



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Eine Frage des Blickwinkels: Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung
von traumatischen Ereignissen und ICD-11 (Komplexer) Posttraumatischer
Belastungsstörung bei Kindern

verfasst von | submitted by

Hannah Stechel BSc

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

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster Privatdoz.

Inhaltsverzeichnis

Eine Frage des Blickwinkels: Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung von traumatischen Ereignissen und ICD-11 (Komplexer) Posttraumatischer

Belastungsstörung bei Kindern.....	4
Trauma	5
Komplexe PTBS (KPTBS) und PTBS in der ICD-11.....	6
Auftreten der (K)PTBS bei Kindern.....	7
Selbst- und Fremdbeurteilung kindlicher Psychopathologie	8
Beurteilungsdiskrepanzen bei traumatischen Erlebnissen und PTBS	9
Erklärungen und Einflussfaktoren der Diskrepanzen	10
Charakteristiken der Kinder.	11
Charakteristiken der Bezugspersonen.	12
Auswirkungen der Diskrepanzen.....	13
Ableitung der Fragestellungen	14
Ableitung der Hypothesen.....	15
Methoden.....	18
Untersuchungsdesign	18
Stichprobenbeschreibung	18
Messinstrumente.....	21
Traumatische Ereignisse.....	21
PTBS und KPTBS-Symptome.....	22
Vorgehen	23
Analyse.....	23
Deskriptive Daten.	24
Inferenzstatistik.	25
Ergebnisse	27
Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdberichten von Traumaerfahrungen.....	27
Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdberichten von PTBS und DSO	28
Einflussfaktoren.....	31

Diskussion	33
Trauma	33
PTBS und KPTBS	35
Einflussfaktoren.....	38
Limitationen	41
Implikationen	42
Implikationen für die Behandlung.....	44
Implikationen für die Forschung	45
Zusammenfassung.....	45
Literaturverzeichnis.....	47
Abbildungsverzeichnis.....	58
Tabellenverzeichnis.....	58
Abkürzungsverzeichnis.....	59
Anhang A	60
Abstract (Deutsch).....	60
Abstract (English)	61

Eine Frage des Blickwinkels: Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung von traumatischen Ereignissen und ICD-11 (Komplexer) Posttraumatischer Belastungsstörung bei Kindern

Traumatische Erfahrungen, welche schreckliche oder bedrohliche Ereignisse umfassen, sind im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet und können tiefgreifende und langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Cloitre et al., 2009; Connell et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2015). Um diese Erfahrungen und deren Auswirkungen möglichst früh zu identifizieren, wird in der Diagnostik von Kindern empfohlen mehrere Beurteiler*innen einzubeziehen (Grant et al., 2020; Humphreys et al., 2017; Schäfer et al., 2019). In dieser Arbeit wird der Begriff Kinder für Personen unter 18 Jahren verwendet. Eine häufige Herausforderung im diagnostischen Kontext sind Diskrepanzen in der Wahrnehmung und Beurteilung von traumatischen Ereignissen und deren Folgen, insbesondere zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen (Oransky et al., 2013; Skar et al., 2021; Stover et al., 2010; Wamser, 2023; Wamser-Nanney & Campbell, 2021). Diese Diskrepanzen können die Identifikation und Behandlung von Traumafolgestörungen wie der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) erheblich beeinflussen (Fitzpatrick et al., 2023; Goodman et al., 2010; Guion et al., 2009; Skar et al., 2021).

Die bisherigen Studien (Oransky et al., 2013; Skar et al., 2021; Stover et al., 2010; Wamser-Nanney & Campbell, 2021; Wamser, 2023) zu Beurteilungsunterschieden von PTBS basierten weitgehend auf den Kriterien der vierten und fünften Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994; DSM-5; APA, 2013). Angesichts der Einführung der neuen Diagnosen PTBS und *komplexe PTBS* (KPTBS) in der 11. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11; World Health Organization [WHO], 2019), ergibt sich die Notwendigkeit, Beurteilungsdiskrepanzen und die damit verbundenen Einflussfaktoren genauer zu untersuchen. Ein tiefgreifendes Verständnis der Beurteilungsunterschiede soll dazu beitragen, die Diagnosegenauigkeit zu verbessern und therapeutische Maßnahmen besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen. In der vorliegenden Masterarbeit wurden daher die Bewertungsdiskrepanzen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen hinsichtlich *potenziell traumatischer Ereignisse* (PTEs) und (K)PTBS-Symptomen analysiert. Dabei wurde ein quantitativer Ansatz mit parallelisierten Fragebögen in einer klinischen Stichprobe verwendet.

Trauma

In der neuen ICD-11 (WHO, 2019) wird *Trauma* als Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen von bedrohlicher oder entsetzlicher Natur definiert. Hierzu zählen sich wiederholende und langanhaltende, schreckliche und bedrohliche Situationen, aus denen Betroffene nicht oder nur schwer entkommen können. Beispiele hierfür sind sexueller Missbrauch, Folter, Genozid und häusliche Gewalt. Im Vergleich zu der ICD-10 umfasst das traumatische Ereignis in der ICD-11 nicht mehr das Auslösen von tiefgreifender Verzweiflung bei nahezu jeder*jedem (Dreßing & Foerster, 2021), was der subjektiven Komponente des Trauma-Erlebens Rechnung trägt (Schäfer et al., 2019). Außerdem ist Trauma als „Form einer Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod“ (Dreßing & Foerster, 2021, S. 48) nicht mehr so explizit Teil der Definition, wie es im DSM-5 der Fall ist.

Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu einer Traumafolgestörung (Schäfer et al., 2019), weswegen sich die Bezeichnung PTE etabliert hat (Connell et al., 2018; McLaughlin et al., 2013; Oransky et al., 2013; Skar et al., 2021). Traumatische Erfahrungen lassen sich in *Typ-I Traumata*, welche kurze, einmalige und unerwartete Erlebnisse wie Unfälle oder Naturkatastrophen umfassen, sowie in *Typ-II Traumata* einteilen (Stefanovic et al., 2022). Letztere schließen langanhaltende oder auch wiederholte Erfahrungen wie beispielsweise sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder Folter ein (Stefanovic et al., 2022; Schäfer et al., 2019). Die Prävalenzen für traumatische Erlebnisse in der Kindheit (die unter anderem durch Kriege und Umweltkatastrophen beeinflusst werden) erweisen sich insgesamt als hoch (Schäfer et al., 2019). Laut Skar et al. (2019) gaben 79.1% der befragten Kinder bei einem Routine-Traumascreeing in einer klinischen Studie an, mindestens ein PTE erlebt zu haben. Im Durchschnitt waren es 3.34 Ereignisse pro Person. Wie bei Skar und Kolleg*innen (2021) beschrieben, können PTEs außerdem in verschiedene thematische Kategorien eingeteilt werden. Zu den Kategorien gehören Krankheiten und Unfälle, welche eine Prävalenz von 55.1% aufwiesen, sowie Gewalt im sozialen Umfeld mit 42.6%, Gewalt im familiären Kontext mit 21.2% und sexueller Missbrauch mit 8.5%. Diese Werte basieren auf Selbstangaben von Kindern, die im klinischen Setting routinemäßig den Children and Adolescent Trauma Screen (CATS, Sachser et al., 2017) ausgefüllt haben (Skar et al., 2021). Aus den Prävalenzen ist ersichtlich, dass viele Kinder die Erfahrung kumulativer Traumata gemacht haben.

