



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Trauma und (K)PTBS bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung – Psychopathologische Zusammenhänge, Risiken und Schutzfaktoren“

verfasst von / submitted by

Alina Maria Bergner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich vor allem bei den Kindern und Jugendlichen für ihre Zeit, ihre Motivation und ihre Unterstützung bei der Untersuchung bedanken. Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, die mir eine Masterarbeit zu diesem Thema ermöglichte und mich mit konstruktivem Feedback forderte und förderte. Im Speziellen bedanke ich mich bei den Projektdurchführenden Alexander Haselgruber, MSc und Katharina Sölva, MSc für ihre kompetente Unterstützung bei den Erhebungen, sowie die Rücksprache bei der Erstellung meiner Masterarbeit, und darüber hinaus für die erheiternden Auto- und Zugstunden durch Niederösterreich. Ein herzliches Dankeschön möchte ich insbesondere meiner Familie, und all meinen Freundinnen und Freunden aussprechen, die mich über das gesamte Studium hinweg bestärkt und emotional unterstützt haben. Ein großer Dank gilt dabei meiner Kollegin Julia, für die Begleitung durch das Studium und die gemeinsamen produktiven Phasen in der Bibliothek. Danke an meinen Mitbewohner Florian, für die selbstverständliche Versorgung mit warmen Mahlzeiten während der Erstellung dieser Arbeit, und nicht zuletzt ein großes Dankeschön an Simon, für die Bekräftigungen, für das offene Ohr, und für die offenen Augen beim Korrigieren.

Inhaltsverzeichnis

Trauma und (K)PTBS bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung – Psychopathologische Zusammenhänge, Risiken und Schutzfaktoren	7
Daten und Fakten.....	7
Psychopathologische Symptome bei Kindern und Jugendlichen im KWS.....	7
Traumatische Erlebnisse und interpersonelles Trauma.....	8
Bindung, Traumatisierung und Psychopathologie	8
Posttraumatischer Stress und internalisierende/externalisierende Symptome	9
Kumulatives Kindheitstrauma.....	10
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	11
Resilienz	13
Schutz- und Risikofaktoren.....	15
Fragestellungen und Hypothesen.....	18
Prävalenzen psychopathologische Symptome.....	18
Zusammenhänge traumatische Ereignisse, IS/ES und (K)PTBS	18
Zusammenhänge IS/ES und (K)PTBS-Symptomatik	19
Unterschiede in (K)PTBS-Symptomen in Abhängigkeit von TE	20
Schutz- und Risikofaktoren.....	20
Methode.....	21

Untersuchungsdesign.....	21
Vorgehen	22
Stichprobenziehung	22
Messinstrumente und Operationalisierung.....	23
Stichprobe.....	28
Statistische Verfahren.....	30
Ergebnisse	31
Prävalenzen (K)PTBS, IS und ES	31
Zusammenhänge Anzahl TE und IS/ES, sowie (K)PTBS	33
Zusammenhänge IS/ES und (K)PTBS	34
Unterschiede in (K)PTBS in Abhängigkeit von Formen TE	35
Risiken und Schutzfaktoren.....	38
Diskussion	43
Zusammenfassung der Ergebnisse	43
Interpretation	44
Conclusio.....	49
Limitationen und Ausblick.....	50
Literaturverzeichnis.....	52
Abbildungsverzeichnis.....	59
Tabellenverzeichnis.....	59
Abkürzungsverzeichnis.....	60
Abstract (Deutsch).....	61
Abstract (English)	62
Eidesstattliche Erklärung.....	63

Trauma und (K)PTBS bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung – Psychopathologische Zusammenhänge, Risiken und Schutzfaktoren

Daten und Fakten

Weltweit befinden sich etwa 2.726.000 Kinder und Jugendliche in diversen Formen der Fremdunterbringung (Petrowski, Cappa, & Gross, 2017). In Österreich unterscheidet man beim Kindeswohl zwischen Unterstützung der Erziehung (UdE) und Volle Erziehung (VE) (Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche; B-KJHG § 38, 2013). Dabei werden Maßnahmen der Vollerziehung erst als Ultima Ratio geltend gemacht, wenn das Wohl des Kindes und eine gesunde Entwicklung massiv gefährdet sind. Bei einer Gefährdung des Kindeswohls sind die Kinder und Jugendhelfer verpflichtet, umgehend tätig zu werden (Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche; B-KJHG § 22 Abs 1, 2013).

Im Jahr 2017 wurden in Österreich rund 13.600 Kinder und Jugendliche in VE betreut, was in etwa 0.89% aller Kinder und Jugendlichen in Österreich entspricht. Davon befinden sich rund 61% in einer Sozialpädagogischen Einrichtung und 39% in Pflegefamilien. Das Geschlechterverhältnis beläuft sich dabei auf 55% Buben und 45% Mädchen in VE (Bundeskanzleramt, 2018).

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Kindeswohlfahrtssystem (KWS) wurde bisher wenig untersucht. Das lässt sich darauf zurückführen, dass eine höhere Mobilität und Schwierigkeiten rund um die elterliche Betreuung oft zur Exklusion von epidemiologischen Studien führen (Bronsard et al., 2016). Diese Tatsache ist insofern problematisch, als dass Kinder im KWS, und dabei vor allem Kinder und Jugendliche in sozialpädagogischer VE (Briggs et al., 2012; Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011), für die Entwicklung psychopathologischer Symptome besonders vulnerabel zu sein scheinen.

Psychopathologische Symptome bei Kindern und Jugendlichen im KWS

Es wird angenommen, dass in etwa die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen in Fremdunterbringung klinisch auffällige Emotions- und Verhaltensprobleme zeigt (Burns et al., 2004; Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013). In einer umfassenden Meta-Analyse wurde diese Annahme bestätigt: Bei gepoolter Prävalenz wiesen 49% der Kinder und Jugendlichen aus Europa und den USA psychopathologische Symptome auf, im Vergleich zu

13.4% der Kinder und Jugendlichen in der Normpopulation. Am häufigsten manifestieren sich dabei externalisierende Symptome (ES), mit Prävalenzen von 20% für Störungen des Sozialverhaltens und 12% für oppositionelles Problemverhalten. Bei internalisierenden Symptomen (IS) berichten 18% der Kinder und Jugendlichen im KWS von einer Angststörung und 11% von Depressionen (Bronsard et al., 2016). In einer Stichprobe norwegischer Kinder und Jugendlicher in VE wird zwar von ähnlich hohen Prävalenzraten berichtet, die häufigsten Probleme zeigten sich hier jedoch in emotionalen Störungen mit 24%, gefolgt von Verhaltensproblemen mit 21.5% und Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit 19% (Lehmann et al., 2013).

Die Befunde verdeutlichen die Heterogenität der Symptomatologie über verschiedene Nationen und Unterbringungsformen hinweg. Darüber hinaus, und wahrscheinlich mitverantwortlich für diese Heterogenität, scheinen die individuellen Symptompräsentationen eher von Komplexität als von Spezifität gekennzeichnet zu sein. Dabei gibt es hohe Komorbiditäten in der diagnostischen Darstellung (Lehmann et al., 2013; Tarren-Sweeney, 2013).

Traumatische Erlebnisse und interpersonelles Trauma

Die hohen Prävalenzraten lassen sich mitunter darauf zurückführen, dass Kinder in VE überproportional oft Einflüssen von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung ausgesetzt sind: Rund 70-80% der Kinder und Jugendlichen berichten von mindestens einem traumatischen Ereignis (TE; Fischer, Dölitzsch, Schmeck, Fegert, & Schmid, 2016; Greeson et al., 2011). Je nach Stichprobengröße und Fragebögen werden auch Auftretshäufigkeiten von 100% berichtet (Collin-Vézina et al., 2011). Die häufigste und wahrscheinlich gravierendste Form ist dabei das interpersonelle Trauma (IPT) mit einem Vorkommen von 55.7%. Darüber hinaus waren in etwa 30% der Kinder und Jugendlichen sogar von multiplen IPT betroffen (Fischer et al., 2016). Ein IPT bezeichnet Formen von direktem physischem-, sexuellem- und emotionalem Missbrauch, sowie Vernachlässigung und das Erleben häuslicher Gewalt. Die kindliche Entwicklung und frühe Bindungsrepräsentationen werden dabei massiv beeinträchtigt, was zu einem erhöhten Risiko für internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme führen kann (O'Connor & Rutter, 2000; Pérez, Di Gallo, Schmeck, & Schmid, 2011).

Bindung, Traumatisierung und Psychopathologie

Interpersonelle Traumatisierung durch Bindungspersonen hat einen tiefgreifenden, negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit, weil ein Täter gleichzeitig eine

Bezugsperson darstellt. Dabei wird angenommen, dass kindliche Gefühle von Betrug und Ablehnung, sowie die beeinträchtigte Beziehung zur Bezugsperson wichtigere Faktoren als das TE selbst sein könnten (Jonsson, 2009).

So zeigte sich, dass unempfindliches Elternverhalten in signifikantem Zusammenhang mit späteren psychopathologischen Symptomen des Kindes stand. Unsicheres Bindungsverhalten medierte dabei den Pfad zur Gänze. Auch nach Kontrolle von Missbrauch und Bindung, konnte das Elternverhalten die Symptomatik signifikant vorhersagen. Wegen der höheren Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern selbst missbrauchendes Verhalten zeigen oder ihr Kind nicht beschützen, gilt unempfindliches Elternverhalten sogar als Risikofaktor für interpersonellen Missbrauch (Briere, Runtz, Eadie, Bigras, & Godbout, 2017).

Konsistent dazu wurden direkte Zusammenhänge von Deprivationsdauer und der Schwere bindungsbezogener Verhaltensauffälligkeiten gefunden. Diese bindungsbezogenen Verhaltensmuster korrelierten wiederum mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensproblemen, sowie kognitiven Fähigkeiten (O'Connor & Rutter, 2000).

Posttraumatischer Stress und internalisierende/externalisierende Symptome

Unempfindliche oder missbrauchende Bezugspersonen erzeugen ein Maß an Übererregung, welches es dem Kind verunmöglicht starke Emotionen zu modulieren. Die Folgen davon sind ein intensives Hyper- oder Hypoarousal beim Kind selbst, was wiederum zu physiologischer Desorganisation führt. Das daraus resultierende chronisch beeinträchtigte Erregungsniveau und die fehlende Unterstützung bei der Affektregulation, manifestieren sich in verringertem kognitivem Zugang zu aktuellen Informationen und Situationen. Deshalb geht das Kind sofort von Reiz zu Reaktion über, ohne vorher nachzudenken (Jonsson, 2009). Aus diesen Gründen resultieren früher Missbrauch, Vernachlässigung und negative Interaktionen mit Bezugspersonen häufig in Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation. Wegen inkonsistenter oder nicht vorhandener Unterstützung und intensiven Gefühlen von Einsamkeit, kann es zudem zu einer generalisierten negativen Selbst- und Fremdwahrnehmung kommen (Appleyard, Yang, & Runyan, 2010; Kim & Cicchetti, 2004).

Ein robuster Anteil der Literatur spricht für einen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und IS, sowie ES. Diese Symptome beinhalten Aggression, Verhaltensprobleme, Depression, Angst, posttraumatischen Stress (PTS) und andere Schwierigkeiten (Collin-Vézina et al., 2011; Fischer et al., 2016; Greeson, 2011; Kim & Cicchetti, 2004; Robinson et al., 2009; van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina, & Lemieux, 2014). In einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im KWS standen

anfängliche Levels an PTS in signifikantem Zusammenhang mit anfänglichen Levels an internalisierendem Verhalten. Die Symptome entwickelten sich parallel über eine Zeitspanne von drei Jahren und waren am höchsten kurz nach der Abnahme der Kinder und Jugendlichen aus ihrem Zuhause. Mit einer Verringerung des PTS nahmen auch die IS ab (Rayburn, McWey, & Cui, 2016; Yoon, 2017). Dabei ließen sich drei verschiedene Verlaufsmuster von PTS und IS feststellen: Hoch-abnehmend, niedrig-zunehmend und niedrig-stabil. Kinder mit schwerwiegenden Missbrauchserfahrungen, emotionalem Missbrauch und Kinder in Fremdunterbringung wurden der hoch-abnehmenden Gruppe zugeordnet. Kinder mit sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung waren hingegen eher in der niedrig-zunehmenden Gruppe verortet. Trotz Kontakt mit dem KWS, konnte aber die Mehrheit der Kinder in der niedrig-stabilen Gruppe eingeordnet werden (Yoon, 2017).

Analoge Ergebnisse lassen sich für externalisierendes Problemverhalten finden, welches in seinen ursprünglichen Levels in signifikant positivem Zusammenhang mit PTS stand. Auch hier waren PTS und ES kurz nach Abnahme der Kinder am höchsten, mit signifikanter Verbesserung drei Jahre später (Barboza, Dominguez, & Pinder, 2017).

Trotz häufig berichteter TE und der Zusammenhänge mit psychopathologischen Symptomen, gibt es bei Kindern und Jugendlichen in VE vergleichsweise nur geringe Prävalenzraten für eine Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Dabei belaufen sich die Zahlen auf etwa 4-8% (Barboza et al., 2017; Bronsard et al., 2016; Fischer et al., 2016). Diese geringen Prävalenzen könnten dem Problem des „diagnostic overshadowing“ geschuldet sein, oder wie geschlussfolgert wurde: „Die PTS-Symptome könnten sich als Problemverhalten maskieren“ (Barboza et al., 2017, S.379). Es scheint also komplexe Zusammenhänge zwischen PTS und Verhaltensschwierigkeiten nach einem Trauma zu geben.

Kumulatives Kindheitstrauma

Prolongierte und gehäufte Erfahrungen von Missbrauch in der Kindheit (Poly-Viktimisierung oder kumulatives Kindheitstrauma), führen zu einer höheren Anfälligkeit für affektive Störungen, Störungen der Aufmerksamkeit und Aktivität, und Verhaltensproblemen (Cloitre et al., 2009; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Dabei ließen sich jedoch keine Zusammenhänge mit PTBS finden (Fischer et al., 2016). Das spricht dafür, dass Kinder und Jugendliche mit kumulativen IPT verschiedene psychische Störungen mit Komorbiditäten aufweisen, die über eine klassische PTBS-Symptomatik hinausgehen (Cloitre et al., 2009; D’Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Jonsson,

2009; Kisiel et al., 2014; van der Kolk et al., 2005). Die Kombination aus gewaltsamem Trauma (sexuelle und physische Misshandlung, familiäre Gewalt) und bindungsbasiertem Trauma (emotionale Misshandlung, Vernachlässigung) scheint dabei einen multiplikativen Effekt auf die Symptompräsentation zu haben. So ließ sich feststellen, dass Unterschiede in den Symptomen bei kombinierten Traumata über die Effekte eines kumulativen Traumas hinausgingen. Kinder mit kombinierten traumatischen Erlebnissen zeigten signifikant höhere Levels an affektiver und physiologischer, aufmerksamkeits- und verhaltensbezogener, und selbst- und beziehungsbezogener Dysregulation (Kisiel et al., 2014). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Exposition von kombinierten, kumulativen Kindheitstraumata zu komplexeren und schwerwiegenderen psychischen Problemen führt. Ein jüngeres Alter der Betroffenen und eine längere Dauer des traumatischen Ereignisses scheinen dabei noch gravierendere Beeinträchtigungen nach sich zu ziehen (van der Kolk et al., 2005).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Im Detail lassen sich diese komplexen psychischen Probleme folgendermaßen beschreiben (D'Andrea et al., 2012): Affektive Dysregulation kann sich einerseits in flachem, andererseits in explosivem Affekt äußern und ist oft durch Labilität und Anhedonismus gekennzeichnet. Verhaltensbezogen sind Aggression, Substanzmissbrauch, oppositionelles und zwanghaftes Verhalten, sowie selbstverletzende Verhaltensweisen zu beobachten. Misshandelte Kinder zeigen zudem häufig Probleme in Emotionsverständnis und Emotionsausdruck. Es treten dabei ebenso Schwierigkeiten in Aufmerksamkeit und Bewusstsein auf. Diese inkludieren Dissoziation, Depersonalisierung, beeinträchtigte Merkfähigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und zerrissene Exekutivfunktionen. Oftmals resultieren negative selbstbezogene Zuschreibungen mit globalisierter Scham und Schuld, sowie wenig Selbstwirksamkeit und Probleme mit dem Selbstbewusstsein. In Bezug auf interpersonelle Schwierigkeiten lassen sich zerrissene Bindungsstile beobachten, und damit Probleme mit Vertrauen, Erwartungen der Schädigung durch Andere und schlechte Fähigkeiten für Perspektivenübernahme.

