.M. (2012). Perceived child behavior problems, parenting stress, and maternal depressive symptoms among prenatal methamphetamine users. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (6), 943-957. doi: 10.1007/s10578-012-0305-2
- Messina, N., Jeter, K. Marinelli-Casey, P., West, K. & Rawson, R. (2011). Children Exposed to Methamphetamine Use and Manufacture. *Child Abuse and Neglect*, 38 (11), 1872-1883.
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2014). *Amphetamin und Methamphetamin - Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen*. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter - Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Dissertation, Technische Universität Braunschweig.
-

- Naumann, S., Kuschel, A., Betram, H., Heinrichs, N. & Hahlweg, K. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (8), S. 676-690.
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB). *Diagnostica*, 56(3), 144–157.
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J. & Smith, A. (2012). Integrated Programs for Mothers with Substance Abuse Issues: A Systematic Review of Studies Reporting on Parenting Outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9 (14), 1-11.
- Paravesh, N., Mazhari, S. & Nazari-Noghabi, M. (2015). Frequency of Psychiatric Disorders in Children of Opioid or Methamphetamine – Dependent Parents. *Addiction and Health*, 7, (3-4), S. 140-148.
- Rammstedt, B. (2007). The 10-Item Big Five Inventory. Norms, Values and Investigation of Sociodemographic Effects Based on a German Population Representative Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (3), 193-201.
- Rammstedt, B. & John, O.P (2007). Measuring personality in one minute or less. A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 44, 53-61.
- Rawson, R., Gonzales, R. & Ling, W. (2012). Clinical Aspects of methamphetamine. In B.A Johnson (Ed.), *Addiction Medicine- Science and Practice* (pp. 495-510). New York: Springer.
- Renk, K., Boris, N.W., Kolomeyer, E., Lowell, A., Puff, J., Cunningham, A. Khan, M. et al. (2016). The state of evidence-based parenting interventions for parents who are substance-involved. *Pediatric Research*, 79 (1), 177-183.
- Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren (SLS) e.V. (Hrsg.) (2018): *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Dresden: Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren e.V.
- Sdqinfo.com (2017). *Scoring the SDQ*. Retrieved July, 12th 2017 from <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>
- Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J. & Patterson, T. (2011). Methamphetamine-Using Parents: The Relationship Between Parental Role Strain and Depressive Symptoms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72, 954-964.
- Sidor, A. & Cierpka, M. (2016). Der Familienbogen (FB-K) – eine Kurzversion des allgemeinen Familienbogens, seine Reliabilität und Validität. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65, S. 40-56.
- Sinclair & Wallston (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale, *Assessment*, 11, 94-101.
- Sixbey, M.T. (2005). *Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience Constructs*. Dissertation an der University of Florida.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Statistik und Wissenschaft – Demografische Standards*. Bd 17/2010.

- Strayhorn, J. M. & Weidman, C. S. (1988). A Parent Practices Scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, S: 613–661.
- Suchman, N., Mayes, L., Conti, J., Slade, A. & Rounsaville, B. (2004). Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behaviour management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 179-185.
- Suchman, N., Decoste, C., Castiglioni, N., Legow, N. & Mayes, I. (2008). The mothers and toddlers program: preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 499-517.
- Thormann, A. & Schalast, N. (2002). *DUDIT – Drug Use Disorder Identification Test deutsche Übersetzung*. Retrieved on May 3rd 2017 from www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10455_DE_DUDIT%20Deutsch.pdf
- Troester, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin*. Goettingen: Hogrefe.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience* (2nd Ed.). New York: Guildford.

14. Anlagen

14.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektziele und Indikatoren zur Zielerreichung	16
Tabelle 2: Projektverantwortliche	17
Tabelle 3: Praxispartner	18
Tabelle 4: Verwendete Verfahren der Wirksamkeitsevaluation.....	21
Tabelle 5: Projekt- und Arbeitsphasen	25
Tabelle 6: Finale Module und Inhalte der Clearingphase und des SHIFT-Elterntrainings	31
Tabelle 7: Bewertung der Schulung zum SHIFT Elterntraining durch die teilnehmenden Fachkräfte	32
Tabelle 8: Bewertung der genutzten Rekrutierungswege durch die durchführenden Fachkräfte	34
Tabelle 9: Prozentuale Angaben zu Erfahrungswerten und Einstellungen gegenüber dem Hilfesystem in der Gesamtstichprobe.....	42
Tabelle 10: Deskriptive Statistiken des Drug Use Disorder Inventory der IG und WKG und Ergebnisse des t-test.....	43
Tabelle 11: Deskriptive Statistiken der Subskalen des Brief Symptom Checklist der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests.....	44
Tabelle 12: Deskriptive Statistiken des Eltern-Belastungs-Inventar der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests	45
Tabelle 13: Deskriptive Statistiken des Fragebogen zum Erziehungsverhalten sowie Erziehungsfragebogens der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests.....	47
Tabelle 14: Deskriptive Statistiken der Familienresilienzskala sowie des Familienbogens der IG und WKG und Ergebnisse des t-Tests	48
Tabelle 15: Deskriptive Statistiken der Subskalen der Brief Resilient Coping Scale der IG und WKG und Ergebnisse des t-Tests	48
Tabelle 16: Deskriptive Statistiken des Elternratings des Strenghts and Difficulties-Questionnaire der IG und WKG und Ergebnisse der t-Tests	49
Tabelle 17: Mittelwerte der BFI-10-Skalen in der Trainer-Stichprobe	51
Tabelle 18: Bewertung der Clearingphase durch die durchführenden Fachkräfte – formale und inhaltliche Aspekte	52
Tabelle 19: Gesamtbewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT-Elterntrainings durch die Trainerinnen und Trainer	55
Tabelle 20: Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte der einzelnen Module durch die Trainer und Trainerinnen	58
Tabelle 21: Durchschnittliche Dauer der einzelnen Module	59
Tabelle 22: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der DUDIT-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finales Sample)	66
Tabelle 23: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte).....	67