Zu traumatischen Kindheitserfahrungen zählen zusätzlich Arten des Missbrauchs (emotional, sexuell und physisch) und der Vernachlässigung (psychisch, physisch; Cloitre et al., 2009; Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020b; Hodges et al., 2013). Weltweit haben

zwischen 10% und 30% der Kinder mindestens eine Art von Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren (Stoltenborgh et al., 2015). Eine Stichprobe von Kindern in sozialpädagogischer Vollerziehung in Österreich zeigte ebenfalls, dass Kindheitstraumata wie emotionaler (49.2%), sexueller (28.7%) oder physischer (33.6%) Missbrauch sowie emotionale (52.5%) oder physische (53.3%) Vernachlässigung sehr verbreitet waren (Haselgruber et al., 2021). Über die Hälfte (59.1%) der Stichprobe erlebte sogar mehr als eines der genannten Traumata.

Traumatische Erlebnisse können ein wesentlicher Risikofaktor sein, psychische Auffälligkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen zu entwickeln oder weitere traumatische Erfahrungen zu machen (Hodges et al., 2013). Insbesondere langanhaltende interpersonelle Traumata, können im Laufe der Zeit zu schweren psychischen und physischen Erkrankungen führen (Lewis et al., 2019; Lueger-Schuster et al., 2018; Schäfer et al., 2019). Die kumulative Erfahrung verschiedener Trauma-Arten ist dabei ein Prädiktor für komplexe psychische Erkrankungen und deren Ausprägung (Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder schon früh vielfältige traumatische Erfahrungen machen und deren Häufigkeit sowie die kumulative Erfahrung verschiedener Arten von Traumata besonders in der Kindheit bedeutende Risikofaktoren für die Entwicklung gesundheitlicher Schäden darstellen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit Traumata und deren Folgen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln, um langfristige negative Auswirkungen zu auf die mentale Gesundheit zu verhindern. Eine mögliche Folge von traumatischen Erlebnissen ist unter anderem die Entwicklung einer PTBS (WHO, 2019). Mit der Einführung der ICD-11 sind neue diagnostische Kriterien für die PTBS sowie die neue Diagnose der KPTBS hinzugekommen.

Komplexe PTBS (KPTBS) und PTBS in der ICD-11

In der ICD-11 werden unter der Kategorie *Störungen, die spezifisch mit Stress assoziiert sind* Diagnosen zusammengefasst, die mit einem traumatischen oder belastenden Ereignis in Zusammenhang stehen. Eine davon ist die PTBS (WHO, 2019).

Die PTBS besteht aus drei Symptomgruppen: dem Wiedererleben, der Übererregung und der Vermeidung. Sie kann als Folge eines traumatischen Erlebnisses auftreten. Ein solches Ereignis ist dabei eine notwendige Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS. Das Wiedererleben von einer oder mehreren traumatischen Situationen kann in Form von Albträumen, Flashbacks und sich immer wieder aufdrängenden Erinnerungen auftreten. Am Wiedererleben sind verschiedene Sinnesmodalitäten beteiligt, sodass die Betroffenen das Gefühl haben können, sich wieder in der traumatischen Situation zu befinden. Dies geht meist

mit starken Emotionen und Körperreaktionen einher. Übererregung (*Hyperarousal*) ist gekennzeichnet durch die anhaltende Wahrnehmung einer Bedrohung und die damit verbundene Anspannung und verstärkte Schreckreaktion auf unvorhergesehene Reize. Die Vermeidung bezieht sich auf das aktive Fernhalten von Gedanken an das Ereignis, von damit verbundenen Orten und Personen, sowie das Meiden von Aktivitäten und Situationen, die daran erinnern. Für die Diagnose einer PTBS ist es wichtig, dass diese Symptome mindestens über mehrere Wochen anhalten und mit einer funktionalen Beeinträchtigung in mehreren Bereichen wie der Arbeit, Schule, Familie oder dem Freundeskreis einhergehen (Maercker et al., 2013; WHO, 2019).

Die KPTBS wurde in der ICD-11 neu aufgenommen und bezieht sich insbesondere auf langanhaltende oder sich wiederholte traumatische Erfahrungen, aus denen es oft kein Entkommen gibt (Karatzias et al., 2019; Maercker et al., 2013; Schäfer et al., 2019; WHO, 2019). Die KPTBS-Diagnose umfasst zusätzlich zu den PTBS-Symptomen die drei Symptomgruppen Affektdysregulation, Beziehungsschwierigkeiten und ein negatives Selbstkonzept (Maercker et al., 2013; WHO, 2019). Zusammenfassend werden diese als *Dysregulation der Selbstorganisation* (DSO) bezeichnet. Die Affektdysregulation ist durch emotionale Reaktivität gekennzeichnet. Ein negatives Selbstkonzept kann bedeuten, dass man sich selbst als minderwertig oder wertlos einschätzt sowie Scham- und Schuldgefühle empfindet. Beziehungsschwierigkeiten gehen mit Problemen einher, sich anderen Menschen nahe zu fühlen und Beziehungen aufrechtzuerhalten. Ein weiteres Element sind funktionale Beeinträchtigungen persönlicher, familiärer, sozialer und beruflicher Natur, die sich aus den Symptomen ergeben können (Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020; WHO, 2019).