Für die Bandbreite dieses Spektrums existiert keine Diagnose, weshalb zu einer PTBS, sofern diese diagnostiziert wurde, häufig multiple komorbide Störungen hinzukommen (Cloitre et al., 2009; D'Andrea et al., 2012; van der Kolk et al., 2005). Darüber hinaus gibt es große Überschneidungen mit ADHS – ein Störungsbild, das oft fehldiagnostiziert wird. Im Vergleich zu ADHS dienen impulsives Verhalten, Unaufmerksamkeit und Konzentrationsschwierigkeiten aber nicht zur Beruhigung, sondern können bei komplexen

Stressreaktionen eher auf dissoziative Symptome zurückgeführt werden (D'Andrea et al., 2012).

Hier zeigt sich die grundlegende Problematik insofern sehr deutlich, als dass unpräzise Diagnosen die Behandlung der Betroffenen erschweren, weil sie auf falsche Prozesse zurückgreifen. Zudem wirken multiple Diagnosen, die nicht auf die problematische Traumavergangenheit eingehen, stark stigmatisierend (Cloitre et al., 2009). Deshalb wurde in den letzten Jahren intensiv über die Implementierung einer Diagnose der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) diskutiert (Cloitre et al., 2009; Hyland et al., 2017). Im Vergleich zu existenten Taxonomien stellt die KPTBS nämlich eine akkuratere Konzeptualisierung von bindungs- und traumabezogener Symptomatik dar (Tarren-Sweeney, 2013). Dieser Tatsache wird im ICD-11 Rechnung getragen, das erstmals die Differentialdiagnose für eine KPTBS beinhaltet (Hyland et al., 2017; World Health Organization, 2018). Im Vergleich zur Diagnose der PTBS im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), mit den Kriterien (Mindestanzahl in Klammer): A. Bedrohliches Ereignis (1), B. Intrusive Symptome (1), C. Vermeidung (1), D. Veränderungen in Kognitionen und Stimmung (2), sowie E. Veränderung in Aktivität und Arousal (2), wird im ICD-11 zwischen PTBS und KPTBS unterschieden. Dabei müssen für eine Diagnose der PTBS folgende Kriterien erfüllt sein (Hyland et al., 2017; World Health Organization, 2018): Bedrohliches Ereignis (1), Wiedererleben (2), Vermeidung (2), Übererregung (2). Für eine Diagnose der KPTBS müssen die PTBS-Symptome erfüllt und zusätzlich noch Störungen der Selbstorganisation (DSO: Disturbances of Self-Organization) vorhanden sein. Diese beinhalten: Affektive Dysregulation, Negatives Selbstkonzept und Gestörtes Beziehungsverhalten.

Als Vorläufer der KPTBS im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2010) kann die F62.0 Diagnose „Enduring personality change after catastrophic experiences“ gesehen werden. Diese inkludiert ebenfalls DSO, aber die beiden Symptombilder unterscheiden sich hinsichtlich des Vorhandenseins einer sichtbaren Persönlichkeitsveränderung, welche bei KPTBS nicht erfüllt sein muss. In Bezug auf das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) existiert im Appendix die Diagnose „Disorders of extreme stress not otherwise specified“. Das Symptomcluster ist dem der KPTBS ähnlich, wobei im DSM-IV 48 mögliche Symptome vorgeschlagen wurden, die in 6 Skalen und 27 Subskalen gegliedert werden können. Hinsichtlich klinischer Nützlichkeit und Umsetzbarkeit erscheint die KPTBS-Diagnose ökonomischer (Brewin et al., 2017).

Zusätzlich zur KPTBS gibt es auch Neuerungen in der PTBS-Diagnose nach ICD-11. So wurde das Symptomcluster Wiedererleben spezifiziert – die unfreiwillige Erinnerung der Erfahrung ist nun nicht mehr ausreichend. Um das Kriterium zu erfüllen, muss sie in Form von lebendigen Bildern, Flashbacks und repetitiven Träumen erlebt werden, als ob es im Hier-und-Jetzt passieren würde. Damit soll das ICD-11 Wiedererleben von generellen intrusiven Erinnerungen abgegrenzt werden, die in vielen Störungsbildern, aber vor allem bei Depression und Generalisierter Angststörung, vorkommen. Die Komorbidität von PTBS mit Depression ist damit im Vergleich zu ICD-10, und DSM-IV/5 signifikant reduziert (Brewin et al., 2017).

Die Prävalenz für (K)PTBS nach ICD-11 kann bisher nur geschätzt werden und ist vor allem auch von der jeweiligen Stichprobe abhängig. Die Datenlage zum Einfluss des Geschlechts ist inkonsistent. Dabei gibt es Studien, die weibliches Geschlecht als höheren Risikofaktor für (K)PTBS gefunden haben, wohingegen andere keine Effekte berichten. Darüber hinaus wird angeführt, dass ein kindliches IPT signifikant höhere Raten an KPTBS als PTBS hervorruft, und vor allem ein kumulatives Kindheitstrauma das Risiko noch mehr zu erhöhen scheint (Brewin et al., 2017).

Resilienz

Trotz der genannten vielfältigen Probleme in psychischer Gesundheit und enorm aversiven TE in der Kindheit, ist eine starke Variabilität in Ausmaß und Vorhandensein psychopathologischer Symptome zu beobachten (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015). Einige der untersuchten Kinder und Jugendlichen verfügten über eine adäquate funktionale Anpassung und zeigten gute psychische Gesundheit, was auf einen möglichen Einfluss von protektiven Faktoren zurückgeführt wird (Barboza et al., 2017; Brewin et al., 2017; O'Connor & Rutter, 2000.; Rayburn et al., 2016; Tabone et al., 2011; Yoon, 2017).

Resilienz beschreibt ein „Muster positiver Adaptation im Kontext signifikanter Risiken und Widrigkeiten“ (Masten & Powell, 2003, S.4). Dabei wurde das Konstrukt bisher unterschätzt oder als etwas missverstanden, das nur selten und unter außergewöhnlich „gesunden“ Individuen auftritt (Bonanno, 2004). Diese Annahme konnte bestätigt werden: 42-48% der Kinder aus hochrisikoreichen Umgebungen wurden auf fünf von sechs Kompetenzdomänen als „resilient“ klassifiziert (Dubowitz et al., 2016). Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass Resilienz auch bei Kindern mit widrigen Vergangenheiten und Missbrauchserfahrungen möglich ist, und sogar relativ häufig vorkommt. Ein etwas anderes Bild wurde in einer Untersuchung an einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen

in Kontakt mit dem KWS gezeichnet: Zwar waren 37-49% auf einer der drei erhobenen Domänen zu allen Zeitpunkten resilient, aber nur 11-14% zeigten Resilienz in allen Bereichen über alle Messzeitpunkte. Dabei wiesen lediglich 14-22% konsistente Scores über alle Zeitpunkte in derselben Domäne auf (Jaffee & Gallop, 2007).

Für diese Befunde sind verschiedene Faktoren verantwortlich. Resilienz ist wahrscheinlich nicht als stabiler Trait anzusehen, sondern als dynamischer Prozess. Optimale und stabile Indikatoren gibt es demnach nicht, weil eine positive Anpassung des Kindes von gesellschaftlichen Erwartungen abhängt und eng mit dem effektiven Meistern von Entwicklungsaufgaben verknüpft ist (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten & Powell, 2003). Aus diesem Grund existiert mitunter auch keine universale Operationalisierung von Resilienz, weshalb mögliche Risiken und Schutzfaktoren explizit dargestellt werden müssen. Dabei ist es zur Kontextualisierung der Outcomes auch notwendig, die Umgebungsbedingungen der Individuen in Betracht zu ziehen (Luthar et al., 2000). Bei Kindern und Jugendlichen aus hochrisikoreichen Umgebungen sollte das Kriterium für positive Adaptation deshalb eher die Vermeidung signifikanter Psychopathologie sein, als eine exzellente Anpassung in alltäglichen Aufgaben (Lee, Cheung, & Kwong, 2012; Luthar et al., 2000). Vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Traumata scheint dieser Ansatz angemessen. Die Messung von Risikofaktoren kann eine oder mehrere negative Bedingungen inkludieren, wobei in Abhängigkeit von der Stichprobe die Verwendung multipler Risikofaktoren die Realität möglicherweise besser widerspiegelt. Schutzfaktoren sind optimalerweise über verschiedene Domänen zu definieren, nachdem zu enge Konzeptionen ein falsches Bild für erfolgreiche Anpassung generieren könnten (Luthar, 2015). Verschiedene Attribute und Kontexte, die oft mit Resilienz in Verbindung gebracht werden, lassen sich auf drei breiten Ebenen betrachten (Masten & Powell, 2003): 1. Individuelle Faktoren, wie kognitive Fähigkeiten (Aufmerksamkeitsfähigkeit, IQ-Scores), Selbstwahrnehmung von Kompetenz (Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein), Temperament und Persönlichkeit (Adaptabilität, Soziabilität), Selbstregulation (Impulskontrolle, Affektregulation), und ein positiver Blick auf das Leben; 2. Beziehungen, wie elterliche Qualität (Wärme, Struktur, Kontrolle, Erwartungen), nahe Beziehungen zu kompetenten Erwachsenen (Eltern, Verwandte, Mentoren), und Verbindungen mit prosozialen Peers; 3. Gesellschaftliche Ressourcen und Möglichkeiten, wie eine gute Schule, Verbindungen zu prosozialen Organisationen, Qualität der Nachbarschaft und Sozialleistungen.

Bei der Untersuchung von Risikogruppen ist es darüber hinaus generell sinnvoll, sich auf Funktionsprozesse innerhalb der Gruppe (variablenzentrierter Ansatz) zu fokussieren, anstatt den Vergleich mit einer Normgruppe (gruppenzentrierter Ansatz) anzustellen (Luthar et al., 2000). Dabei treten Hinweise auf Resilienz in zwei Formen auf: Mechanismen können negative Einflüsse entweder über einen statistischen Haupteffekt reduzieren (Kompensationsprozess), oder durch einen signifikanten Interaktionseffekt abschwächen (puffernder Prozess; Feldman, Conger, & Burzette, 2004; Luthar et al., 2000). Dabei wurde gezeigt, dass kompensatorische Prozesse häufiger auftreten als puffernde (Feldman et al., 2004). Im Kompensationsmodell lassen sich Zusammenhänge von Widrigkeiten und Indikatoren für eine positive Anpassung additiv kombinieren, um Kompetenz vorherzusagen (Masten, 2011)

Schutz- und Risikofaktoren

Für Schutzfaktoren werden am häufigsten Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Empathie, Kohärenzsinn, interner Locus of Control, Intelligenz, Ambition und Beharrlichkeit in der Schule, Optimismus und Hoffnung, positive Beziehungen zu Peers, autoritativer Erziehungsstil (angemessene Balance zwischen Wärme und Kontrolle), elterliches Monitoring und ein förderndes schulisches Umfeld genannt (Buckner, Mezzacappa, & Beardslee, 2003; Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015; Kimhi & Eshel, 2015; Lee et al., 2012; Luthar, 2015; Masten, 2007). In Hinblick auf potenzielle Risikofaktoren wird vor allem von Missbrauch und Misshandlung, dem Aufwachsen im Kinderheim und häufigen Einrichtungswechseln, elterlicher Delinquenz und Substanzmissbrauch, Psychopathologie der Eltern, niedrigem Einkommen und Bildung, AlleinerzieherInnen-Status, sowie Gewalt und Desorganisation in der Nachbarschaft berichtet (Cicchetti & Rogosch, 1997; Dubowitz et al., 2016; Luthar, 2015; Luthar et al., 2000; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001.; Masten, 2007, 2011; Masten & Powell, 2003; Villodas et al., 2016). Man kann von einem Risiko-Gradienten ausgehen, was bedeutet, dass je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, umso mehr Probleme auftreten (Masten & Powell, 2003).

Dabei wurde gezeigt, dass in einer Gruppe misshandelter Kinder vor allem Ego-Resilienz, Ego-Überkontrolle und ein positiver Selbstwert für eine adaptive Funktionsfähigkeit verantwortlich waren. Für die Vergleichsgruppe (niedriger sozioökonomischer Status) schienen vor allem die emotionale Verfügbarkeit der Mutter und eine positive Beziehung zu einer Bezugsperson wichtig zu sein. Bei Misshandlung kommen

also eventuell eher persönliche Ressourcen, und bei anderen Facetten von Benachteiligung eher Beziehungsfaktoren zum Tragen (Cicchetti & Rogosch, 1997).

Die Ergebnisse wurden teilweise bestätigt und dabei um soziale Ressourcen erweitert. Persönliche Ressourcen mediieren den Zusammenhang von Missbrauch und internalisierendem, bzw. externalisierendem Verhalten. Soziale Unterstützung nahm dabei jedoch ebenfalls Einfluss auf den Zusammenhang von Missbrauch und internalisierenden Symptomen, und Unterstützung durch Schule und Peers beeinflusste den Zusammenhang zwischen Missbrauch und externalisierenden Symptomen. Ein kumulatives Kindheitstrauma führte zu weniger Ressourcen und einem erhöhten Risiko für psychische Probleme (Segura, Pereda, Guilera, & Hamby, 2017).

Kohärent dazu wurden signifikante Haupteffekte von familiärer und schulischer Unterstützung in Kombination mit Missbrauchserfahrungen als protektive Effekte über verschiedene Störungsbilder (affektive Störungen, Angststörungen und PTBS, antisoziales Verhalten, Substanzmissbrauch) gefunden. Vor allem bei affektiven Störungen schien schulische Unterstützung für die vulnerable Missbrauchsgruppe von besonderer Bedeutung zu sein. Unterstützende Freundschaften erzielten keine Haupteffekte, vor allem nicht bei Verhaltensproblemen und Substanzmissbrauch. Bei der Interpretation der Ergebnisse sei jedoch Vorsicht geboten, weil Charakteristika von Individuen, die warme und unterstützende Beziehungen pflegen, mit niedrigerem Risiko für affektive und andere Störungen einhergehen könnten (Feldman et al., 2004).

Auch in Bezug auf Risikofaktoren sind die Befunde teilweise konträr. Gewalt, Vernachlässigung und die Anzahl vorheriger Einrichtungen konnten als signifikante Risikofaktoren gefunden werden, wobei elterlicher Substanzmissbrauch und Psychopathologie der Eltern in keinem Zusammenhang mit irgendeiner Diagnose standen (Lehmann et al., 2013). Familiäre Gewalt stellte sich in dieser Studie als tiefgreifendster Risikofaktor heraus. Konsistent dazu wurden in einer anderen Untersuchung signifikante Risikofaktoren in Hinblick auf Misshandlung und Einrichtungswechsel gefunden (Shpiegel, 2016). Darüber hinaus stellten sich aber elterliche Psychopathologie und Delinquenz in der Familie ebenfalls als signifikante Prädiktoren für das Ausmaß kindlicher Psychopathologie heraus. Für die Schutzfaktoren Optimismus, Einbindung in schulische Aktivitäten, Lesefähigkeiten und unterstützende Umgebung wurden dabei keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Die Autorin schlussfolgerte, dass für Kinder und Jugendliche aus stark maladaptiven Umgebungen die Abwesenheit von Risikofaktoren wichtiger sein könnte, als

die Anwesenheit von Schutzfaktoren. Es könnten aber auch schlichtweg andere Schutzfaktoren sein, die zu einer adäquaten Anpassung beitragen (Shpiegel, 2016). Für den Einfluss von Geschlecht und Alter wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden, der Trend ging jedoch in Richtung einer besseren Anpassung bei Mädchen. Davidson-Arad und Navaro-Bitton (2015) konnten diese Ergebnisse teilweise bestätigen und fanden ebenfalls häufige Einrichtungswechsel als Risikofaktor, wobei ältere Kinder und Mädchen positivere Anpassung zeigten.