Tabelle 24: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	67
Tabelle 25: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den BSCL-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	69
Tabelle 26: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	70
Tabelle 27: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	71
Tabelle 28: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den EBI-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	72
Tabelle 29: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte den EBI-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	73
Tabelle 30: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	75
Tabelle 31: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FZEV-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	76
Tabelle 32: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	77
Tabelle 33: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	77
Tabelle 34: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	78
Tabelle 35: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	78
Tabelle 36: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK-Subskala Weitschweifigkeit zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	78
Tabelle 37: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FBK-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	79
Tabelle 38: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FBK-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	79
Tabelle 39: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FBK-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	79
Tabelle 40: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den FRAS-D-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	80
Tabelle 41: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	80
Tabelle 42: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	81
Tabelle 43: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BRCS-Skala über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe)	81
Tabelle 44: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BRCS-Skala zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte)	82

Tabelle 45: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BRCS-Skala zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	82
Tabelle 46: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der SDQ-Skalen über alle Messzeitpunkte hinweg (finale Stichprobe).....	83
Tabelle 47: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ-Skalen zwischen T1-T2 (Kurzzeiteffekte).....	84
Tabelle 48: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ-Skalen zwischen T1-T3 (Langzeiteffekte)	85
Tabelle 49: Vergleich der Drop-Outs und verbliebende Teilnehmenden bzgl. der untersuchten Variablen	87
Tabelle 50: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern der Stichprobe zu T1 (Gesamtstichprobe).....	92
Tabelle 51: Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen auf den Subskalen des SDQ.....	93

14.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Arbeits- und Zeitplan des Projektes	27
Abbildung 2: Ermittelte Ablehnungsquote	35
Abbildung 3: Prozentuale Angaben zur Einstufung der Rohwerte des Eltern-Belastungs-Inventar anhand der Normstichprobe für Mütter (Gesamtstichprobe)	46
Abbildung 4: Einstufung der Eltern Angaben auf dem Strengths and Difficulties-Questionnaire für die Gesamtstichprobe.	49
Abbildung 5: Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern	52
Abbildung 6: Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte bei den Eltern	53
Abbildung 7: Zufriedenheit der Fachkräfte mit der Clearingphase	54
Abbildung 8: Bewertung der Verbesserungsbedürftigkeit des SHIFT-Manuals durch die Trainerinnen und Trainer	56
Abbildung 9: Akzeptanz des SHIFT-Elterntrainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer	56
Abbildung 10: Persönliche Zufriedenheit der Trainer und Trainerinnen mit dem SHIFT-Elterntraining	57
Abbildung 11: Gesamtbewertung der inhaltlichen Aspekte von SHIFT durch die Eltern	60
Abbildung 12: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit dem Kind aus Sicht der Eltern	61
Abbildung 13: Wahrgenommene Verbesserung in der Interaktion mit dem Partner aus Sicht der Eltern	62
Abbildung 14: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit schwierigen Situation innerhalb Familie aus Sicht der Eltern	62
Abbildung 15: Bewertung der einzelnen SHIFT-Module durch die Eltern	63
Abbildung 16: Flowchart des Projektverlaufs	65
Abbildung 17: Anzahl der Teilnehmenden pro Modul in der finalen Stichprobe	66
Abbildung 18: Mittlere Veränderungswerte des DUDIT Scores zwischen den Gruppen über die drei Messzeitpunkte	67
Abbildung 19: Angaben zum Crystal Meth- Konsum der Teilnehmenden im Projektverlauf ..	68
Abbildung 20: Mittlere Veränderungswerte des FZEV zwischen den Gruppen über die drei Messzeitpunkte	77