Auftreten der (K)PTBS bei Kindern

Die Prävalenzen von PTBS und KPTBS bei Kindern variieren in der Literatur, beeinflusst beispielsweise durch unterschiedliche Erhebungskontexte (klinisch vs. allgemein) und die Art erlebter Traumata (Eilers & Rosner, 2021). In Studien, die (K)PTBS mit dem International Trauma Questionnaire für Kinder und Jugendliche (ITQ-CA; Cloitre et al., 2018) erhoben haben, wurden in der allgemeinen Bevölkerung Prävalenzen von 32.4% für PTBS und 34.1% für KPTBS nach 14 verschiedenen traumatischen Ereignissen gefunden (Kazlauskas et al., 2020). In einer Studie von Kindern in sozialpädagogischer Vollerziehung wurden Prävalenzen von 31.6% PTBS und 22.8% KPTBS nach interpersonellen traumatischen Ereignissen gefunden (Haselgruber, 2020b).

Es gibt verschiedene Faktoren, die das Auftreten einer (K)PTBS im Kindesalter begünstigen. Diese Risikofaktoren umfassen beispielsweise das weibliche Geschlecht, jüngeres Alter,

einen geringeren sozioökonomischen Status, die psychische Erkrankung eines Elternteils oder kumulative Traumata (Redican et al., 2022; Trickey et al., 2012; Wamser-Nanney & Cherry, 2018). Ein erhöhtes Risiko für (K)PTBS geht ebenfalls auf peri- und posttraumatische Variablen wie die Bewertung des traumatischen Ereignisses zurück (Trickey et al., 2012). Das Auftreten von Komorbiditäten ist bei einer (K)PTBS-Diagnose eher die Norm als die Ausnahme (Schäfer et al., 2019). Bei Jugendlichen treten häufig Suizidgedanken und Selbstverletzungen komorbid auf. Bei Kindern im Vorschulalter können oppositionelles Verhalten, Trennungsangst oder spezifische Phobien zu Tage treten (Rosner & Unterhitzenberger, 2019). Kinder im Alter von 3-6 Jahren, die eine PTBS nach einem Hurricane entwickelten, zeigten Komorbiditäten am häufigsten in Form von Störungen des Sozialverhaltens (60.6%) sowie Depressionen (57.1%) auf (Scheeringa & Zeanah, 2008). Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (33%) und Angststörungen (33.3%) waren ebenfalls häufige Begleiterkrankungen (Scheeringa & Zeanah, 2008). Um die auftretenden Symptome umfassend zu beurteilen zu können, werden diese im diagnostischen Prozess in der Regel nicht nur von Kindern selbst, sondern auch von ihren Bezugspersonen bewertet. Auf diese Art der Erhebung wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen.

Selbst- und Fremdbeurteilung kindlicher Psychopathologie

Die Erhebung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern (z.B. posttraumatischer Stress) durch Selbst- und Fremdbeurteilung wird von mehreren Studien und Richtlinien empfohlen (Grant et al., 2020; Humphreys et al., 2017; Schäfer et al., 2019). Denn durch den Einbezug mehrerer Perspektiven kann ein möglichst großer Informationsgewinn für den diagnostischen Prozess erzielt werden, da Einzelpersonen das Auftreten von Symptomen im Vergleich zu multiplen Informationsquellen signifikant unterschätzen (Mai & Scheeringa, 2021). Außerdem werden ohne den Einbezug der Selbstberichte klinisch bedeutsame Fälle übersehen (Meiser-Stedman et al., 2008).

Jedoch gibt es nur geringe bis moderarte Übereinstimmungen zwischen den Berichten der Informant*innen (Achenbach et al., 1987; De Los Reyes et al., 2015; Haselgruber, 2020a; McWey et al., 2018), was ein Zeichen für blinde Flecken auf Seiten beider Beurteilenden ist. Bezugspersonen berichten über Ereignisse, die von Kindern möglicherweise nicht bemerkt oder nicht genannt werden und umgekehrt (Grant et al., 2020; Haselgruber, 2020a). Es kommt zu *Beurteilungsdiskrepanzen*, die laut Goodman und Kolleg*innen (2010) eines der konsistentesten Ergebnisse in der sozialwissenschaftlichen Forschung sind.

Diskrepanzen wurden lange Zeit als Messfehler interpretiert und in der Auswertung mehrerer Beurteilungen nicht besonders berücksichtigt (De Los Reyes, 2011; De Los Reyes & Epkins, 2023). Inzwischen hat sich jedoch die Sichtweise etabliert, dass Diskrepanzen wichtige (domänen-relevante) Informationen enthalten können, wenn grundlegende Rahmenbedingungen wie adäquate Mess- und Auswertungsmethoden erfüllt sind (Achenbach, 2006; De Los Reyes & Epkins, 2023). Die Informationen, welche Diskrepanzen zusätzlich zu der eigentlichen Erhebung liefern, können in Folge für die Konzeptualisierung von Symptomen (Guion et al., 2009) und deren Behandlung genutzt werden (Fitzpatrick et al., 2023).

Beurteilungsdiskrepanzen bei traumatischen Erlebnissen und PTBS

Wie bei der Gesamtbeurteilung der kindlichen Psychopathologie finden sich auch bei der Erfassung von traumatischen Ereignissen und PTBS-Symptomen Unterschiede in den Angaben von Bezugspersonen und Kindern (Connell et al., 2018; Mai & Scheeringa, 2021; Meiser-Stedman et al., 2008; Oransky et al., 2013; Skar et al., 2021; Stover et al., 2010; Wamser, 2023; Zelechowski et al., 2021).

In einer klinischen Stichprobe berichteten Kinder von mehr Unfällen, Krankheiten, Gewalt im sozialen Umfeld und sexuellem Missbrauch im Vergleich zu ihren Bezugspersonen (Skar et al., 2021). Die Angabe von Gewalt im sozialen Umfeld der Kinder wurde in anderen Studien ebenfalls durch Bezugspersonen, im Vergleich zu den Bewertungen der Kinder, unterberichtet (Connell et al., 2018; Goodman et al., 2010; Stover et al., 2010). Das Unterschätzen von Gewalt außerhalb des Hauses durch die Bezugspersonen traf insbesondere auf Jungen zu (Skar et al., 2021; Stover et al., 2010). Zudem wurden in mehreren Studien Diskrepanzen bei den Angaben zu Unfällen festgestellt, wobei die Kinder mehr Unfälle berichteten (Oransky et al., 2013; Stover et al., 2010).