Zusammengefasst soll die vorliegende Arbeit dazu beitragen, das Befinden von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer VE abzubilden. In dieser Stichprobe gibt es, aufgrund der genannten Schwierigkeiten (Bronsard et al., 2016), bisher wenige Untersuchungen. Ein besonderes Augenmerk gilt der (K)PTBS Diagnose nach ICD-11, nachdem hierfür und vor allem in dieser Stichprobe (Brewin, 2017) kaum Studien vorliegen. Dabei wird überprüft, ob es Zusammenhänge zu anderen Symptomen gibt, und inwiefern etwaige TE mit der (K)PTBS in Verbindung stehen. Für Risiken und Schutzfaktoren finden sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse (Cicchetti & Rogosch, 1997; Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015; Feldman et al., 2004; Lehmann et al., 2013; Shpiegel, 2016; Segura et al., 2017). Deshalb sollen Risiken und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in VE abgebildet, und deren Beiträge zu psychopathologischen Symptomen beleuchtet werden.

Fragestellungen und Hypothesen

Die Formulierung der Hypothesen erfolgte, je nach studienbasierten Vorannahmen entweder ein- oder zweiseitig. Es handelte sich dementsprechend entweder um gerichtete oder ungerichtete Hypothesen (gerichtet: H2.1-H2.2; ungerichtet: H2.3-H5.5). Sie wurden auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ untersucht, wobei aufgrund des besseren Überblicks im Folgenden nur die Alternativhypothesen angeführt werden.

Prävalenzen psychopathologische Symptome

In Bezug auf IS und ES unterscheiden sich die berichteten Prävalenzzahlen psychopathologischer Symptome bei Kindern und Jugendlichen im KWS über verschiedene Nationen und Einrichtungen (Bronsard et al., 2016; Lehmann et al., 2013) hinweg. Zudem konnten keine Untersuchungen an einer österreichischen Stichprobe gefunden werden.

Die Prävalenz für (K)PTBS nach ICD-11 kann bisher nur geschätzt werden und ist von der jeweiligen Stichprobe abhängig (Brewin et al., 2017). Deshalb sollen die Prävalenzzahlen hierfür an einer Stichprobe Kinder und Jugendlicher in sozialpädagogischer VE abgebildet werden. Es wird dabei angenommen, dass Mädchen für die Entwicklung einer (K)PTBS vulnerabler sind (Brewin et al., 2017). Dadurch begründet sich die erste Fragestellung:

1a. Welche Prävalenzen für (K)PTBS Symptome zeigen Mädchen und Jungen in einer sozialpädagogischen Einrichtung in Österreich? 1b. Welche Prävalenzen zeigen Kinder und Jugendliche für IS und ES?

Zusammenhänge traumatische Ereignisse, IS/ES und (K)PTBS

Die durchwegs konsistenten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen TE und IS, bzw. ES (Fischer et al., 2016; Greeson, 2011; O'Connor & Rutter, 2000; Pérez et al., 2011) sollen in dieser Arbeit einer Replikation unterzogen werden. Dabei gibt es nach Fischer et al. (2016) keinen Zusammenhang zwischen kumulativen IPT und PTBS. Ein kumulatives interpersonelles Kindheitstrauma scheint zu einer komplexeren Symptompräsentation zu führen, die über eine klassische PTBS-Symptomatik hinausgeht (Cloitre et al., 2009; D'Andrea et al., 2012; Fischer et al., 2016; Jonsson, 2009; Kisiel et al., 2014; van der Kolk et al., 2005). Diese Annahmen sollen mit der neuen (K)PTBS-Diagnose überprüft werden und leiten zur zweiten Fragestellung über:

2a. Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß von IS und ES bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung? 2b. Gibt

es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und (K)PTBS? Die dazugehörigen Hypothesen lauten:

H2.1: Je mehr traumatische Ereignisse die Kinder und Jugendlichen erlebt haben, desto höhere Werte zeigen sie in internalisierenden Symptomen.

H2.2: Je mehr traumatische Ereignisse die Kinder und Jugendlichen erlebt haben, desto höhere Werte zeigen sie in externalisierenden Symptomen.

H2.3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und dem Ausmaß von PTBS-Symptomatik.

H2.4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und dem Ausmaß von KPTBS-Symptomatik.

Zusammenhänge IS/ES und (K)PTBS-Symptomatik

Einige Befunde sprechen übereinstimmend für Zusammenhänge zwischen PTS und IS/ES (Barboza et al., 2017; Rayburn et al., 2016; Yoon, 2017). Dabei sind noch keine Studien zu den Zusammenhängen von (K)PTBS nach ICD-11 und IS/ES zu finden, weshalb ebendiese mit den neuen Diagnosekriterien für (K)PTBS überprüft werden sollen.

Es wird dabei angenommen, dass sich PTS als Problemverhalten äußern kann und sich somit hinter ES „verbirgt“ (Barboza et al., 2017). Daraus lässt sich schließen, dass es Zusammenhänge von (K)PTBS und ES geben könnte. Unter dem Aspekt der diagnostischen Komorbiditäten von PTBS mit Depression und Angstsymptomatik (Brewin et al., 2017) soll auch überprüft werden, ob und inwiefern die (K)PTBS-Symptome nach ICD-11 mit IS zusammenhängen. Die dritte Fragestellung gilt somit dem Problem des „diagnostic overshadowing“ und lautet:

3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von IS/ES und dem Ausmaß von (K)PTBS Symptomen? Diese Fragestellung soll über vier Hypothesen beantwortet werden:

H3.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer PTBS und dem Ausmaß internalisierender Symptome.

H3.2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer KPTBS und dem Ausmaß internalisierender Symptome.

H3.3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer PTBS und dem Ausmaß externalisierender Symptome.

H3.4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer KPTBS und dem Ausmaß externalisierender Symptome.

Unterschiede in (K)PTBS-Symptomen in Abhängigkeit von TE

Ein kumulatives Kindheitstrauma scheint höhere Raten an KPTBS als PTBS hervorzurufen (Brewin et al, 2017), wobei es diesbezüglich erst wenige Befunde gibt. Deshalb soll diese Annahme in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. In Bezug auf die Kombination aus gewaltsamem und bindungsbasiertem Trauma wird darüber hinaus angenommen, dass das kombinierte Trauma einen stärkeren Einfluss auf die komplexe Symptompräsentation hat (Kisiel et al., 2014). Zu dieser Hypothese wurden zu diesem Zeitpunkt noch keine Untersuchungen mit der (K)PTBS aus ICD-11 gefunden. Die angeführten Annahmen leiten somit die vierte Fragestellung ab:

4a. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche in ihrer (K)PTBS Symptomatik hinsichtlich der Art des Traumas? 4b. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche in der (K)PTBS Symptomatik hinsichtlich eines einzelnen und eines kumulativen Traumas? Die Hypothesen leiten sich aus der Fragestellung ab:

H4.1. Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen gewaltsames Trauma und bindungsbasiertes Trauma hinsichtlich der (K)PTBS-Symptomatik.

H4.2. Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen kombiniertes Trauma und einzelnes Trauma hinsichtlich der (K)PTBS-Symptomatik.

Schutz- und Risikofaktoren

In Hinblick auf potenzielle Schutzfaktoren wird angenommen, dass personale Ressourcen für eine positive Anpassung von Kindern mit TE relevanter sind als soziale Ressourcen (Cicchetti & Rogosch, 1997). Die Ergebnisse wurden aber zum Teil um Einflüsse von sozialer und schulischer Unterstützung, sowie Unterstützung durch Peers auf unterschiedliche Störungsbilder nach TE (Feldman et al., 2004; Segura et al., 2017) erweitert. In Kontrast dazu berichtet Shpiegel (2016) von keinerlei signifikanten Schutzfaktoren bei Kindern im KWS. In Bezug auf Risikofaktoren finden sich ebenso konträre Ergebnisse (Lehmann et al., 2013; Shpiegel, 2016), gleichsam wie für den Einfluss von Geschlecht und Alter (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015; Shpiegel, 2016)

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, diese komplexe Thematik etwas näher zu beleuchten. Daraus ergibt sich die fünfte Fragestellung:

5a. Welche Schutz- und Risikofaktoren stehen in Zusammenhang mit Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung?
5b. Haben Schutzfaktoren oder Risikofaktoren einen größeren Einfluss auf

Verhaltensprobleme? 5c. Haben Geschlecht und Alter einen Einfluss auf Verhaltensprobleme?

Zusammenfassend wird in einem Modell geprüft, ob und inwieweit bestimmte Prädiktoren einen Erklärungswert für das Auftreten von Verhaltensproblemen aufweisen. Die Hypothesen lauten dabei:

H5.1: Das Ausmaß an Schutzfaktoren hat einen Einfluss auf das Ausmaß von Verhaltensproblemen.

H5.2: Das Ausmaß an Risikofaktoren hat einen Einfluss auf das Ausmaß von Verhaltensproblemen.

H5.3: Personale Ressourcen haben einen größeren Einfluss auf Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung als soziale Ressourcen.

H5.4: Geschlecht hat einen Einfluss auf das Ausmaß von Verhaltensproblemen.

H5.5: Alter hat einen Einfluss auf das Ausmaß von Verhaltensproblemen.

Methode

Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine quantitative Feldstudie mit korrelativem Querschnittsdesign. In Kooperation mit dem Land Niederösterreich (NÖ), wurden die Daten sowohl an Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer VE, als auch an den zuständigen SozialpädagogInnen retrospektiv erhoben. Die Kinder und Jugendlichen waren dabei in sechs verschiedenen sozialpädagogischen Betreuungszentren (SBZ) im Raum NÖ untergebracht. Es kamen Selbst- und Fremdeinschätzungen zum Einsatz.

Die Selbsteinschätzungen wurden vor Ort in den SBZ durchgeführt, wobei die Kinder und Jugendlichen Unterstützung und Betreuung von DissertantInnen und Master-Studierenden der Psychologie erhielten. Je nach Alter und kognitiven Fähigkeiten belief sich der Betreuungsschlüssel auf zwei Kinder, bzw. Jugendlichen zu einer Betreuungsperson oder auf 1:1.

Die Fremdeinschätzungen der Kinder und Jugendlichen wurden von den SozialpädagogInnen oder von der Fallführung selbstständig bearbeitet und anschließend retourniert.

Für die Durchführung der Studie wurde im Vorhinein ein positives Ethikvotum erhalten.

Vorgehen

Die Daten wurden im Zeitraum von Mai bis September 2018 erhoben. Dabei gab es für alle Kinder und Jugendlichen zwei Testtermine, in denen sie jeweils eine Fragebogenbatterie beantworteten.

Die Testleitung wurde von zwei DissertantInnen des Projekts „Schematheoretische Weiterbildung und ihre Effekte auf in NÖ Landeseinrichtungen untergebrachte Kinder und Jugendliche“ durchgeführt. In Absprache mit den SozialpädagogInnen, bzw. der Leitung des jeweiligen SBZ, wurden Zeitpläne mit der genauen Anzahl der zu testenden Kinder und Jugendlichen erstellt. So konnte die Einhaltung des Betreuungsschlüssels sichergestellt werden.

Den Master-Studierenden wurde ein Manual zur Durchführung bereitgestellt. Dieses enthielt Instruktionen zur Begrüßung, allgemeine Erklärungen, Hinweise und Informationen zur Einwilligungserklärung, und Anweisungen zu den einzelnen Testabschnitten. Darüber hinaus wurde ein Verhaltensleitfaden für den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen erstellt. Darin waren richtiges Vorlesen, Gestaltung der Testsituation, Reaktionen auf Nachfragen, und der Umgang mit gravierenden Verständnisschwierigkeiten festgelegt. Im Vorhinein wurde auch besprochen, was bei Beschwerden und Belastungen, oder starken Widerständen und Aggressionen, zu tun ist. Der Umgang mit strafrechtlich relevanten Offenlegungen wurde ebenfalls festgelegt.

Räumlichkeiten und Arbeitsplätze für die Befragung boten ausreichend Platz und Privatsphäre. Die Kinder und Jugendlichen wurden mit kleinen Incentives in Form von Schokolade motiviert, die Fragebögen fertig zu stellen. Als besonders wichtig bei der Durchführung zeigte sich eine adäquate Pausengestaltung, um die Testmotivation der Kinder und Jugendlichen aufrechtzuerhalten. Die Studierenden wurden dazu angewiesen, auf Müdigkeitserscheinungen zu achten und gegebenenfalls die Kinder und Jugendlichen zu Pausen zu animieren. Die Pausen erfolgten in der Gruppe meist gemeinsam. Dabei wurde mit den Kindern und Jugendlichen über ihre Interessen und Hobbies gesprochen, oder auf den Gesprächsstoff ihrer Wahl eingegangen. Das förderte eine angenehme Atmosphäre und einen positiven Beziehungsaufbau, wodurch auch die Testmotivation stieg.

Stichprobenziehung

Die Rekrutierung der Kinder und Jugendlichen erfolgte über die zuständigen SozialpädagogInnen, die im Auswahlverfahren auf ausreichende Lesefähigkeiten und Deutschkenntnisse achten sollten. Ausschlussgründe waren das Vorliegen einer mittleren bis

schweren Intelligenzminderung, akute psychiatrische Krisen, manifeste Suchterkrankungen und organmedizinische Befunde. Außerdem sollten die Kinder und Jugendlichen eine voraussichtliche verbleibende Dauer im SBZ für mindestens ein Jahr aufweisen und mindestens 10 Jahre alt sein.

Die Kinder und Jugendlichen wurden insbesondere darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme freiwillig ist und sie diese jederzeit abbrechen können. Danach wurde eine Einwilligungserklärung in altersgerechter Sprache bezüglich Zweck, Ablauf und Mehrwert der Studie, sowie Anonymität und Hilfestellungen der betreuenden PsychologInnen eingeholt.

Für die SozialpädagogInnen war eine zumindest 18 Monate lange Tätigkeit in der Institution und ebenso ausreichende Deutschkenntnisse für die Teilnahme erforderlich. Auch für SozialpädagogInnen war die Teilnahme freiwillig und konnte jederzeit beendet werden.

Messinstrumente und Operationalisierung

Im Folgenden werden die Messinstrumente für die Untersuchung dargestellt und im Detail beschrieben. In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht mit den internen Konsistenzen (Cronbach α) für die jeweiligen herangezogenen Skalen. Ein guter Test sollte mindestens eine Reliabilität von .70 vorweisen (Moosbrugger & Kelava, 2012) wobei .80-.90 für eine mittelmäßige Reliabilität spricht, und ein $\alpha \geq .90$ für eine gute interne Konsistenz (Bortz & Döring, 2006).

Internalisierende und externalisierende Symptome. Für internalisierende und externalisierende Symptome wurde der Youth Self-Report vorgegeben (YSR; Achenbach, 2011), mit dem DSM-orientierten Skalen: Depressive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome, Oppositionelle Verhaltenssymptome und Dissoziale Symptome. Die Kinder und Jugendlichen werden eingangs dazu aufgefordert einzuschätzen, inwiefern die Eigenschaften in den letzten sechs Monaten auf sie zugetroffen haben. Jedes Item wird dabei auf einer 3-stufigen Likert-Skala von 0 (*Nicht zutreffend*) bis 2 (*Häufig oder genau zutreffend*) bewertet. Beispielimens für die jeweiligen Skalen werden im Folgenden angeführt. Depressive Symptome: „Es gibt nur sehr wenig, was mir Freude macht“, Angstsymptome: „Ich bin zu furchtsam oder ängstlich“, Körperliche Symptome: „Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen b) Kopfschmerzen“, Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome: „Ich tue etwas, ohne zu überlegen“, Oppositionelle Verhaltenssymptome: „Ich streite häufig oder widerspreche“, und Dissoziale Symptome: „Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien“. Die DSM-orientierten Skalen des YSR wurden zunächst nach den Kriterien des DSM-IV

konzipiert, aber die verwendete deutsche Fassung wurde an die Modifikationen des DSM-5 angepasst. Die Skalen dienen dazu, den Transfer in das diagnostische System zu erleichtern, sind jedoch nicht als direktes Äquivalent zum DSM zu verstehen (Döpfner, Pflück, & Kinnen, 2014). Die Rohscores aus den jeweiligen Skalen lassen sich in T-Werte umrechnen, wobei ein Cut-off Wert von $T \geq 70$ für auffällige Werte spricht. Darüber hinaus lassen sich die Symptome zu den Sekundärskalen Internale und Externale Probleme, sowie Gesamtauffälligkeit zusammenfassen. Die Schwellenwerte hierfür liegen bei einem T-Wert von $T \geq 63$ für klinische Auffälligkeit. Die Werte im YSR wurden anhand von Geschlecht und Alter normiert, wobei in der vorliegenden Untersuchung Normwerte für eine Altersspanne von 11-18 Jahre verwendet wurden.