Studien zeigen heterogene Ergebnisse hinsichtlich der Übereinstimmung und Diskrepanzen zwischen den Einschätzungen der PTBS-Symptomatik von Kindern und ihren Bezugspersonen. Die Übereinstimmung reichte bisher von niedrig bis moderat (Oransky et al., 2013; Stover et al., 2010). Humphreys et al. (2017) fanden ebenfalls moderate Übereinstimmungen für PTBS-Kernsymptome, wobei die geringste Übereinstimmung bei Übererregung festgestellt wurde. Eltern berichteten häufiger von Vermeidung, Übererregung und Gesamtsymptomen. Gegenteilig zeigt sich bei Stover et al. (2010) keine signifikante Übereinstimmung besonders in Bezug auf Übererregungs- und Vermeidungssymptomatik.

Eine andere Studie fand moderate Übereinstimmungen bei Alpträumen, Schlafproblemen und körperlicher Reaktivität, aber keine signifikante Übereinstimmung in

Bereichen wie Flashbacks, Konzentration und Wachsamkeit (Charuvastra et al., 2010). Dies verdeutlicht, dass es Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbewertungen von PTBS-Symptomen gibt, wobei die Richtung der Diskrepanzen in der vorhandenen Literatur variierte. Zum einen neigten Bezugspersonen häufig dazu, die Symptomatik der Kinder in mehreren Bereichen zu unterschätzen und Kinder berichteten von einer stärkeren PTBS-Symptomatik (Clawson et al., 2013; Erickson et al., 2017; Meiser-Stedman et al., 2007; Oransky et al., 2013). In genannten Studien wurden Kinder untersucht, die nach einer Krebsdiagnose (Clawson et al., 2013; Erickson et al., 2017), einem körperlichen Übergriff oder einem Verkehrsunfall (Meiser-Stedman et al., 2007) *post-traumatische Stresssymptome* (PTSS) entwickelten. Zum anderen gibt es Studien, in denen Eltern mehr PTBS-Symptome als ihre Kinder angaben (Humphreys et al., 2017; Wamser, 2023). Diese bezogen Teilnehmer*innen mit ein, die eine trauma-fokussierte Behandlung aufsuchten. Diskrepanzen können auch je nach Symptomcluster variieren: Und zwar erwähnten Kinder häufiger Alpträume und Schlafprobleme (Wamser-Nanney & Chesher, 2018), während Eltern vermehrt Reizbarkeit und Konzentrationsprobleme bei den Kindern berichteten (Grant et al., 2020). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Symptome, die schwerer zu beobachten sind, von Bezugspersonen seltener benannt werden (De Los Reyes et al., 2013; Haselgruber, 2020a; Martel et al., 2017).

Anhand Personen-zentrierter Verfahren wie der latenten Klassen- und Profilanalyse wurden außerdem Muster der Übereinstimmung und Diskrepanzen in der Berichterstattung über Trauma-Erfahrungen untersucht (Connell et al., 2018). Connell und Kolleg*innen (2018) identifizierten vier Klassen von Polyviktimisierung (gering, moderat allgemein, moderat interpersonell und hoch), was eine andere Beschreibung für kumulative Traumata ist. Bezugspersonen gehörten mehrheitlich der geringen und moderat-allgemeinen Polyviktimisierungs-Klasse an, während Kinder eher moderat-interpersonelle und hohe Polyviktimisierung angaben. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Berichterstattung zwischen Kindern und Bezugspersonen variieren kann.

Erklärungen und Einflussfaktoren der Diskrepanzen

Für die Entstehung der Diskrepanzen existieren verschiedene Erklärungsansätze (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Haselgruber, 2020a; Kraemer et al., 2003; Martel et al., 2017). Zum einen haben De Los Reyes & Kazdin (2005) mit dem Attribution Bias Context (ABC)-Modell einen theoretischen Rahmen geschaffen, der Diskrepanzen auf die unterschiedliche Wahrnehmung der Beurteilenden (z.B. welches Verhalten als abnormal gilt) zurückführt. Fremdbeurteiler*innen neigen laut dem Modell dazu, die Probleme des Kindes vermehrt mit

Dispositionen wie dessen Genen und Charakter in Verbindung zu bringen, während Kinder ihr Verhalten eher auf den Kontext als Auslöser zurückführen. Dies beeinträchtigt unter anderem die Erinnerungen, die bei der Bewertung herangezogen werden (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Variierende situationale und interpersonelle Faktoren beeinflussen also die Wahrnehmung der Informant*innen, was sich auf deren Beurteilungen auswirkt (Szkody et al., 2021). Ebenso kann der Kontext, in dem das Verhalten beobachtet wurde, die individuellen Berichte verändern (Kraemer et al., 2003; De Los Reyes et al., 2013; Martel et al., 2017). Zum Beispiel können Bezugspersonen Symptome, die in der Schule vorkommen, nicht erahnen, wenn sie darüber nicht informiert werden (Scheeringa, 2011).

Zudem gilt die Beobachtbarkeit von Symptomen als ein Faktor, der die Übereinstimmung von Beurteilungen beeinflusst (De Los Reyes et al., 2015; Haselgruber, 2020a; Martel et al., 2017; Scheeringa, 2011). Ein Beispiel dafür ist, dass Bezugspersonen häufiger Symptome wie Reizbarkeit und Konzentrationsprobleme, die von außen sichtbar sind, nannten. Kindern berichteten dagegen häufiger von Alpträumen oder anderen Symptomen, die für Bezugspersonen schwerer zu beobachten sind (Grant et al., 2020).

Zusätzlich prägen verschiedene Charakteristiken von Kindern und Bezugspersonen deren Bewertungen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Szkody et al., 2021). Dies umfasst personenbezogene Eigenschaften wie Alter und Geschlecht (Haselgruber, 2020a; Martel et al., 2017; Skar et al., 2021). Auch die Art und Akkumulation der Trauma-Exposition spielen eine Rolle (De Los Reyes et al., 2008; McWey et al., 2018). Interpersonelle Faktoren wie das verwandtschaftliche Verhältnis der Befragten (De Los Reyes et al., 2011; Mai & Scheeringa, 2021; McWey et al., 2018) und die Besorgnis der Bezugspersonen können sich ebenfalls auf die Einschätzungen der Personen auswirken (Godoy et al., 2014). Zuletzt können auch klinische Faktoren wie Medikation und frühere Therapien eine Rolle spielen (Jones et al., 2019).

Charakteristiken der Kinder. Bei Alter als Einflusscharakteristik zeigte sich in manchen Studien (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Skar et al., 2021) eine höhere Übereinstimmung der Bezugspersonen mit älteren Kindern (16 – 18 Jahre), die möglicherweise mit dem Entwicklungsstand der Kinder und ihren Verbalisierungsfähigkeiten zusammenhängt (Martel et al., 2017). Es fand sich in anderen Studien jedoch auch eine höhere Übereinstimmung mit jüngeren Kindern (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Haselgruber, 2020a). Dies kann durch den zunehmenden Ablöseprozess und Autonomiewunsch von Kindern begründet werden, der zu weniger Preisgabe ihres Innenlebens gegenüber Bezugspersonen und in der Folge zu höheren Differenzen führen kann (Guion et al., 2009; Wamser, 2023).

Der Einfluss von Geschlecht variierte ebenfalls über Studien hinweg. Einerseits wirkte es sich so aus, dass Mädchen eine höhere Übereinstimmung mit ihren Bezugspersonen zeigten als Jungen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Skar et al., 2021). Andererseits wiesen Jungen eine geringere Diskrepanz in der Symptombereichterstattung auf als Mädchen (Stover et al., 2010; Wamser-Nanney & Campbell, 2020; Wamser, 2023). Kinder männlichen Geschlechts erfuhren andere Traumata als Kinder weiblichen Geschlechts (Skar et al., 2021; Stover et al., 2010). Dieser Geschlechterunterschied kann sich auch auf die Bewertung der Traumata durch die Bezugspersonen auswirken.

Die Art und Akkumulation von PTEs können die Schwere der (K)PTBS-Symptomatik beeinflussen (Cloitre et al., 2009; Redican et al., 2022). Auch Beurteilungsunterschiede zwischen Kindern und Bezugspersonen können dadurch verändert werden (Stover et al., 2010). Das zeigten die niedrigeren Berichte von Bezugspersonen über verschiedene Trauma-Arten wie Gewalt im sozialen Umfeld (Goodman et al., 2010; Skar et al., 2021). Weiters wirkt sich die Art des Traumas auf Diskrepanzen bezüglich der Trauma-Folgen aus. Bei Wamser (2023) gaben Kindern, die sexuellen Missbrauch erfahren hatten, mehr Symptome im Vergleich zu ihren Bezugspersonen an, als solche, die keinen sexuellen Missbrauch erfahren haben. Bei komplexen traumatischen Erfahrungen waren die Diskrepanzen für PTSS ebenfalls höher, wobei dort Bezugspersonen mehr Symptome berichteten (Wamser, 2023). Skar und Kolleginnen (2021) fanden höhere PTSS und funktionale Beeinträchtigungen, wenn die PTEs von beiden Informationsquellen genannt wurden.

Variablen, die ebenfalls einen Einfluss haben können, sobald ein Kind Kontakt zu psychologischer oder psychiatrischer Unterstützung erhalten hat, sind Medikation und Therapieerfahrung (Jones et al., 2019). In Bezug auf Beurteilungsdiskrepanzen über die Suizidalität des Kindes zeigten Eltern ein größeres Problembewusstsein und demnach mehr Übereinstimmung mit dem Kind, wenn dieses in der Vergangenheit eine Therapie gemacht oder psychoaktive Medikation erhalten hatte (Jones et al., 2019). Ausgehend von Mai und Scheeringa (2021) wurde ebenfalls in Betracht gezogen, dass vergangene therapeutische Intervention zu mehr Übereinstimmung zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen geführt haben könnte.

Charakteristiken der Bezugspersonen. Die personenbezogenen Eigenschaften der Bezugspersonen können zusätzlich zu den Diskrepanzen beitragen (De Los Reyes et al., 2008). Dies gilt beispielsweise für die Besorgnis über die Erkrankung des Kindes. Eltern, die sich in vorherigen Studien mehr über den Zustand ihres Kindes sorgten, schätzten die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes höher ein (Godoy et al., 2014; Liverpool & Edbrooke-

Childs, 2022). Die verwandtschaftliche Beziehung der Bezugsperson zum Kind beeinflusste in manchen Studien zusätzlich deren Perspektive (Mai & Scheeringa, 2021; McWey et al., 2018), möglicherweise durch die Zeit, die mit dem Kind verbracht wird und die Kontexte, in denen das Kind erlebt wird (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Zum Beispiel berichteten Kinder, die nicht mit ihren biologischen Eltern bei der Behandlung waren, höhere Anxiety-Level als ihre Bezugspersonen (Wamser, 2023). McWey et al. (2018) zeigten außerdem, dass Kinder, die zur Pflege in ihrer Verwandtschaft untergebracht waren, eine größere Übereinstimmung bezüglich ihrer Symptome zeigten als Kinder in fremden Pflegefamilien. Der Zusammenhang zwischen Bezugspersonen-Typ und Beurteilungsunterschieden war jedoch nicht in allen Studien signifikant (De Los Reyes et al., 2011).

Ein letzter Einflussfaktor auf die Beurteilungsunterschiede sind Messmethode und Messfehler (De Los Reyes et al., 2023; Martel et al., 2017). Allerdings zeigten sich die Bewertungsdiskrepanzen in den Bewertungen ebenfalls bei konstant gehaltenen Bedingungen, wie gleich formulierten Items (Goodman et al., 2010). Die Vielzahl möglicher Einflüsse sollte berücksichtigt werden, wenn es darum geht, die Beurteilungsdifferenzen zwischen Kindern und Bezugspersonen zu untersuchen.

Auswirkungen der Diskrepanzen

Beurteilungsdiskrepanzen wirkten sich bei De Los Reyes und Kazdin (2005) sowie Fitzpatrick und Kolleg*innen (2023) auf zentrale Aspekte des Therapieprozesses aus. Sie hatten unter anderem einen negativen Einfluss auf die Behandlungsinitiierung (De Los Reyes et al., 2022), die Diagnostik (Guion et al., 2009; Skar et al., 2021) und den Therapieverlauf (Fitzpatrick et al., 2023; Humphreys et al., 2017) bei psychischen Erkrankungen von Kindern. Eine Unterbewertung der Symptome durch Bezugspersonen kann dazu führen, dass diese keine medizinische Hilfe anstoßen (Goodman et al., 2010) beziehungsweise die Entscheidung der Kinder dazu negativ beeinflussen (Wahlin & Deane, 2012). Insbesondere jüngere Kinder sind auf eine objektive Bewertung durch Dritte angewiesen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten (Johnston & Burke, 2020; Skar et al., 2021). Diskrepanzen bei der Beurteilung von PTSS zu Beginn einer Intervention hängen außerdem mit einem schlechteren Behandlungsergebnis zusammen (Humphreys et al., 2017). Eine mögliche Ursache dafür kann eine geringere Zufriedenheit und Adhärenz bei der Behandlung sein, insbesondere wenn nicht alle Bewertungen gleichermaßen in den Therapieplan einbezogen wurden (Fitzpatrick et al., 2023). Hohe Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdurteil stehen ebenfalls im Zusammenhang mit schlechter psychosozialer Anpassung sowie beeinträchtigter mentaler