(K)PTBS Symptome. Für die Erfassung von (K)PTBS Symptomen wurde der International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) verwendet. Die Skalen des ITQ erheben eine Vorstufe von PTBS- und KPTBS Symptomatik nach ICD-11, weshalb der ITQ als Screening-Instrument verstanden werden kann. Am Anfang des Fragebogens soll eine belastende Lebenserfahrung angegeben werden, damit das Kriterium Bedrohliches Ereignis als erfüllt angesehen werden kann. Darauf folgende Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet, von 0 (*Gar nicht*) bis 4 (*Sehr stark*). Für die Vorstufe einer PTBS muss in jedem Symptomcluster (Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung) mindestens ein Item zutreffend sein und mindestens eine funktionale Beeinträchtigung vorliegen. Ein Kriterium gilt als erfüllt, wenn in einem Item ein Wert ≥ 2 angegeben wird. Um eine KPTBS feststellen zu können, müssen die PTBS-Kriterien erfüllt sein, mindestens ein Item aus jedem Symptomcluster der DSO (Affektive Dysregulation, Negatives Selbstkonzept, Gestörtes Beziehungsverhalten) und wiederum mindestens ein Item aus den funktionalen Beeinträchtigungen.

Anfangs werden die Teilnehmenden darum gebeten, sich jede Aussage gründlich durchzulesen und dann anzukreuzen, wie sehr sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat. Beispielitems für die PTBS lauten dabei „Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten“, „Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen)“, oder „Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein“. Danach muss angegeben werden, ob sich die oben genannten Probleme im letzten Monat zum Beispiel „Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt haben“. Items für die KPTBS lauten beispielsweise „Ich fühle mich wie

abgestumpft oder gefühlsmäßig taub“, „Ich fühle mich wertlos“, oder „Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben“. Danach müssen erneut funktionale Beeinträchtigungen dazu eingeschätzt werden. Für die Auswertung des ITQ werden die einzelnen Werte aufsummiert und überprüft, ob die jeweiligen Diagnosekriterien erfüllt werden.

Schutzfaktoren. Potenzielle Schutzfaktoren wurden mit dem Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ 8-16; Lohaus & Nussbeck, 2016), mit sechs personalen Ressourcen: Empathie und Perspektivenübernahme, Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung, Kohärenzsinn, Optimismus, Selbstkontrolle, und vier sozialen Ressourcen: Elterliche emotionale Unterstützung, Autoritativer Erziehungsstil, Integration in die Peergruppe und Schulische Integration. Die Ressourcen sollen, nach den AutorInnen des Fragebogens, zu einer positiven Entwicklung der Kinder und Jugendlichen beitragen. Aufgrund der Erhebung in einem SBZ wurden die Items für soziale Ressourcen für SozialpädagogInnen umformuliert. Ein Beispielitem des FRKJ für personale Ressourcen lautet: „Ich fühle mich wohl, wenn ich über mich selbst nachdenke“, und ein Beispiel für soziale Ressourcen ist: „Meine Betreuer sind liebevoll aber konsequent“. Die einzelnen Items werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 1 (*Stimmt nie*) bis 4 (*Stimmt immer*) bewertet. Item 17 ist invers gepolt und wurde deshalb vor der Analyse invertiert. Die Rohsummenwerte lassen sich in Stanine (ST) umrechnen, und wurden für Mädchen und Buben in den Altersstufen 11-13 Jahre und 14-16 Jahre normiert. Ein ST-Wert von 1-2 deutet auf eine unterdurchschnittliche Ausprägung, ein ST-Wert von 3-7 auf eine durchschnittliche Ausprägung und ein ST-Wert von 8-9 auf eine überdurchschnittliche Ausprägung hin.

Traumatische Ereignisse und andere Risikofaktoren. Die TE wurden in der Selbsteinschätzung mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) erhoben. Dieser umfasst 28 Fragen und dabei Ereignisse von körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung und emotionaler Vernachlässigung. Die Eingangsfrage lautet „Während meiner Kindheit und Jugend...“. Jedes nachfolgende Item wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala vorgegeben und mit 1 (*Überhaupt nicht*) bis 5 (*Sehr häufig*) beantwortet. Ein Item lautet dabei: „Hatte ich nicht genügend zu essen“, oder „wurde ich von Familienangehörigen so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere körperliche Schäden davontrug“. Aus den Fragen lassen sich die oben genannten Skalen mit den traumatischen Ereignissen bilden, wobei für jede Skala ein Summenscore von 5 bis 25 erreicht werden kann. Höhere Werte

stehen für schwerere Missbrauchserfahrungen, wobei sich der Schweregrad nach „Nicht bis minimal“, „Gering bis mäßig“, „Mäßig bis schwer“ und „Schwer bis extrem“ mit den jeweiligen Cut-off Werten für die einzelnen Skalen einteilen lässt. Die Errechnung der Prävalenzen inkludiert alle Werte in den Bereichen „Mäßig bis schwer“ und „Schwer bis extrem“ (Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011). Bei den Items 2, 5, 7, 13, 19, 26 und 28 handelt es sich um inverse Items, weshalb sie vor der Analyse umgepolt wurden. Aus drei Items im CTQ lässt sich eine Bagatellisierungs-Skala errechnen, wobei ein Wert von 5 im jeweiligen Item auf eine Tendenz zur Bagatellisierung hinweist. Ein Beispielitem der Bagatellisierungsskala lautet „Hatte ich die beste Familie der Welt“.

Der Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-D; Schäfer, Wingenfeld, & Spitzer, 2014) wurde zur Fremdeinschätzung vorgegeben und setzt sich aus 10 Items zusammen. Der Fragebogen erfasst dabei folgende Erlebnisse: Emotionaler Missbrauch, psychischer Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, physische Vernachlässigung, Trennung von einem Elternteil, Gewalt in der Familie, Substanzabhängigkeit eines Elternteils, psychische Erkrankung eines Elternteils und Gefängnisaufenthalt eines Elternteils. Der ACE hat ein dichotomes Antwortformat (*ja/nein*), weshalb der errechnete Summenscore gleichzeitig die Anzahl traumatischer Erlebnisse angibt.

Die Zahl an vorherigen Einrichtungswechseln wird im SBZ über die Fallaktenführung festgehalten und mit demographischen Angaben über die Kinder und Jugendlichen in der Fremdeinschätzung abgefragt.

Tabelle 1

Interne Konsistenzen gemäß Cronbach α für die verwendeten Verfahren mit Median der korrigierten Trennschärfe

Skala	Itemanzahl k	Cronbach α	Trennschärfe $Md r_{it}$	n
CTQ				
Emotionale Misshandlung	5	.88	.69	170
Sexueller Missbrauch	5	.90	.79	179
Körperliche Misshandlung	5	.87	.67	181
Emotionale Vernachlässigung	5	.82	.64	169
Körperliche Vernachlässigung	5	.44	.24	183
ITQ				
Wiedererleben	2	.66	.49	137
Vermeidung	2	.65	.49	135
Übererregung	2	.49	.32	136
Funktionale Beeinträchtigungen	3	.75	.60	134
Affektive Dysregulation	2	.40	.25	131
Negatives Selbstkonzept	2	.94	.88	132
Gestörtes Beziehungsverhalten	2	.74	.58	131
Funktionale Beeinträchtigungen	3	.80	.67	130
YSR				
Depressive Symptome	13	.84	.48	171
Angstsymptome	9	.78	.49	176
Somatische Symptome	8	.75	.47	166
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome	7	.69	.42	179
Oppositionelle Verhaltenssymptome	5	.60	.37	184
Dissoziale Symptome	15	.77	.38	167
Internalisierende Symptome	30	.90	.52	143
Externalisierende Symptome	27	.84	.40	159
FRKJ				
Empathie	6	.81	.59	176
Selbstwirksamkeit	6	.87	.67	170
Selbstwertschätzung	6	.82	.62	115
Kohärenzsinn	6	.82	.58	174
Optimismus	6	.87	.69	176
Selbstkontrolle	6	.75	.48	178
Erzieherische Unterstützung	6	.89	.73	171
Autoritativer Erziehungsstil	6	.76	.46	173
Integration Peergruppe	6	.85	.64	170
Schulische Integration	6	.90	.75	170
Personale Ressourcen	36	.95	.62	105
Soziale Ressourcen	24	.92	.56	145

Anmerkung. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; ITQ = International Trauma Questionnaire; YSR = Youth Self-Report; FRKJ = Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter.

Stichprobe

Aus den etwa 400 Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer VE im Raum NÖ wurde ein geplanter Stichprobenumfang von $N = 250$ festgelegt, weshalb von einer a-priori Poweranalyse abgesehen werden konnte.

Die erreichte Fallzahl belief sich letztendlich auf $n = 194$ Kinder und Jugendliche. Diese waren entweder in den Zentren vor Ort oder in betreuten Wohngemeinschaften in der Umgebung untergebracht. Keine davon lebten bei Pflegefamilien. Von den 194 Kindern und Jugendlichen waren $n = 126$ (65%) männlich und $n = 68$ (35%) weiblich. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 10 und 18 Jahren ($M = 14.1$, $SD = 2.4$), wobei in Bezug auf das Lebensalter ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen ($M = 13.8$) und weiblichen ($M = 14.6$) Teilnehmenden festzustellen war ($p = .019$).

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen stammte aus Österreich (87.1%), der Rest aus Deutschland (2.6%) und diversen andere Ländern (6.7%), wobei 3.6% kein Herkunftsland angaben. Hinsichtlich der Ausbildung befanden sich 33.0% in einer Inklusiv- und Sonderpädagogischen Schule, 24.7% in einer Hauptschule/Neuen Mittelschule, 19.1% in einer Lehrausbildung mit oder ohne Berufsschule, 4.1% in der Volksschule und 2.6% in einer höheren Schule. 16.5% gaben keine Form der Ausbildung an.

In Hinblick auf TE berichtete etwas mehr als die Hälfte (54.2%) der Kinder und Jugendlichen von keinem TE, 19.8% gab das Erleben eines Ereignisses an, die restlichen 26.0% berichteten von zwei oder mehreren TE. Im Fremdbereich der SozialpädagogInnen wurden etwas höhere Ereignisraten berichtet, mit 30.6% für kein TE, 14.5% für ein einzelnes TE und in etwas mehr als der Hälfte (54,8%) der Fälle wurden zwei oder mehr TE der Kinder und Jugendlichen angeführt. Die detaillierten Anteilswerte können der Tabelle 2 entnommen werden.

In Bezug auf das Geschlecht lässt sich feststellen, dass Mädchen häufiger von TE betroffen sind, bzw. diese eher berichten. Das zeigt sich vor allem im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen. Auch im Fremdbereich der SozialpädagogInnen wird bei Mädchen häufiger von TE berichtet, aber die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht so groß wie im Selbstbericht. So berichten 38.2% der Mädchen und 62.9% der Buben von keinem TE, 16.2% der Mädchen und 21.8% der Buben von einem TE, und 45.7% der Mädchen von zwei oder mehr TE, im Vergleich zu 15.3% der Buben. Details zum Selbstbericht und die Anteilswerte im Fremdbereich können in Tabelle 3 eingesehen werden.

Tabelle 2
Anteilswerte für die Anzahl TE nach CTQ und ACE

Anzahl TE	Anteilswert (<i>n</i> = 192)		Anteilswert (<i>n</i> = 173)	
	CTQ		ACE	
0	54.2%		30.6%	
1	19.8%		14.5%	
2	10.9%		20.2%	
3	7.3%		15.0%	
4	4.7%		12.7%	
5	3.1%		5.2%	
6	-		1.7%	
	100%		100%	

Anmerkung. TE = Traumatisches Ereignis; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire (Selbsteinschätzung); ACE = Adverse Childhood Experiences Scale (Fremdeinschätzung).

Tabelle 3
Anteilswerte für die Anzahl TE nach CTQ und ACE nach Geschlecht

Anzahl TE	Anteilswert im CTQ		Anteilswert im ACE	
	Mädchen (<i>n</i> = 68)	Buben (<i>n</i> = 124)	Mädchen (<i>n</i> = 63)	Buben (<i>n</i> = 110)
0	38.2%	62.9%	23.8%	34.5%
1	16.2%	21.8%	17.5%	12.7%
2	16.2%	8.1%	17.5%	21.8%
3	16.2%	2.4%	17.5%	13.6%
4	7.4%	3.2%	15.9%	10.9%
5	5.9%	1.6%	6.3%	4.5%
6	-	-	1.6%	1.8%
	100%	100%	100%	100%

Anmerkung. TE = Traumatisches Ereignis; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire (Selbsteinschätzung); ACE = Adverse Childhood Experiences Scale (Fremdeinschätzung).

Bei der Unterscheidung zwischen gewaltsamen traumatischen Ereignissen (GTE; körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch) und bindungsbasierten traumatischen Ereignissen (BTE; emotionale und körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung) wurden die Angaben jener 171 Kinder und Jugendliche herangezogen, die einen vollständigen Bericht über die verschiedenen Arten von TE aufwiesen. Die Befragten konnten Mehrfachnennungen abgeben. Hiervon berichteten 91 (53.2%) von keiner Art der Misshandlung, während 80 (46.8%) Formen von TE angaben. Davon berichteten 9 (5.3%) ausschließlich von GTE, 31 (18.1%) ausschließlich von BTE, und zudem 40 (23.4%) von einer Kombination aus GTE

und BTE. Die Anteilswerte für die verschiedenen Arten von TE sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4
Anteilswerte von verschiedenen Arten TE, Mehrfachnennungen möglich

Skala	Anteilswert (<i>n</i> = 171)	Anteilswert (<i>n</i> = 167)
	CTQ	ACE
Körperliche Misshandlung	21.1%	25.1%
Sexueller Missbrauch	15.8%	9.0%
Gewalt in der Familie	-	26.9%
Emotionale Misshandlung	22.8%	40.1%
Emotionale Vernachlässigung	20.5%	44.3%
Körperliche Vernachlässigung	22.8%	29.3%

Anmerkung. TE = Traumatisches Ereignis; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; ACE = Adverse Childhood Experiences Questionnaire.

Statistische Verfahren

Die erhobenen Daten wurden mit der Software IBM SPSS® 22.0 (IBM Corp., 2013) für Mac OSX deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet. Das Signifikanzniveau wurde entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit mit $\alpha = 5\%$ festgelegt, was bedeutet, dass Ergebnisse mit $p \leq .05$ als signifikant bezeichnet werden. Zur Beschreibung der inhaltlichen Verankerung werden Effektstärken r , d und η^2 nach Cohen (1988; zitiert nach Field, 2009) angeführt. Die jeweiligen Maße für die Größe des Effekts sind in Tabelle 5 einzusehen.

Tabelle 5
Effektstärken nach Cohen (1988)

Größe des Effekts	Effektstärke		
	r	d	η^2
Klein	.10	0.2	.01
Mittel	.30	0.5	.06
Groß	.50	0.8	.14

Deskriptivstatistik. Metrische Parameter werden über ihre Kennwerte, wie Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) beschrieben, während für nominalskalierte Variablen die Häufigkeit (n) und ihre entsprechenden Anteilswerte (%) ermittelt wurden. Die Beantwortung

der Fragestellung 1 erfolgt mittels einfacher deskriptiver Statistik unter Angabe der Prävalenzraten inklusive der zugehörigen Konfidenzintervalle.

Inferenzstatistik. Fragestellungen 2-3 werden mit einfachen Korrelationen beantwortet, wobei aufgrund von verletzten Normalverteilungsannahmen und ordinalskalierten Daten ausschließlich parameterfreie Verfahren angewendet wurden.

Fragestellung 4 wird wegen fehlender Varianzhomogenität mit Welch t-Test zum Unterschied der (K)PTBS-Symptomatik in Abhängigkeit der einzelnen Formen TE untersucht. Darüber hinaus werden, nach Bildung der Gruppen gewaltsames traumatisches Ereignis (GTE) und bindungsbasiertes traumatisches Ereignis (BTE), die Unterschiede zwischen den Gruppen in (K)PTBS-Symptomen methodeneinheitlich mit einer Welch-ANOVA überprüft. Der Welch t-Test ist ein robustes Verfahren, benötigt keine Normalverteilung, erreicht trotz heterogener Varianzen eine hohe Power und hält das Risiko 1. Art (α -Fehler) ein (Kubinger, Rasch, & Moder, 2009).