Gesundheit (McWey et al., 2018; Oransky et al., 2013; Szkody et al., 2022) und konnten in einer Studie psychische Probleme vier Jahre später voraussagen (Ferdinand et al., 2004). Neben den Risiken für die Behandlung und die mentale Gesundheit der Kinder, die sich aus den Diskrepanzen ergeben, lassen sich durch ein Verständnis dieser jedoch auch positive Maßnahmen ableiten. Wenn die verschiedenen Perspektiven angemessen berücksichtigt werden, kann ein effektiver Therapieplan entstehen, der die Ziele und Anliegen aller Beteiligten mit einbezieht (Fitzpatrick et al., 2023).

Ableitung der Fragestellungen

Beurteilungsdiskrepanzen stellen mittlerweile ein etabliertes Phänomen innerhalb der kindlichen Psychopathologie-Forschung dar (De Los Reyes et al., 2022; De Los Reyes & Epkins, 2023; Haselgruber, 2020a; Martel et al., 2017; Rabinowitz et al., 2023; Wamser, 2023). Die Erklärungsansätze für die Entstehung der Diskrepanzen gestalten sich vielfältig (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Martel et al., 2017). Jedoch gibt es bisher nur eine begrenzte Anzahl an Studien, welche sich mit den Urteilsunterschieden zwischen Kindern und Bezugspersonen in Bezug auf traumatische Ereignisse und deren post-traumatischen Folgen beschäftigen (Haselgruber, 2020a; Humphreys et al., 2017). Die vorhandenen Untersuchungen konzentrieren sich nur auf spezifische Arten traumatischer Ereignisse, wie beispielsweise sexuellen Missbrauch (Wamser, 2023) oder sie berücksichtigen PTBS nur in der DSM-IV-Version (Humphreys et al., 2017; Oransky et al., 2013; Stover et al., 2010) oder DSM-5-Version (Skar et al., 2021). Im Hinblick auf die neuen ICD-11 Diagnosen von PTBS und KPTBS gibt es noch keine Untersuchungen der Urteilsunterschiede. Deshalb wurden die Diskrepanzen zwischen Selbstbeurteilung der Kinder und der Beurteilung durch die Bezugsperson in der PTBS und KPTBS-Beurteilung nach ICD-11 Kriterien in der vorliegenden Studie untersucht. Das Ziel dabei war es, einen Überblick über deren Ausmaß und Richtung zu erhalten (De Los Reyes et al., 2011).

Einflussfaktoren auf die Diskrepanzen zwischen Kindern und Bezugspersonen wurden bereits vielfach beforscht worden. Dennoch besteht in der Fachliteratur keine einheitliche Meinung über deren Auswirkungen auf die Beurteilungsdiskrepanzen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; De Los Reyes et al., 2011; Jones et al., 2019; Wamser, 2023). Besonders mit Blick auf Faktoren, die die PTBS-Diskrepanzen beeinflussen können, ist die Literatur bisher limitiert (Wamser-Nanney & Campbell, 2021; Wamser, 2023). Daher braucht es mehr Studien, die Charakteristiken der Kinder und der Bezugspersonen mit einbeziehen, um deren Relevanz für die Richtung und das Ausmaß der Beurteilungsdiskrepanzen zu überprüfen. Die Studie strebte

daher an, demographische und klinische Faktoren zu berücksichtigen, um deren Einfluss auf die Beurteilung von PTBS- und KPTBS-Symptomen zu analysieren.

Ziel dieser Studie war es, einen klaren Einblick in das Ausmaß und die Richtung der PTBS und KPTBS-Beurteilungsdiskrepanzen zu erhalten und Einflüsse darauf zu untersuchen, um diese Diskrepanzen besser zu verstehen und deren inhärente Informationen nutzen zu können. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, die Identifikation von traumatischen Ereignissen sowie den diagnostischen Prozess und die Behandlung von ICD-11 (K)PTBS zu informieren. Durch ein besseres Verständnis der Diskrepanzen, können diese genauer in der Therapieplanung berücksichtigt werden, um so ein möglichst erfolgreiches Interventionsangebot zu schaffen (Fitzpatrick et al., 2023; Skar et al., 2021). Daraus leiten sich folgende Fragestellungen ab:

Welche Unterschiede gibt es zwischen der Kind- und Bezugspersonen-Perspektive auf traumatische Ereignisse und ICD-11 PTBS und KPTBS Symptomatiken?

Wie wirken sich spezifische Charakteristika der Kinder und der Bezugspersonen auf die Diskrepanzen in der Beurteilung von ICD-11 PTBS und KPTBS Symptomen aus?

Ableitung der Hypothesen

Die Fragen sollen Hypothesen-geleitet beantwortet werden, um ein tieferes Verständnis der Beurteilungsdiskrepanzen von Trauma und (K)PTBS zu erlangen. Die Hypothesen zu diesen Fragestellungen werden je nach Stand der Literatur gerichtet oder ungerichtet formuliert.

Trauma-Berichte in der Selbst- und Fremdbeurteilung wiesen bisher eine geringe bis moderate Übereinstimmung auf (Oransky et al., 2013). Wie bereits dargelegt werden konnte, unterscheiden sich die Bewertungen traumatischer Ereignisse zwischen Kinder und ihren Bezugspersonen in einigen Studien. Dabei nannten erstere mehr Gewalt in ihrem sozialen Umfeld (Ceballo et al., 2001; Howard et al., 1999; Skar et al., 2021; Stover et al., 2010) und mehr Unfälle (Stover et al., 2010 und Oransky et al., 2013). Zusätzlich wurden in einer anderen Studie mehr sexueller Missbrauch von Kindern benannt (Skar et al., 2021). Eine zusätzliche Komponente kann der Kontext sein, in dem das Ereignis geschehen ist.

Bezugspersonen verfügen möglicherweise über weniger Kenntnisse die Ereignisse außerhalb des familiären Umfelds betreffen (Oransky et al., 2013; Martel et al., 2017). Bei Oransky und Kolleg*innen (2013) war jedoch auch ersichtlich, dass Kinder nicht bei allen traumatischen Ereignissen mehr zustimmten als ihre Bezugspersonen. Deswegen wird die Hypothese ungerichtet formuliert.

H1a: Kinder und ihre Bezugspersonen zeigen niedrige bis moderate Übereinstimmungen in ihren Berichten von traumatischen Ereignissen.

H1b: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Trauma-Berichten von Kindern und Bezugspersonen.

Die Übereinstimmung über PTBS zwischen Bezugspersonen und Kindern streckte sich in früheren Studien von niedrig bis moderat (Oransky et al., 2013, Stover et al., 2010; Wamser, 2023). Bei Charuvastra und Kolleg*innen (2010) fand sich keine signifikante Übereinstimmung bei Flashbacks, Konzentration und Wachsamkeit bis moderate Übereinstimmung bei Alpträumen, Schlafproblemen und körperlicher Reaktivität. Das zeigt, dass es Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbewertungen von PTBS-Symptomen gibt. Die Richtung der Diskrepanzen variierte jedoch. Kinder mit variablen traumatischen Erfahrungen berichteten vermehrt eine stärkere PTBS oder PTSS-Symptomatik (Clawson et al., 2013; Erickson et al., 2017; Meiser-Stedman et al., 2007; Oransky et al., 2013). Es gibt jedoch ebenfalls Studien, die Gegenteiliges berichteten: Nämlich, dass Eltern mehr PTBS-Symptome als ihre Kinder nannten (Humphreys et al., 2017, Wamser, 2023). Wamser (2023) führte die Idee an, dass interpersonelle Traumata zu höheren PTBS-Berichten der Eltern führen und nicht interpersonelle Traumata zu höheren Berichten von Kindern. Alternativ könnte die Beobachtbarkeit der Symptome einen Einfluss auf die Richtung der Diskrepanzen haben (Grant et al., 2020).

Auf der Ebene spezifischer Symptomgruppen zeigten sich ebenfalls Widersprüche. Bei Stover und Kolleg*innen (2010) berichteten Kinder von mehr Übererregung und Vermeidung, während bei Humphreys und Kolleg*innen (2017) genau das Gegenteil berichtet wurde. Weiters gaben Kinder mehr Alpträume und Schlafprobleme an. Eltern hingegen nannten mehr Konzentrationsprobleme und Reizbarkeit der Kinder (Grant et al., 2020). Aufgrund der unklaren Befundlage kann keine gerichtete Hypothese formuliert werden. Es lässt sich aus einigen Studien bezüglich internalisierender und externalisierender Symptome (Grant et al., 2020; Haselgruber, 2020a) entnehmen, dass Eltern eher Symptome nannten, die für sie beobachtbar waren. Um daraus eine Richtung für die Hypothese abzuleiten, ist die Literatur jedoch zu gegensätzlich. Da es für KPTBS noch keine Forschung bezüglich der Diskrepanzen gibt, lässt sich die Hypothese nur aus der bisherigen Literatur zu PTBS und DSO-ähnlichen Symptomen ableiten.

H2a: Die Übereinstimmung der Beurteilungen von Kindern und ihren Bezugspersonen bezüglich ICD-11 PTBS und KPTBS als Diagnose und innerhalb der einzelnen Subskalen sind gering bis moderat.

H2b: Es gibt signifikante Unterschiede in der Beurteilung der ICD-11 PTBS und KPTBS zwischen Kinder- und Bezugspersonenperspektive.

Bisher wurde eine Vielzahl an Einflussfaktoren auf Beurteilungsunterschiede untersucht (De Los Reyes et al., 2011; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Wamser, 2023). Es zeigte sich in der Literatur kein kohärentes Bild zum Einfluss von Alter. Zum einen fand sich eine höhere Übereinstimmung zwischen Bezugspersonen und älteren (16 -18-jährigen) Kindern (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Skar et al., 2021), zum Anderen gab es höhere Übereinstimmungen zwischen Bezugspersonen und jüngeren Kindern (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Haselgruber, 2020a). Andere Studien zeigten außerdem keinen signifikanten Einfluss von Alter auf die Diskrepanzen (Oransky et al., 2013).

Das Geschlecht beeinflusste ebenfalls die Übereinstimmungen zwischen Kindern und Bezugspersonen. Dabei waren die Berichte von Mädchen eher konkordant mit den Bewertungen ihrer Bezugspersonen als die der Jungen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Skar et al., 2021).

Die Art und Komplexität der traumatischen Ereignisse, die von den Kindern erlebt wurden, wirkten sich auf die PTBS-Symptomatik aus (Cloitre et al., 2009; Redican et al., 2022) und beeinflussten auch die Übereinstimmung der Beurteilenden über die Symptome (Stover et al., 2010; Wamser, 2023).

Auf Seiten der Bezugspersonen ließ sich die Sorge um das Kind als potenzieller Einflussfaktor auf PTBS-Ratings identifizieren. Bei mehr Sorge um das Kind, bewerteten die Eltern dessen Verhaltensauffälligkeiten ausgeprägter (Godoy et al., 2014). Dies könnte sich auf die Beurteilungsdiskrepanzen auswirken.

Auch das verwandtschaftliche Verhältnis zwischen Bezugsperson und Kind wurde im Hinblick auf Beurteilungsdiskrepanzen untersucht (Achenbach, 2006; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Haselgruber, 2020a; McWey et al., 2018). Es zeigte sich jedoch nicht in allen Studien ein signifikanter Einfluss des Bezugspersonentyps (De Los Reyes et al., 2011). Besonders aufgrund der heterogenen Befunde aus vorherigen Studien, ist es wichtig, den Einfluss dieser Faktoren auf Beurteilungsdiskrepanzen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen zu untersuchen.

Es wird zudem angenommen, dass Medikation und Therapieerfahrung Variablen sind, die die Übereinstimmung zwischen den Bewertungen von Kindern und ihren Bezugspersonen beeinflussen können (Jones et al., 2019). Eltern zeigten bei einer Therapie der Kinder sowie bei der Einnahme von psychoaktiver Medikation ein größeres Bewusstsein für die Suizidalität ihrer Kinder und eine höhere Übereinstimmung mit deren Angaben (Jones et al., 2019). Mai und Scheeringa (2021) betonten, dass vergangene therapeutische Interventionen möglicherweise zu einer höheren Übereinstimmung zwischen den Berichten von Kindern und

ihren Bezugspersonen geführt haben könnten und sahen das Nichtberücksichtigen dieser Variablen als Einschränkung ihrer Studie. Daher soll der Einfluss in der vorliegenden Untersuchung überprüft werden.