Fragestellung 5 wird mit multiplen linearen Regressionen beantwortet. Für die Durchführung dieser waren sämtliche Voraussetzungen erfüllt: Die Prädiktoren waren intervallskaliert, bzw. dichotom, die Varianz der Residuen zeigte sich über die Prädiktoren konstant (Homoskedastizität), es herrschte keine Multikollinearität zwischen den Prädiktoren (keine $r > .80$, bzw. ein Variance Inflation Factor $VIF < 10$) vor, der durchschnittliche VIF war dabei nicht substanziell größer als 1, sodass davon auszugehen ist, dass das Modell keiner Verzerrung unterliegt. Eine Toleranzstatistik < 0.2 kann darüber hinaus ein Problem indizieren, wobei sich die Toleranzen ebenfalls nicht auffällig zeigten. Der Durbin-Watson Test prüft, ob die Residuen unabhängig voneinander sind (Autokorrelation) und wies in allen Modellen einen Wert nahe 2 auf (Field, 2009). Die Normalverteilung der Residuen wurde visuell überprüft und die Beobachtungen waren voneinander unabhängig.

Ergebnisse

Prävalenzen (K)PTBS, IS und ES

Fragestellung 1. Gemäß Fragestellung 1 wurden die Prävalenzraten für (K)PTBS Symptome von Mädchen und Buben in einer sozialpädagogischen Einrichtung in Österreich und ebenso die Prävalenzen für Kinder und Jugendliche mit IS und ES ermittelt.

Hierzu wurden unter Ausschluss fehlender Werte die entsprechenden Anteilswerte berechnet und für jeden einzelnen Wert das zugehörige Konfidenzintervall (KI) gebildet. Das

entsprechende 95%-KI für die Auftrittswahrscheinlichkeit des wahren Wertes [95%-KI: UG; OG] wurde anhand des Ausdrucks

$$\hat{\pi} = p \pm Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

errechnet. Für die 5%-Irrtumswahrscheinlichkeit des KI wurde der entsprechend zweiseitige z -Wert von 1.96 eingesetzt.

In Bezug auf (K)PTBS-Symptome konnte bei 24.6% der Buben [14.1%; 35.1%] der Hinweis auf eine PTBS gefunden werden, und hiervon bei 6.2% der Buben [0.3%; 12.0%] der Hinweis auf eine KPTBS ($n = 65$). Bei den Mädchen ließ sich bei 45.3% [31.9%; 58.7%] der Hinweis auf eine PTBS und hiervon bei 28.3% [16.2%; 40.4%] der Hinweis auf eine KPTBS feststellen ($n = 53$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich bei den PTBS-Symptomen aufgrund der Überschneidung der KI keine statistischen Unterschiede zwischen Buben und Mädchen feststellen lassen, wohingegen bei der KPTBS ein signifikanter Unterschied in der Prävalenz, mit einem höheren Anteil für Mädchen, gefunden werden konnte.

Hinsichtlich IS zeigten 31.7% [24.9%; 38.5%] der Kinder und Jugendlichen auffällige Werte und in Bezug auf ES konnten bei 18.3% [12.7%; 24.0%] auffällige Werte festgestellt werden ($n = 180$). Nachdem sich die KI für IS und ES nicht überschneiden, lässt sich festhalten, dass ES bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung weniger häufig auftreten, bzw. berichtet werden als IS. Die bereits angeführten Prävalenzraten und die Prävalenzen für die einzelnen Skalen von IS und ES sind in Tabelle 6 angeführt.

Tabelle 6
Prävalenzen (K)PTBS Buben und Mädchen, IS und ES gesamt

Skala	Prävalenz (%)	95% KI		n
		UG	OG	
PTBS				
Buben	24.6	14.1	35.1	65
Mädchen	45.3	31.9	58.7	53
KPTBS				
Buben	6.2	0.3	12.0	65
Mädchen	29.3	16.2	40.4	53
IS	31.7	24.9	38.5	180
DEP	27.3	20.9	33.7	187
ANX	18.7	13.1	24.3	187
SOM	11.8	7.2	16.4	187
ES	18.3	12.7	24.0	180
ADH	10.2	5.9	14.5	187
OVS	2.1	≥0.1	4.2	187
DIS	9.1	5.0	13.2	187

Anmerkung. PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; KPTBS = Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung; IS = Internalisierende Symptome; DEP = Depressive Symptome; ANX = Angstsymptome; SOM = Somatische Symptome; ES = Externalisierende Symptome; ADH = Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome; OVS = Oppositionelle Verhaltenssymptome; DIS = Dissoziale Symptome; KI = Konfidenzintervall; UG = Untergrenze; OG = Obergrenze.

Zusammenhänge Anzahl TE und IS/ES, sowie (K)PTBS

Fragestellung 2a. Gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß von IS und ES bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung?

Fragestellung 2b. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und (K)PTBS?

Die Fragestellungen wurde mit vier Hypothesenprüfungen H2.1-H2.4 beantwortet. Die Verteilungsannahme der zugehörigen Variablen wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft und zeigte, dass die Normalverteilungsannahme nicht gerechtfertigt war, bzw. wurde die Variable Anzahl TE als ordinalskaliert eingestuft und deshalb die Hypothesen mit der parameterfreien Spearman-Rang-Korrelation untersucht (Field, 2009). Die Berechnungen ergaben folgende Ergebnisse:

Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß von IS, $r_s(189) = .40, p < .01$. Das Ergebnis spricht für einen mittleren Effekt, wohingegen für

den Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß von ES ein kleiner Effekt gefunden wurde, $r_s(189) = .22, p < .01$. Die Hypothesen 2.1 und 2.2 können angenommen werden. Die Interkorrelationsmatrix mit den einzelnen Skalen für IS und ES kann in Tabelle 7 eingesehen werden.

Tabelle 7

Interkorrelationsmatrix für die Anzahl TE und Summenscores für IS und ES

<i>n</i> = 186	1	2	3	4	5	6	7
1. CTQ Anzahl TE	-	.38**	.29**	.34**	.14*	.23**	.18**
2. DEP		-	.72**	.54**	.50**	.37**	.35**
3. ANX			-	.51**	.46**	.36**	.34**
4. SOM				-	.31**	.20**	.19**
5. ADH					-	.55**	.48**
6. OVS						-	.60**
7. DIS							-

Anmerkung. TE = Traumatisches Ereignis; IS = Internalisierende Symptome; ES = Externalisierende Symptome; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; DEP = Depressive Symptome; ANX = Angstsymptome; SOM = Somatische Symptome; ADH = Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome; OVS = Oppositionelle Verhaltenssymptome; DIS = Dissoziale Symptome.
** $p < .01$, * $p < .05$ (einseitig).

Über die formulierten Hypothesen hinaus wurde der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Bagatellisierung und der Anzahl TE untersucht. Die Hypothesenprüfung wurde zweiseitig durchgeführt und ergab folgendes Ergebnis: Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß an Bagatellisierung, $r_s(189) = .31, p < .01$. Das Ergebnis spricht für einen mittleren Effekt.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß an (K)PTBS-Symptomatik zeigten sich signifikante Zusammenhänge sowohl mit PTBS, $r_s(131) = .37, p < .01$, als auch DSO, $r_s(131) = .42, p < .01$, und schließlich mit KPTBS, $r_s(131) = .43, p < .01$, mit mittleren Effekten. Die Hypothesen 2.3 und 2.4 konnten somit ebenfalls angenommen werden.

Zusammenhänge IS/ES und (K)PTBS

Fragestellung 3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von IS/ES und dem Ausmaß von (K)PTBS-Symptomen?

Die Fragestellung 3 wurde mit vier Hypothesenprüfungen H3.1-H3.4 überprüft. Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und

zeigte, dass keine Normalverteilung gegeben war, weshalb die Hypothesen mittels Spearman-Rang-Korrelation getestet wurden. Die Berechnungen ergaben folgende Ergebnisse:

Es waren signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß von PTBS-Symptomen und dem Ausmaß von IS, $r_s(136) = .66, p < .01$, ebenso wie für KPTBS und IS, $r_s(136) = .74, p < .01$, festzustellen. Die Korrelationen weisen auf einen großen Effekt hin.

Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von PTBS-Symptomen und jenem von ES, $r_s(136) = .37, p < .01$, ebenso wie für KPTBS und ES, $r_s(136) = .39, p < .01$. Die Korrelationen weisen auf einen mittleren Effekt hin.

Die Hypothesen 3.1-3.4 konnten ebenfalls angenommen werden.

Unterschiede in (K)PTBS in Abhängigkeit von Formen TE

Fragestellung 4a. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche in ihrer (K)PTBS Symptomatik hinsichtlich der Art des Traumas?

Fragestellung 4b. Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche in der (K)PTBS Symptomatik hinsichtlich eines einzelnen und eines kumulativen Traumas?

Die Prüfung des Unterschieds von (K)PTBS in Abhängigkeit vom Erleben sexuellen Missbrauchs, körperlichen Missbrauchs, emotionalen Missbrauchs, emotionaler Vernachlässigung und körperlicher Vernachlässigung wurde mittels Welch t-Tests durchgeführt. Die Tabelle 8 zeigt die entsprechenden Ausprägungen der (K)PTBS in Abhängigkeit des Vorhandenseins TE unter Berücksichtigung der verschiedenen gewaltsamen und bindungsbasierten Formen, wobei multiples Auftreten von TE in den einzelnen Formen möglich war.

Tabelle 8

Kennwerte der (K)PTBS im ITQ in Abhängigkeit des Vorhandenseins TE

Traumaart	Nicht vorhanden		Vorhanden		Prüfgröße		Effekt <i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i> -Wert	
SM							
PTBS	106	10.05 (6.71)	26	19.65 (7.87)	-5.735 (34.44)	<.001**	-1.26
KPTBS	106	17.07 (11.06)	26	37.38 (15.82)	-6.187 (31.25)	<.001**	-1.35
KM							
PTBS	100	10.97 (7.97)	34	15.03 (7.01)	-2.815 (64.22)	.006**	-0.56
KPTBS	100	19.07 (14.47)	34	26.97 (13.43)	-2.905 (61.02)	.005**	-0.58
EM							
PTBS	100	10.10 (7.24)	36	16.75 (7.93)	-4.414 (57.36)	<.001**	-0.86
KPTBS	100	16.76 (11.89)	36	32.19 (15.44)	-5.446 (50.73)	<.001**	-1.06
EV							
PTBS	103	11.52 (7.84)	33	13.30 (8.10)	-1.106 (52.58)	.274	-0.22
KPTBS	103	20.09 (13.99)	33	24.27 (15.65)	-1.371 (49.48)	.177	-0.27
KV							
PTBS	101	11.52 (8.21)	36	12.94 (7.10)	-0.987 (70.70)	.327	-0.19
KPTBS	101	20.07 (14.65)	36	23.33 (14.07)	-1.182 (63.65)	.241	-0.23

Anmerkung. TE = Traumatisches Ereignis; SM = Sexueller Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; EM = Emotionaler Missbrauch; EV = Emotionale Vernachlässigung; KV = Körperliche Vernachlässigung; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; KPTBS = Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung; ITQ = International Trauma Questionnaire.

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

Die Ergebnisse in Tabelle 8 zeigen, dass die (K)PTBS bei sexuellem Missbrauch ($p < .001$) mit einem großen Effekt, bei körperlichem Missbrauch ($p < .006$) mit einem mittleren Effekt und bei emotionalem Missbrauch ebenfalls ($p < .001$) mit einem großen Effekt signifikant höher ausfielen als bei nicht Betroffenen. Demgegenüber waren bei emotionaler sowie bei körperlicher Vernachlässigung die Unterschiede in (K)PTBS-Symptomatik nicht signifikant.

Um das kombinierte Auftreten von GTE und BTE zu berücksichtigen, wurden Personen mit sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch sowie Personen mit emotionalem Missbrauch, und/oder emotionaler Vernachlässigung und/oder körperlicher Vernachlässigung in drei Gruppen kategorisiert: GTE (sexueller und/oder körperlicher Missbrauch), BTE (emotionaler Missbrauch und/oder emotionale Vernachlässigung und/oder körperliche Vernachlässigung), sowie Personen mit GTE und BTE. Zur Prüfung des Unterschieds von (K)PTBS in Abhängigkeit dieser drei Kategorien wurden einfaktorielle Welch-ANOVAs

durchgeführt. Die Tabelle 9 zeigt die Ausprägung von (K)PTBS in den unterschiedlichen Traumagruppen.

Tabelle 9

Kennwerte der (K)PTBS im ITQ in Abhängigkeit der (kombinierten) TE

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>	η^2
PTBS	GTE	8	19.00	8.00			
	BTE	24	10.96	6.20	5.70 (2, 66)	.011*	.135
	GTE & BTE	37	16.24	8.03			
KPTBS	GTE	8	34.13	15.20			
	BTE	24	19.00	11.73	6.39 (2, 66)	.007**	.142
	GTE & BTE	37	30.35	16.16			

Anmerkung. TE = Traumatische Ereignisse; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; KPTBS = Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung; ITQ = International Trauma Questionnaire; GTE = Gewaltsame traumatische Ereignisse; BTE = Bindungsbasierte traumatische Ereignisse.

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

Für PTBS konnten signifikante Unterschiede, $F(2, 66) = 5.70$, $p = .011$, zwischen den Traumagruppen mit einem mittleren Effekt und für KPTBS ebenso signifikante Unterschiede, $F(2, 66) = 6.39$, $p = .007$, mit einem bereits deutlichen Effekt festgestellt werden. Für die Prüfung der paarweisen Vergleiche nach Games-Howell zeigte sich für PTBS ein signifikanter Unterschied zwischen BTE vs. GTE & BTE ($p = .015$), sowie eine Tendenz zwischen BTE vs. GTE ($p = .064$), sodass Personen mit BTE vergleichsweise niedrigere Ausprägungen zeigten. Für KPTBS zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen BTE vs. GTE & BTE ($p = .007$), und ebenfalls eine Tendenz zwischen BTE vs. GTE ($p = .067$), sodass Personen mit BTE auch hier vergleichsweise niedrigere Ausprägungen zeigten. Die Hypothese H4.1 zum Unterschied zwischen den Gruppen BTE und GTE kann somit knapp nicht angenommen werden, und die Hypothese 4.2 zum Unterschied zwischen kombinierten TE und einzelnes TE hinsichtlich der (K)PTBS-Symptomatik kann angenommen werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 graphisch veranschaulicht.

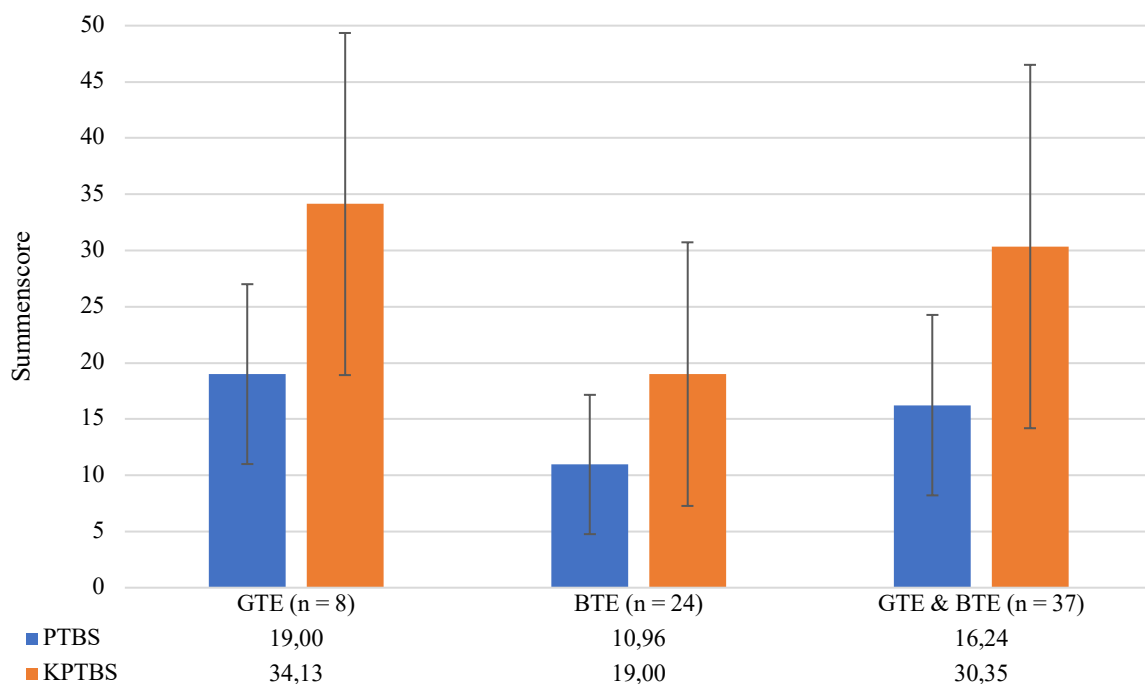


Abbildung 1. Kennwerte ($M \pm 1 SD$) der (K)PTBS in Abhängigkeit der (kombinierten) TE

Risiken und Schutzfaktoren

Fragestellung 5. Welche Schutz- und Risikofaktoren stehen in Zusammenhang mit Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung? Haben Schutzfaktoren oder Risikofaktoren einen größeren Einfluss auf Verhaltensprobleme? Haben Geschlecht und Alter einen Einfluss auf Verhaltensprobleme?

Die fünfte Fragestellung wurde mittels multipler linearer Regressionen untersucht, wobei hierarchische blockweise Regressionen durchgeführt wurden. Die Voraussetzungen für die jeweiligen Modelle konnten als erfüllt betrachtet werden. Aufgrund von zu vielen fehlenden Werten und nicht vorhandenen Korrelationen zwischen den Skalen des ACE und des YSR, konnten die Risikofaktoren des ACE nicht in das Modell mitaufgenommen werden. Auch die Variable Anzahl vorheriger Einrichtungswechsel wies zu viele fehlende Werte auf und konnte deshalb ebenfalls nicht für die Analyse herangezogen werden. Stattdessen wurden die Formen TE aus dem CTQ als Risikofaktoren verwendet. Prädiktoren, die nicht signifikant mit dem Outcome korrelierten, wurden aus dem Modell entfernt (Empathie und Autoritativer Erziehungsstil). Danach wurden die Prädiktoren theoriegeleitet blockweise aufgenommen, mit jenen Blöcken zuerst, für die es die meisten empirischen Belege gab. Die Analysen ergaben folgende Ergebnisse:

Risikofaktoren. Die Aufnahme des Blocks Risikofaktoren in das Regressionsmodell konnte das Ausmaß an Gesamtauffälligkeit signifikant, mit einem erklärten Varianzanteil von

30%, $R^2 = .30$, $F(5, 170) = 14.77$, $p < .001$, vorhersagen. Konkret hatten die Risikofaktoren emotionale Misshandlung ($\beta = .47$, $p < .001$) und sexueller Missbrauch ($\beta = .26$, $p < .001$) signifikant positive Zusammenhänge, wohingegen körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung jeweils keine signifikanten Beiträge zum Ausmaß an Gesamtauffälligkeit aufwiesen. Die Zusammenhänge von emotionaler Misshandlung mit Verhaltensproblemen zeigten sich sowohl in der Gesamtauffälligkeit, als auch bei IS und ES, wohingegen der Zusammenhang von sexuellem Missbrauch in der Gesamtauffälligkeit und bei IS festgestellt werden konnte, nicht jedoch bei ES. Hypothese 5.1 konnte demnach bestätigt werden.

Schutzfaktoren. Hinsichtlich der Schutzfaktoren stellte sich heraus, dass bei der Hinzunahme von personalen Ressourcen weitere 11% der Varianz in Gesamtauffälligkeit, $\Delta R^2 = .11$, $F(10, 165) = 11.51$, $p < .001$, und ES, $\Delta R^2 = .11$, $F(10, 165) = 4.54$, $p < .001$, erklärt werden konnten, sowie 13% der Varianz in IS, $\Delta R^2 = .13$, $F(10, 165) = 16.24$, $p < .001$. Bei der Hinzunahme von sozialen Ressourcen konnte für keinen der drei Outcomes eine signifikante Zunahme an erklärtem Varianzanteil festgestellt werden. Somit können die Hypothesen 5.2 und 5.3 ebenfalls angenommen werden.

Der Anteil einzelner Ressourcen war dabei für die jeweiligen Verhaltensprobleme differenziert zu beurteilen. So zeigte sich Selbstwertschätzung als signifikant negativer Prädiktor für Gesamtauffälligkeit ($\beta = -.35$; $p < .05$) und IS ($\beta = -.47$, $p < .001$), nicht jedoch für ES ($\beta = -.06$, $p > .05$, n.s.). Selbstkontrolle stellte sich wegen des positiven Zusammenhangs als kein Schutzfaktor für IS heraus ($\beta = .22$, $p < .05$), aber als Schutzfaktor für ES ($\beta = -.37$, $p < .001$). Selbstwirksamkeit zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang mit ES ($\beta = .27$, $p < .05$), kann deshalb jedoch ebenfalls nicht als Schutzfaktor interpretiert werden. Schulische Integration stellte sich als Schutzfaktor für Gesamtauffälligkeit ($\beta = -.17$, $p < .05$) und ES ($\beta = -.22$, $p < .05$) heraus, nicht aber für IS.

Geschlecht und Alter. In Bezug auf Geschlecht und Alter zeigte sich keine signifikante Zunahme an erklärtem Varianzanteil für Gesamtauffälligkeit, $\Delta R^2 = .00$, $F(15, 160) = 8.17$, $p > .05$, n.s., und ES, $\Delta R^2 = .01$, $F(15, 160) = 3.55$, $p > .05$, n.s., jedoch eine Zunahme für IS, $\Delta R^2 = .02$, $F(15, 160) = 12.02$, $p < .05$, wobei hier nur das Geschlecht einen signifikanten Beitrag leistete ($\beta = .17$, $p < .05$). Hypothese 5.4 kann somit für das Kriterium IS angenommen werden, aber nicht für Gesamtauffälligkeit und ES, und Hypothese 5.5 wird abgelehnt.

Die Regressionsmodelle für Gesamtauffälligkeit, IS und ES mit den jeweiligen Beiträgen der Prädiktoren können in Tabelle 10 eingesehen werden.

Aufgrund des signifikanten Erklärungswertes von Geschlecht auf IS und der höheren Anzahl TE für Mädchen (siehe Tabelle 3) wurden zusätzlich zwei Regressionsmodelle für Risiken und Verhaltensprobleme berechnet. Die Berechnungen erfolgten dabei getrennt nach Geschlecht.

Es zeigte sich bei den Mädchen ein erklärter Varianzanteil von 31% für Gesamtauffälligkeit, $R^2 = .31$, $F(5, 62) = 5.48$, $p < .001$, und eine erklärte Varianz von 38% für IS, $R^2 = .38$, $F(5, 62) = 7.48$, $p < .001$. Das Ausmaß der Varianz in ES konnte durch das Ausmaß von TE nicht signifikant erklärt werden, $R^2 = .11$, $F(5, 62) = 1.46$, $p > .05$, n.s. Hinsichtlich der Prädiktoren zeigten sich signifikante Beiträge von emotionaler Misshandlung ($\beta = .44$, $p < .01$) und sexuellem Missbrauch ($\beta = .26$, $p < .05$) in Gesamtauffälligkeit und IS. Die Ergebnisse erklären den signifikanten Beitrag von sexuellem Missbrauch bei IS und Gesamtauffälligkeit im Gesamtmodell.

Bei den Buben konnte der Varianzanteil über alle drei Outcomes signifikant erklärt werden, mit 30% für Gesamtauffälligkeit, $R^2 = .30$, $F(5, 103) = 9.19$, $p < .001$, 25% für IS, $R^2 = .25$, $F(5, 103) = 6.96$, $p < .001$, und 23% für ES, $R^2 = .23$, $F(5, 103) = 6.25$, $p < .001$. In Bezug auf die einzelnen Prädiktoren zeigte nur emotionale Misshandlung einen signifikanten Beitrag über alle Outcomes.

Die Regressionsmodelle für Risiken und Verhaltensprobleme, getrennt nach Geschlecht, finden sich in Tabelle 11.

Tabelle 10

Multiple hierarchische Regression für Risiken, Schutzfaktoren und Verhaltensprobleme

Prädiktor	Verhaltensprobleme ($n = 176$)					
	Gesamtauffälligkeit YSR		Internalisierende Symptome YSR		Externalisierende Symptome YSR	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Schritt 1	.30**		.37**		.10*	
Emotionale Misshandlung		.47**		.45**		.34**
Sexueller Missbrauch		.26**		.38**		.02
Körperliche Misshandlung		-.06		-.12		.04
Emotionale Vernachlässigung		-.08		-.03		-.11
Körperliche Vernachlässigung		-.04		-.07		-.02
Schritt 2	.11**		.13**		.11**	
Selbstwirksamkeit		.15		.03		.27*
Selbstwertschätzung		-.35*		-.47**		-.06
Kohärenzsinn		-.04		-.04		-.03
Optimismus		-.09		-.05		-.12
Selbstkontrolle		-.04		.22*		-.37**
Schritt 3	.02		.01		.03	
Erzieherische Unterstützung		.03		.05		-.01
Integration Peergruppe		-.03		-.11		.09
Schulische Integration		-.17*		-.09		-.22*
Schritt 4	.00		.02*		.01	
Geschlecht		.07		.17*		-.09
Alter		-.01		.00		-.03
Gesamt R^2 ($R^2_{\text{korr.}}$)	.43** (.38**)		.53** (.49**)		.25** (.18**)	

Anmerkung. YSR = Youth Self-Report.** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabelle 11

Multiple hierarchische Regression für Risiken und Verhaltensprobleme bei Mädchen und Buben

Prädiktor	Mädchen (<i>n</i> = 68)					
	Gesamtauffälligkeit YSR		Internalisierende Symptome YSR		Externalisierende Symptome YSR	
	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β
	.31** (.25**)		.38** (.33**)		.11(.03)	
Emotionale Misshandlung		.44**		.48**		.23
Sexueller Missbrauch		.26*		.34**		.06
Körperliche Misshandlung		.02		-.01		.04
Emotionale Vernachlässigung		-.25		-.21		-.22
Körperliche Vernachlässigung		.11		.01		.21

Prädiktor	Buben (<i>n</i> = 109)					
	Gesamtauffälligkeit YSR		Internalisierende Symptome YSR		Externalisierende Symptome YSR	
	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β	$R^2(R^2_{\text{korr.}})$	β
	.30** (.28**)		.25** (.22**)		.23** (.20**)	
Emotionale Misshandlung		.65**		.53**		.60**
Sexueller Missbrauch		.09		.17		-.02
Körperliche Misshandlung		-.14		-.18		-.05
Emotionale Vernachlässigung		.01		.08		-.06
Körperliche Vernachlässigung		-.17		-.15		-.14

Anmerkung. YSR = Youth Self-Report.** $p < .01$, * $p < .05$.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Befinden von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer VE in Österreich zu untersuchen. Konkret wurde erhoben ob, und welche psychopathologischen Probleme sie zeigen, mit besonderem Augenmerk auf (K)PTBS-Symptome. Ebenfalls von Interesse war, inwiefern die erlebten TE bzw. diverse Subtypen von TE einen Beitrag dazu leisten, und welche Ressourcen die Kinder und Jugendlichen vor diesen Problemen schützen können.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In Hinblick auf psychopathologische Symptome wird von den Kindern und Jugendlichen signifikant häufiger von IS (31.7%) als von ES (18.3%) berichtet. Bei der Betrachtung von (K)PTBS-Symptomen lässt sich festhalten, dass 24.6% der Buben und 45.3% der Mädchen Hinweise auf eine PTBS zeigten, und hiervon 6.2% der Buben und 29.3% der Mädchen den Hinweis auf eine KPTBS. Hinsichtlich der KPTBS-Symptome war ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen, mit einer höheren Prävalenz für Mädchen.

Es gab dabei einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und IS (mittlerer Effekt), sowie ES (kleiner Effekt), und ebenso einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und (K)PTBS-Symptomen, mit mittleren Effekten für PTBS und KPTBS. Die Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen von IS und ES, und (K)PTBS-Symptomen wurden danach in stringenter Abfolge untersucht. Hier zeigten sich ebenfalls signifikant positive Zusammenhänge über alle Variablen, wobei das Ausmaß der Zusammenhänge zwischen IS und der (K)PTBS Diagnose mit großen Effekten höher lag, als die Zusammenhänge zwischen ES und (K)PTBS mit mittleren Effekten.

Bezüglich der Art des TE und der Ausprägung von (K)PTBS zeigten sich bei sexuellem Missbrauch und emotionalem Missbrauch große Unterschiede zwischen den Mittelwerten in (K)PTBS, und bei körperlichem Missbrauch ein mittlerer Unterschied. Bei emotionaler und körperlicher Vernachlässigung ließen sich keine signifikanten Unterschiede in (K)PTBS-Symptomen feststellen. Nach Bildung der Gruppen GTE und BTE, sowie einer Kombination aus beiden, konnten sowohl für PTBS (mittlerer Effekt), als auch für KPTBS (großer Effekt) signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen beobachtet werden. Im Detail zeigten sich für PTBS-Symptome signifikante Unterschiede zwischen BTE vs. GTE & BTE und eine Tendenz zwischen BTE vs. GTE. Hinsichtlich der KPTBS-Symptomatik ließ sich dasselbe Muster beobachten, mit signifikanten Unterschieden zwischen BTE vs. GTE &

BTE, und wiederum einer Tendenz zwischen BTE vs. GTE. Kinder und Jugendliche mit BTE zeigten also vergleichsweise niedrigere Ausprägungen, wohingegen das Erleben eines GTE mit höheren Ausprägungen in (K)PTBS assoziiert werden kann.

In Hinblick auf Risikofaktoren stellte sich emotionale Misshandlung als signifikanter Prädiktor für Gesamtauffälligkeit, IS und ES, und sexueller Missbrauch als Prädiktor für Gesamtauffälligkeit und IS heraus. Personale Ressourcen konnten das Ausmaß an Problemen über Gesamtauffälligkeit, IS und ES signifikant vorhersagen, wohingegen bei der Hinzunahme des Blocks soziale Ressourcen keine signifikante Änderung erklärter Varianz festzustellen war. Die einzelnen Ressourcen hatten dabei unterschiedliche und zum Teil konträre Anteile an Verhaltensproblemen. So zeigte sich Selbstwertschätzung als signifikanter Schutzfaktor für Gesamtauffälligkeit und IS, aber nicht für ES. Selbstkontrolle konnte für ES als signifikanter Schutzfaktor gefunden werden, war aber im Gegensatz dazu für IS zwar signifikant, kann aber aufgrund des positiven Zusammenhangs nicht als Schutzfaktor für IS interpretiert werden. Ähnliches ließ sich bei Selbstwirksamkeit und ES beobachten, nachdem sich auch hier ein positiver Zusammenhang zeigte, weshalb eine höhere Selbstwirksamkeit mit einem höheren Ausmaß an ES einherzugehen scheint. Schulische Integration stellte sich als signifikante Ressource für Gesamtauffälligkeit und ES heraus. Das Geschlecht lieferte einen signifikanten Beitrag zu IS, mit einem höheren Risiko für Mädchen, wohingegen sich das Alter als kein signifikanter Prädiktor für irgendein Kriterium zeigte.

Bei der Trennung nach Geschlecht bei Risiken und Verhaltensprobleme konnte bei den Mädchen ein signifikanter Varianzanteil bei Gesamtauffälligkeit und IS erklärt werden. Konkret stellten sich emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch als signifikante Prädiktoren heraus. Bei den Buben konnte über alle drei Outcomes ein signifikanter Varianzanteil erklärt werden. Im Vergleich zu den Mädchen war jedoch nur emotionale Misshandlung als Prädiktor signifikant.

Interpretation

Prävalenzen (K)PTBS, IS und ES. Im Gegensatz zu den gepoolten Ergebnissen von Bronsard et al. (2016), und konsistent zu den Befunden von Lehmann et al. (2013), ließen sich für Kinder und Jugendliche in VE in Österreich häufiger IS als ES beobachten, mit ähnlich hohen Prävalenzraten. Das häufigere Auftreten von IS in der vorliegenden Untersuchung könnte darauf zurückzuführen sein, dass IS und ES mittels Selbsteinschätzung erhoben wurden. Dabei wird angenommen, dass Kinder und Jugendliche häufiger von IS berichten, im Gegensatz zu Eltern und SozialpädagogInnen, welche häufiger von ES

berichten (Bronsard et al., 2016). Bedenkt man jedoch, dass in der Untersuchung von Lehmann et al. (2013) Fremdeinschätzungen verwendet wurden, erscheint diese Erklärung nicht suffizient. Kulturelle Unterschiede (Seiffge-Krenke et al., 2018) oder andere Unterbringungsformen könnten ebenfalls für unterschiedliche Ergebnisse mitverantwortlich sein.

Für PTBS-Symptome wurden in der vorliegenden Stichprobe vergleichsweise hohe Auftretshäufigkeiten gefunden (Barboza et al., 2017; Bronsard et al., 2016; Fischer et al., 2016), was darauf zurückzuführen ist, dass es sich bei dem ITQ um ein Screening-Instrument handelt. Der Fragebogen liefert dabei lediglich Hinweise auf das Vorliegen einer (K)PTBS. Zudem wiesen einzelne Skalen des ITQ nur mittlere bis niedrige interne Konsistenzen vor. Darüber hinaus ist in der Interpretation zu beachten, dass aufgrund fehlender Angaben eine relativ geringe Teilstichprobe (Buben: $n = 65$, Mädchen: $n = 53$) für die Darstellung herangezogen werden musste. Zuletzt könnten die Zahlen auch mit der neuen Diagnose der (K)PTBS in ICD-11 in Verbindung stehen, womit die Symptome eventuell besser erfassbar sind. Bedenkt man nämlich, dass beim Vorliegen des Hinweises auf eine KPTBS die Diagnose der PTBS nicht mehr zutreffend ist, unterscheiden sich die berichteten Prävalenzraten für PTBS nicht mehr so stark von den Ergebnissen aus der Literatur.

Mädchen zeigten dabei signifikant höhere Prävalenzen für KPTBS im Vergleich zu Buben. In Bezug auf die inkonsistenten Befunde zum Einfluss des Geschlechts stimmen die Ergebnisse mit anderen Studien überein, die ein weibliches Geschlecht als Risikofaktor für die Entwicklung einer KPTBS gefunden haben (Brewin et al., 2017). Als Erklärungsansatz für diese Tatsache wurde festgestellt, dass Mädchen häufiger interpersonellen TE ausgesetzt sind (Fischer et al., 2016), was sich auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigte.

Zusammenhänge Anzahl TE und IS/ES, sowie (K)PTBS. Für die Zusammenhänge zwischen der Anzahl TE und IS, sowie ES, wurden signifikant positive Zusammenhänge gefunden. Es scheint dabei ein höheres Ausmaß des Zusammenhangs der Anzahl TE und IS zu geben (mittlerer Effekt), im Vergleich zur Anzahl TE und ES (kleiner Effekt). Die Ergebnisse lassen sich in vielfach vorhandene Literatur einordnen, welche konsistent vom Zusammenhang zwischen dem Erleben von TE und Emotions- und Verhaltensschwierigkeiten berichten (Fischer et al., 2016; Greeson, 2011.; O'Connor & Rutter, 2000.; Pérez et al., 2011), wobei in der Literatur ebenfalls größere Zusammenhänge zwischen multiplen TE und IS zu finden sind (Fischer et al., 2016). Für die Zusammenhänge zwischen der Anzahl TE und (K)PTBS wurden signifikant positive mittlere Zusammenhänge sowohl für PTBS, als auch

für KPTBS festgestellt. Das Ergebnis steht im Gegensatz zu vorliegenden Befunden, welche keine Zusammenhänge zwischen kumulativen IPT und PTBS feststellen konnten (Fischer et al., 2016). Darüber hinaus lässt sich die Annahme, dass ein kumulatives Kindheitstrauma das Risiko für KPTBS im Vergleich zu PTBS erhöht (Brewin et al., 2017), durch die Ergebnisse nicht bestätigen.

Über die formulierten Hypothesen hinaus, wurde der Zusammenhang zwischen der Anzahl TE und dem Ausmaß an Bagatellisierung untersucht, wobei sich ein signifikant positiver mittlerer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen feststellen ließ: Je mehr TE berichtet werden, desto mehr tendieren die Kinder und Jugendlichen dazu, diese zu bagatellisieren. Das Ergebnis ist vor allem deshalb interessant, weil die Bagatellisierungsskala entwickelt wurde, um eine Unterschätzung in den Angaben zu erfassen (Bernstein et al., 2003). Diese Tatsache wäre durch mögliche Loyalitätskonflikte beim Berichten der TE erklärbar, wobei sich hierfür in der Literatur keine Untersuchungen finden lassen.

Zusammenhänge IS/ES und (K)PTBS. Hinsichtlich der vorliegend untersuchten Zusammenhänge zwischen IS, sowie ES und (K)PTBS, konnten die Belege für die Zusammenhänge zwischen PTS und IS/ES (Barboza et al., 2017; Rayburn et al., 2016; Yoon, 2017) gestärkt werden. So wurden signifikant positive Zusammenhänge gefunden, mit großen Effekten für IS und (K)PTBS, und mittleren Effekten für ES und (K)PTBS. Aus den Ergebnissen lässt sich die Annahme treffen, dass das Ausmaß der Zusammenhänge zwischen IS und (K)PTBS höher liegt, als zwischen ES und (K)PTBS. Die Befunde sind kohärent zu den Hypothesen 2.1 und 2.2, wo sich das Ausmaß der Zusammenhänge zwischen der Anzahl TE und IS ebenfalls höher zeigte, als für die Anzahl TE und ES.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass das Erleben von kumulativen TE eher zu IS führt, wobei IS mit der (K)PTBS in stärkerem Zusammenhang stehen als ES. In Hinblick auf die Überschneidungen zwischen Symptomen für PTBS mit Depression und Angststörung, ordnen sich die Befunde in bereits vorhandene Ergebnisse ein. Ob nun diagnostische Komorbiditäten zwischen (K)PTBS, Depression und Angst durch die Neuerungen in ICD-11 verringert werden (Brewin et al., 2017), lässt sich durch die vorliegenden Ergebnisse nicht feststellen.

Unterschiede in (K)PTBS-Symptomen in Abhängigkeit von TE. Im Ausmaß von (K)PTBS-Symptomen zeigte sich in der vorliegenden Arbeit ein signifikanter Unterschied zwischen dem Vorhandensein verschiedener Formen TE, mit großen Effekten für sexuellen Missbrauch und emotionale Misshandlung, und einem mittleren Effekt für körperlichen

Missbrauch. Für emotionale und körperliche Vernachlässigung konnten hierfür keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Das Ergebnis erweitert somit nicht die berichteten Zusammenhänge zwischen Vernachlässigungsformen und Emotions- und Verhaltensproblemen (O'Connor & Rutter, 2000).

Sexueller Missbrauch und emotionale Misshandlung scheinen demnach in Bezug auf (K)PTBS besonders gravierende Probleme nach sich zu ziehen, wobei körperliche Misshandlung ebenfalls Anteil an der Problematik trägt. Emotionale Vernachlässigung nimmt keinen Einfluss, ebenso wie körperliche Vernachlässigung, wobei für diese Skala anzumerken ist, dass sie ein besonders niedriges Cronbach α aufwies und entsprechend kritisch zu betrachten ist. Die Annahme, dass die Kombination beider Formen TE (GTE & BTE) einen multiplikativen Effekt auf die komplexe Symptompräsentation hat (Kisiel et al., 2014), konnte in der vorliegenden Arbeit nur teilweise bestätigt werden, mit signifikanten Unterschieden zwischen BTE vs. GTE & BTE. Die Frage nach Unterschieden zwischen den Gruppen wurde um das Ergebnis erweitert, dass sich ein Trend für GTE vs. BTE beobachten ließ, mit höheren Mittelwerten in (K)PTBS für die Gruppe GTE. Hier ist wiederum die niedrige interne Konsistenz für eine Skala von BTE (körperliche Vernachlässigung) zu beachten. Der Trend für GTE vs. BTE lässt sich außerdem darauf zurückführen, dass die Gruppe GTE wenige ProbandInnen beinhaltete ($n = 8$), weshalb die Ergebnisse möglicherweise knapp nicht signifikant wurden.

Risiken und Schutzfaktoren. In Bezug auf Schutzfaktoren wurde in der vorliegenden Arbeit die Schlussfolgerung, dass bei Erlebnissen von Misshandlung eher personale Ressourcen, und vor allem ein positiver Selbstwert zum Tragen kommen, bestätigt (Cicchetti & Rogosch, 1997). Der Block personale Ressourcen erklärte über alle Kriterien signifikant eine Zunahme an erklärtem Varianzanteil, im Gegensatz zum Block soziale Ressourcen, wo kein signifikanter Zuwachs festgestellt werden konnte. Ähnlich der Untersuchung von Segura et al. (2017) wurden unterschiedlich relevante Ressourcen für IS und ES gefunden: Selbstwertschätzung stellte sich als potenter Schutzfaktor für Gesamtauffälligkeit und IS heraus, wohingegen sich für ES Selbstkontrolle als Schutzfaktor zeigte.

Im Unterschied dazu konnte Selbstkontrolle IS zwar ebenfalls signifikant vorhersagen, wies dabei aber einen positiven Zusammenhang auf. Das bedeutet, dass mehr Selbstkontrolle mit mehr IS in Verbindung steht und deshalb nicht als Schutz-, sondern eher als Risikofaktor für IS gesehen werden kann. Dasselbe Ergebnis ließ sich für Selbstwirksamkeit und ES feststellen. Auch hier zeigte sich ein signifikant positiver

Zusammenhang, weshalb mehr Selbstwirksamkeit mit mehr ES assoziiert ist und entsprechend ebenfalls eher als Risikofaktor in Bezug auf ES interpretiert werden muss.

Obwohl der Block soziale Ressourcen keinen signifikanten Zuwachs erklärter Varianz bewirkte, zeigte sich die Ressource schulische Integration als signifikanter Schutzfaktor für Gesamtauffälligkeit und ES, was in Einklang mit anderen Ergebnissen steht (Feldman et al., 2004; Segura et al., 2017). In Differenzierung zur Untersuchung von Feldman et al. (2004) zeigte sich schulische Integration hier jedoch nicht als Schutzfaktor für affektive Störungen, sondern als Schutzfaktor für Gesamtauffälligkeit und ES.

In der vorliegenden Arbeit konnten demnach auch signifikante Schutzfaktoren gefunden werden, was sich in einer anderen Untersuchung bei Kindern im KWS nicht zeigte (Shpiegel, 2016). Das Ergebnis bekräftigt die Schlussfolgerung der Autorin, dass andere Schutzfaktoren als die ihrerseits untersuchten, wichtig sein könnten.

Bezogen auf Risikofaktoren wurden die übereinstimmenden Befunde für Gewalt und Misshandlung (Cicchetti & Rogosch, 1997; Lehmann et al., 2013; Shpiegel, 2016; Villodas et al., 2016) bestätigt, wobei sich vor allem emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch als gravierende Risikofaktoren zeigten. Die Facetten körperliche Misshandlung, sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung zeigten im Regressionsmodell keine signifikanten Beiträge zum Ausmaß von Verhaltensproblemen. Hier unterscheiden sich die Feststellungen von bereits vorhandenen Ergebnissen, wo ebendiese Facetten als signifikante Risikofaktoren gefunden wurden (Lehmann et al., 2013). Die Ergebnisse können außerdem zu den Befunden aus Fragestellung 4 in Bezug gesetzt werden, wo sich in Hinblick auf das Ausmaß einer (K)PTBS, mit Ausnahme von körperlicher Misshandlung, die gleichen Formen TE als negative Einflüsse herausstellten.

Für Geschlecht und Alter konnten die Ergebnisse, dass ältere Kinder und Mädchen positivere Anpassung zeigten (Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015) nicht bestätigt werden. Es fand sich kein Effekt für Alter, aber ein Effekt für weibliches Geschlecht als Risikofaktor für IS, was ebenfalls im Gegensatz zu dem von Shpiegel (2016) berichteten Trend steht.

Der Zusammenhang von weiblichem Geschlecht und IS lässt sich durch das häufigere Erleben von sexuellem Missbrauch bei Mädchen erklären. So zeigte sich in den Regressionsmodellen zu Risiken und Verhaltensproblemen nach Geschlecht, dass die Prädiktoren emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch Gesamtauffälligkeit und IS bei Mädchen signifikant vorhersagen konnten. Demgegenüber zeigte sich bei den Buben einzig der Prädiktor emotionale Misshandlung signifikant, jedoch über alle drei Outcomes.

Die Modelle beschreiben zudem die häufig vorliegenden Schwierigkeiten bei Mädchen und Buben. So scheinen Mädchen nach dem Erleben TE vor allem von IS betroffen zu sein, wohingegen Buben aufgrund der TE in ähnlichem Ausmaß IS und ES zeigen. Demnach könnten die signifikanten Ressourcen zum Teil auch dem Geschlecht zugeordnet werden.

Conclusio

IS werden von Kindern und Jugendlichen häufiger berichtet als ES, und Mädchen scheinen für die Entwicklung einer KPTBS vulnerabler zu sein als Jungen, wobei beide Geschlechter relativ hohe Prävalenzen für den Hinweis auf eine (K)PTBS zeigen. Rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen berichtet dabei von TE, wobei Mädchen häufiger davon betroffen zu sein scheinen. Diese Erlebnisse weisen ein größeres Ausmaß des Zusammenhangs mit IS im Vergleich zu ES auf. Konsistent dazu zeigen sich größere Zusammenhänge zwischen (K)PTBS und IS als zwischen (K)PTBS und ES.

Verschiedene Formen TE haben unterschiedliche Anteile an (K)PTBS-Symptomen. Vor allem bei sexuellem Missbrauch, emotionaler Misshandlung und körperlichem Missbrauch ist von besonders gravierenden Folgen auszugehen.

Mädchen berichten von einer größeren Anzahl TE und diese stehen stärker in Zusammenhang mit IS. Durch die höheren Zusammenhänge von IS und (K)PTBS, lassen sich auch die höheren Prävalenzen für (K)PTBS bei Mädchen erklären. Hier scheint vor allem der Einfluss von sexuellem Missbrauch relevant. Dieser zeigt sich sowohl hinsichtlich der (K)PTBS, als auch in Zusammenhang mit IS im Regressionsmodell bei Mädchen.

Emotionale Misshandlung stellt sich in den Regressionen sowohl bei den Buben, als auch bei den Mädchen als tiefgreifender Einflussfaktor heraus. Das lässt sich bei (K)PTBS und bei IS beobachten. Bei den Buben zeigte sich emotionale Misshandlung auch als Prädiktor für ES. Bei den Mädchen stellte sich keine Art von TE als Prädiktor für ES heraus. Die Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass Mädchen eher von IS betroffen sind, wohingegen Buben sowohl IS als auch ES aufweisen.

Es konnten signifikante Schutzfaktoren gefunden werden, wobei unterschiedliche Ressourcen diverse Anteile an IS und ES haben und nicht alle Ressourcen zu einer positiven Anpassung beitragen. Ein genereller Schutzfaktor für IS und ES konnte dabei nicht gefunden werden.

In Bezug auf die Alltagspraxis sprechen die Befunde dafür, dass ein Trauma-sensitiver Umgang mit Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischer Vollerziehung notwendig ist. Dabei sollen die SozialpädagogInnen für häufig auftretende Probleme sensibilisiert sein. Vor

allem bei IS ist eine gezielte Aufmerksamkeit notwendig, nachdem ES häufig stärker im Fokus stehen. Dabei lassen sich, je nach vorwiegender Problematik, spezifische Ressourcen fördern, um einen positiven Einfluss auf die Anpassung der Kinder und Jugendlichen zu nehmen.

Limitationen und Ausblick

Bei der Stichprobenziehung kann es durch subjektive Selektion zu einer potenziellen Verzerrung der Stichprobe gekommen sein, da die Kinder und Jugendlichen von SozialpädagogInnen nach ihren Fähigkeiten ausgewählt wurden. Möglicherweise wurden deshalb eher Kinder und Jugendliche rekrutiert, die weniger Auffälligkeiten zeigten.

IS und ES wurden in der vorliegenden Arbeit mittels Selbsteinschätzung erhoben, wobei die zusätzliche Einschätzung der SozialpädagogInnen ein systemischeres Bild der Zusammenhänge liefern würde.

Bei (K)PTBS-Symptomen wurde lediglich eine Vorstufe der Symptomatik erhoben. Für zukünftige Forschung wird daher die Überprüfung des tatsächlichen Vorliegens der Diagnosen empfohlen. Ebenfalls von Forschungsinteresse wäre hierbei die genauere Überprüfung von diagnostischen Komorbiditäten bei (K)PTBS, IS und ES im Vergleich zu älteren Diagnosemanualen in einer ähnlichen Stichprobe.

Hinsichtlich des Einflusses von TE wird die Erfassung des Alters zum Zeitpunkt des Erlebens empfohlen. Damit könnte überprüft werden, ob es besonders vulnerable Zeitfenster gibt – Stichwort sensible Phasen. Vorhandene Befunde weisen dabei darauf hin, dass ein jüngeres Alter der Betroffenen und eine längere Dauer des TE noch gravierendere Beeinträchtigungen nach sich ziehen (van der Kolk et al., 2005).

In Bezug auf Resilienz wurden in der vorliegenden Studie statistische Haupteffekte untersucht, nachdem angenommen wird, dass diese häufiger auftreten als Interaktionseffekte (Feldman et al., 2004). Zudem können Interaktionseffekte mehr Verwirrung erzeugen und Haupteffekte überlagern (Luthar, 2015). Für zukünftige Forschung wird es jedoch von Interesse sein, beiderlei Effekte zu untersuchen.

Risikofaktoren inkludierten lediglich Formen von Missbrauch und Vernachlässigung, nachdem der ACE nicht verwendet werden konnte. Hier wären die Dimensionen psychische Erkrankung eines Elternteils, elterlicher Substanzmissbrauch, Gewalt in der Familie, Gefängnisaufenthalt eines Elternteils und Trennung von einem Elternteil, sowie mehrfache Einrichtungswechsel von starkem Interesse gewesen, da sich in der Literatur viele Befunde dafür finden lassen (Dubowitz et al., 2016; Luthar, 2015; Masten, 2011; Shpiegel, 2016). Die

Verwendung multipler Risikofaktoren spiegelt dabei wegen ihres gemeinsamen Auftretens die Realität eventuell besser wieder (Luthar, 2015).

Mit Blick auf Schutzfaktoren wird für zukünftige Studien empfohlen, zusätzliche Facetten wie zum Beispiel selbstregulative Fähigkeiten oder Intelligenz (Luthar, 2015), zu inkludieren.

Aufgrund des Querschnittsdesigns waren keine Ergebnisse zu Symptomverläufen möglich. Ein Längsschnittdesign wäre der vorliegenden Studie in Bezug auf den Erkenntnisgewinn überlegen. Das gilt aber nicht nur für den Verlauf von psychopathologischen Symptomen, sondern auch für die Veränderung relevanter Schutzfaktoren über die Zeitspanne. Das ist deshalb von Interesse, weil eine positive Anpassung mit dem effektiven Meistern von Entwicklungsaufgaben in Zusammenhang steht und ein dynamischer Prozess ist (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten & Powell, 2003). Darüber hinaus könnte zudem die Prävalenz von Resilienz in einer Stichprobe von österreichischen Kindern und Jugendlichen im KWS von Forschungsinteresse sein. Der stärkere Fokus auf einen ressourcenorientierten Ansatz wird grundsätzlich zukünftig empfohlen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (2001). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach [CBCL]*. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Appleyard, K., Yang, C., & Runyan, D. K. (2010). Delineating the maladaptive pathways of child maltreatment: A mediated moderation analysis of the roles of self-perception and social support. *Development and Psychopathology*, *22*(02), 337–352.
doi:10.1017/S095457941000009X
- Barboza, G. E., Dominguez, S., & Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 370–382.
doi:10.1016/j.chiabu.2017.09.007
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport questionnaire and manual [CTQ]*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). Die drei Testgütekriterien. In *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, (S. 195–202). Berlin Heidelberg: Springer.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, *58*, 1–15.
doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001

- Briere, J., Runtz, M., Eadie, E., Bigras, N., & Godbout, N. (2017). Disengaged parenting: Structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child Abuse & Neglect, 67*, 260–270.
doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.036
- Briggs, E. C., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN core data set. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 5*(1), 1–15. doi:10.1080/19361521.2012.646413
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine, 95*(7), 1–17.
doi:10.1097/MD.0000000000002622
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology, 15*(01), 139–162. doi:10.1017/S0954579403000087
- Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (B-KJHG), BGBl. I 69/2013 § 1 et seq. (2013).
- Bundeskanzleramt (2018). *Kinder- und Jugendhilfestatistik 2017*. Verfügbar unter:
<https://www.frauen-familien-jugend.bka.gv.at/familie/kinder-jugendhilfe/statistik.html>
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(8), 960–970.
doi:10.1097/01.chi.0000127590.95585.65
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*(04), 797–815.
doi:10.1017/S0954579497001442
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*, 536–546. (Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, & Maercker, 2015/2018). doi:10.1111/acps.12956
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., &

- Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399–408. doi:10.1002/jts.20444
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(5), 577–589. doi:10.1007/s11469-011-9323-8
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187–200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Davidson-Arad, B., & Navaro-Bitton, I. (2015). Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review, 59*, 63–70. doi:10.1016/j.childyouth.2015.09.023
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen C. (2014). Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Göttingen: Hogrefe.
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., ... Magder, L. (2016). Adversity, maltreatment, and resilience in young children. *Academic Pediatrics, 16*(3), 233–239. doi:10.1016/j.acap.2015.12.005
- Feldman, B. J., Conger, R. D., & Burzette, R. G. (2004). Traumatic events, psychiatric disorders, and pathways of risk and resilience during the transition to adulthood. *Research in Human Development, 1*(4), 259–290. doi:10.1207/s15427617rhd0104_3
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications Ltd.
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review, 67*, 203–211. doi:10.1016/j.childyouth.2016.06.013
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake III, G. S., Ko, S. J., ... Gerrity, E. T. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare, 90*(6), 91–108.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: Results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2011.0287

- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 313–322. doi:10.1111/acps.12771
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS statistics for mac, version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jaffee, S. R., & Gallop, R. (2007). Social, emotional, and academic competence among children who have had contact with child protective services: Prevalence and stability estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(6), 757–765. doi:10.1097/chi.0b013e318040b247
- Jonsson, P. V. (2009). Complex trauma, impact on development and possible solutions on an adolescent intensive care unit. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *14*(3), 437–454. doi:10.1177/1359104509104051
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother–child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(4), 341–354. doi:10.1023/B:JACP.0000030289.17006.5a
- Kimhi, S., & Eshel, Y. (2015). The missing link in resilience research. *Psychological Inquiry*, *26*(2), 181–186. doi:10.1080/1047840X.2014.1002378
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, *29*(1), 1–14. doi:10.1007/s10896-013-9559-0
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des *t*-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, *60*(1), 26–27. doi:10.1026/0033-3042.60.1.26
- Lee, T. Y., Cheung, C. K., & Kwong, W. M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, *2012*, 1–9. doi:10.1100/2012/390450
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(39), 1–12. doi:10.1186/1753-2000-7-39
- Lohaus, A., & Nussbeck, F. W. (2016). *Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter [FRKJ 6-18]*. Göttingen: Hogrefe.

- Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (S. 739–795). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, *13*, 159–782.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, *19*(03), 921–930. doi:10.1017/S0954579407000442
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, *23*(02), 493–506. doi:10.1017/S0954579411000198
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities* (S. 1–26). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). Qualitätsanforderungen an einen guten psychologischen Test (Testgütekriterien). In *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 8–25). Berlin Heidelberg: Springer.
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(6), 703–712. doi:10.1097/00004583-2000060000-00008
- Pérez, T., Di Gallo, A., Schmeck, K., & Schmid, M. (2011). Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. *Kindheit und Entwicklung*, *20*(2), 72–82. doi:10.1026/0942-5403/a000043
- Petrowski, N., Cappa, C., & Gross, P. (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 388–398. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.026
- Rayburn, A. D., McWey, L. M., & Cui, M. (2016). The interrelationships between trauma and

- internalizing symptom trajectories among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 61, 332–336. doi:10.1016/j.chilyouth.2016.01.006
- Robinson, L. R., Morris, A. S., Heller, S. S., Scheeringa, M. S., Boris, N. W., & Smyke, A. T. (2009). Relations between emotion regulation, parenting, and psychopathology in young maltreated children in out of home care. *Journal of Child and Family Studies*, 18(4), 421–434. doi:10.1007/s10826-008-9246-6
- Schäfer, I., Wingenfeld, K., & Spitzer, C. (2014). ACE-D. Deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire. In D., Richter, E., Brähler, B., Strauß (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft* (S. 11–15). Göttingen, Hogrefe.
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Hamby, S. (2017). Resilience and psychopathology among victimized youth in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 72, 301–311. doi:10.1016/j.chiabu.2017.08.019
- Seiffge-Krenke, I., Persike, M., Besevegis, E., Chau, C., Karaman, N. G., Lannegrand-Willems, L., ... Rohail, I. (2018). Culture beats gender? The importance of controlling for identity- and parenting-related risk factors in adolescent psychopathology. *Journal of Adolescence*, 63, 194–208. doi:10.1016/j.adolescence.2017.12.011
- Shpiegel, S. (2016). Resilience among older adolescents in foster care: The impact of risk and protective factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(1), 6–22. doi:10.1007/s11469-015-9573-y
- Tabone, J. K., Guterman, N. B., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., Isbell, P., English, D. J., ... Thompson, R. (2011). Developmental trajectories of behavior problems among children who have experienced maltreatment: Heterogeneity during early childhood and ecological predictors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 19(4), 204–216. doi:10.1177/1063426610383861
- Tarren-Sweeney, M. (2013). An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(6), 727–741. doi:10.1007/s10578-013-0366-x
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. doi:10.1002/jts.20047
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 114–122. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.015

- Villodas, M. T., Cromer, K. D., Moses, J. O., Litrownik, A. J., Newton, R. R., & Davis, I. P. (2016). Unstable child welfare permanent placements and early adolescent physical and mental health: The roles of adverse childhood experiences and post-traumatic stress. *Child Abuse & Neglect*, 62, 76–88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.10.014
- Weltgesundheitsorganisation (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- World Health Organization (2018). *ICD-11. International Classification of Diseases, 11th revision*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int>
- Yoon, S. (2017). Child maltreatment characteristics as predictors of heterogeneity in internalizing symptom trajectories among children in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, 72, 247–257. doi:10.1016/j.chiabu.2017.08.022

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Kennwerte ($M \pm 1$ SD) der (K)PTBS in Abhängigkeit der (kombinierten) TE . 38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Interne Konsistenzen gemäß Cronbach α für die verwendeten Verfahren mit Median der korrigierten Trennschärfe</i>	27
Tabelle 2: <i>Anteilswerte für die Anzahl TE nach CTQ und ACE</i>	29
Tabelle 3: <i>Anteilswerte für die Anzahl TE nach CTQ und ACE nach Geschlecht</i>	29
Tabelle 4: <i>Anteilswerte von verschiedenen Arten TE, Mehrfachnennungen möglich</i>	30
Tabelle 5: <i>Effektstärken nach Cohen (1988)</i>	30
Tabelle 6: <i>Prävalenzen (K)PTBS Buben und Mädchen, IS und ES gesamt</i>	33
Tabelle 7: <i>Interkorrelationsmatrix für die Anzahl TE und Summenscores für IS und ES</i>	34
Tabelle 8: <i>Kennwerte der (K)PTBS im ITQ in Abhängigkeit des Vorhandenseins TE</i>	36
Tabelle 9: <i>Kennwerte der (K)PTBS im ITQ in Abhängigkeit der (kombinierten) TE</i>	37
Tabelle 10: <i>Multiple hierarchische Regression für Risiken, Schutzfaktoren und Verhaltensprobleme</i>	41
Tabelle 11: <i>Multiple hierarchische Regression für Risiken und Verhaltensprobleme bei Mädchen und Buben</i>	42

Abkürzungsverzeichnis

ACE	Adverse Childhood Experiences Questionnaire
ADHS	Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung
BTE	Bindungsbasiertes traumatisches Ereignis
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSO	Disturbances of Self-Organization
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Fourth Edition
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Fifth Edition
ES	Externalisierende Symptome
FRKJ	Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter
GTE	Gewaltsames traumatisches Ereignis
ICD-10	International Classification of Diseases 10 th Revision
ICD-11	International Classification of Diseases 11 th Revision
IPT	Interpersonelles Trauma
IS	Internalisierende Symptome
ITQ	International Trauma Questionnaire
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
KWS	Kindeswohlfahrtssystem
NÖ	Niederösterreich
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTS	Posttraumatischer Stress
SBZ	Sozialpädagogisches Betreuungszentrum
TE	Traumatisches Ereignis
UdE	Unterstützung der Erziehung
VE	Volle Erziehung
YSR	Youth Self-Report

Abstract (Deutsch)

Kinder und Jugendliche in sozialpädagogischer Vollerziehung sind häufig traumatischen Erfahrungen ausgesetzt, die zu klinisch auffälligen Emotions- und Verhaltensschwierigkeiten führen können. Trotzdem zeigen einige der Kinder und Jugendlichen eine angemessene funktionale Anpassung, was sich auf protektive Faktoren zurückführen lässt. Das Ziel dieser Arbeit ist es, in einem Querschnittsdesign traumatische Ereignisse in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen und einem Fokus auf (K)PTBS zu untersuchen, und potenzielle Schutzfaktoren abzubilden. Die Stichprobe enthält 194 Kinder und Jugendliche aus sechs verschiedenen Betreuungszentren zwischen 10 und 18 Jahren. Zur Messung der Konstrukte wurden der „Youth Self-Report“ (YSR) für internalisierende und externalisierende Symptome, und der „International Trauma Questionnaire“ (ITQ) für (K)PTBS-Symptome verwendet. Traumatische Ereignisse wurden mit dem „Childhood Trauma Questionnaire“ abgebildet, und potenzielle Schutzfaktoren mit dem „Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter“ (FRKJ 8-16) erhoben. Internalisierende Symptome zeigen sich häufiger als externalisierende Symptome und Mädchen scheinen für die Entwicklung einer (K)PTBS besonders vulnerabel zu sein. Die Anzahl traumatischer Ereignisse steht in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen, wobei die verschiedenen Formen von Erlebnissen unterschiedliche Beiträge an (K)PTBS-Symptomen haben. Es zeigen sich Schutzfaktoren gegen Emotions- und Verhaltensschwierigkeiten, die in ihren Anteilen unterschiedlich relevant für die jeweiligen Probleme sind. Limitationen ergeben sich dabei aus der selektiven Stichprobenziehung und dem Querschnittsdesign, sowie der Verwendung von Selbsteinschätzungen, welche lediglich die Betrachtung aus einer Perspektive zulassen. Weitere Forschung hinsichtlich einer systemischeren Erhebung der Schwierigkeiten, sowie einer umfassenderen Konzeption von Risiken und Schutzfaktoren wird empfohlen.

Schlagwörter: Kindheitstrauma, (K)PTBS, Psychopathologie, Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Resilienz

Abstract (English)

Children and youth in residential care more often experience traumatic events that can lead to major emotional and behavioral problems. Despite this fact, some show adequate functional adaptation. The present study aims to assess the prevalence of mental health conditions of children and youth in Austrian residential care facilities. The associations between traumatic events and psychopathological symptoms, especially (C)PTSD are investigated and potentially protective factors shown. The sample includes 194 children and youth from six residential care facilities aged between 10 and 18 years. For elicitation of data, the “Youth Self-Report” (YSR), the “International Trauma Questionnaire” (ITQ), the “Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) and the “Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter” (FRKJ 8-16) were used. Internalizing symptoms occur more frequently than externalizing symptoms, and girls show higher vulnerability to experiencing (C)PTSD symptoms. The number of traumatic events is related to psychopathological symptoms, with different types of traumatic events having different impacts on (C)PTSD. Protective factors for emotional and behavioral problems can be found, whereas they have more or less relevancy for different kinds of problems. The selective sampling procedure and the cross-sectional design limit the scope of the results. The usage of self-reports causes further limitation as they offer only one perspective. Additional research regarding a more systematic approach on psychopathology and a more comprising conception of risk and protective factors is recommended.

Keywords: childhood trauma, (C)PTSD, psychopathology, risk factors, protective factors, resilience

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst habe. Alle Inhalte, die direkt oder indirekt aus fremden Quellen entnommen wurden, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet worden.

Ich habe in keiner Weise versucht, die Ergebnisse im Rahmen der empirischen Erhebung oder an anderer Stelle zu beeinflussen. Die statistischen Analysen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt und die zugrundeliegenden Daten in keiner Weise verändert, erweitert oder verkürzt. Gegebenenfalls an den Originaldaten vorgenommene Modifikationen (Transformationen, Datenbereinigung) habe ich ausnahmslos und in nachvollziehbarer Weise benannt und begründet.

Wien, am