Aus all den vorangegangenen Faktoren leitet sich die dritte Hypothese ab.

H3: Die Diskrepanzen zwischen Kinder- und Bezugspersonen-Berichten für PTBS und DSO-Cluster werden durch Faktoren wie Alter, Geschlecht, Trauma-Akkumulation und -Kategorie, sowie die Art von Bezugsperson und deren Sorge um das Kind beeinflusst.

Methoden

Untersuchungsdesign

Diese quantitative, nicht-experimentelle Studie war querschnittlich angelegt und untersuchte Kinder und ihre Bezugspersonen als zwei abhängige natürliche Gruppen. Den Teilnehmenden wurden bei der Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik je nach Gruppenzugehörigkeit ein Selbst- oder Fremdbeurteilungsbogen zugeteilt. Die Zuteilung der Teilnehmer*innen zu den Gruppen erfolgte daher nicht-randomisiert und es wurde keine experimentelle Manipulation vorgenommen. Die Studie fokussierte sich auf die Erhebung der traumatischen Ereignisse sowie die ICD-11 (K)PTBS-Symptome der Kinder sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil.

Stichprobenbeschreibung

Einschlusskriterien für diese Studie waren die Erfahrung mindestens eines traumatischen Ereignisses sowie vorhandene Datensätze des Kindes und der dazugehörigen Bezugsperson. Die Daten wurden im Rahmen der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche gesammelt und Teilnehmende zu Beginn über die Verwendung ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken informiert. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte freiwillig und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Die Stichprobe umfasste zum Zeitpunkt der Analyse 169 Kinder und ihre Bezugspersonen. Es handelt sich um eine abhängige Gelegenheitsstichprobe in einem klinischen Setting. Das Alter der Kinder belief sich auf 7-17 Jahre ($M = 13.53$, $SD = 2.52$). Es waren 37.9% der Kinder männlich und 60.4% weiblich. Nach Angaben der Bezugspersonen besuchten 8.3% der Kinder die Volksschule, 32.5% die Mittelschule, 33.7% eine Höhere Schule, 1.8% gingen auf eine Poly-technische Schule und 4.7% auf eine Sonderschule. Außerdem machten 5.3% eine Lehre und 1,2% wurden als Arbeitslos eingestuft.

Die berichtenden Bezugspersonen waren zu 66.9% die leiblichen Kindeseltern, zu 3% die Stiefeltern, zu 2.4% Pflegeeltern, zu 0.6% Großeltern und zu 5% Betreuer*innen aus pädagogischen Einrichtungen. Angaben zur Unterbringung der Kinder zeigten, dass 85.2% der Kinder bei ihren Eltern lebten, 3.6% bei Pflege- oder Adoptiveltern, eine Person bei den Großeltern (0.6%) und zehn Kinder (5.9%) in einer betreuten Einrichtung fremduntergebracht waren. Die Anzahl der Geschwister variierte von 0 – 6 Geschwister ($M = 1.44$, $SD = 1.11$). Der Großteil der Kinder war zum ersten Mal in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig (74%). Es waren jedoch 83.4% zuvor in psychischer Behandlung. Zusätzlich wurde für 42% der Kinder angegeben, dass sie regelmäßig Medikamente einnahmen.

Das Erleben traumatischer Ereignisse der Kinder wurde von diesen und ihren Bezugspersonen folgendermaßen berichtet: 8.9% der Eltern und 7.7% der Kinder gaben an, noch kein PTE erlebt zu haben. Die Erfahrung eines traumatischen Ereignisses führten 28.4% der Bezugspersonen und 21.3% der Kinder an. Bei zwei bis drei traumatischen Ereignissen beliefen sich die Angaben der Kinder auf 36.1% und die der Bezugspersonen auf 41.4%. Vier bis fünf solcher Ereignisse berichteten 14.8% der Bezugspersonen und 21.3% der Kinder. Außerdem machten 6% der Bezugspersonen und 13.7% der Kinder die Angabe, mehr als sechs PTEs erfahren zu haben. Auch bezogen auf die einzelnen Erlebnisse und Trauma-Kategorien berichten Kinder und Bezugspersonen divergierende Prävalenzen (siehe Tabellen 1 und 2).

Tabelle 1

Übersicht über die Ja-Berichte der Kinder und Bezugspersonen bei den CATS-Items

Traumatisches Ereignis	N (K/BZ)	% Kinder	% Bezugspersonen
1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer.	168/167	9.5 (N = 16)	9.5 (N = 16)
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss.	167/163	37.3 (N = 63)	30.8 (N = 52)
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen.	167/166	7.7 (N = 13)	10.1 (N = 17)
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in seiner/ihrer Familie.	164/162	25.4 (N = 43)	20.7 (N = 35)

5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört.	167/166	33.7 (N = 57)	14.8 (N = 25)
6. Gesehen, wie jemand in seiner/ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	168/166	20.1 (N = 34)	17.8 (N = 30)
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde.	167/163	40.8 (N = 69)	18.3 (N = 31)
8. Jemand, der älter ist als er/sie, hat ihn/sie unerlaubt an seinen/ihren Geschlechtsteilen berührt.	165/161	17.8 (N = 30)	8.3 (N = 14)
9. Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen.	165/163	10.7 (N = 18)	4.1 (N = 7)
10. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben.	165/164	34.9 (N = 59)	35.5 (N = 60)
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt.	166/168	5.9 (N = 10)	2.4 (N = 4)
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde.	166/167	10.1 (N = 17)	4.1 (N = 7)
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung.	167/166	16.0 (N = 27)	17.8 (N = 30)
14. Im Kriegsgebiet gewesen.	167/168	3.6 (N = 6)	3.0 (N = 5)
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis	163/164	33.7 (N = 57)	39.6 (N = 67)

Anmerkung. K steht für Kinder und BZ für Bezugspersonen

Die PTBS-Diagnosen, die aus dem Screening mit dem ITQ hervorgingen, beliefen sich auf 9.5% (N = 16) in der Selbstbewertung und 6.5% (N = 11) in der Fremdbewertung. Es gaben außerdem 28.4% (N = 48) der Kinder und 10.7% (N = 18) der Bezugspersonen passende Symptome für eine KPTBS-Diagnose an (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Selbst- und Fremdb Berichte des Erlebens verschiedener Trauma-Kategorien und der (K)PTBS-Diagnose

Kategorie	Fremdbericht	Selbstbericht
PTBS kategorial	6.5% (N = 11)	9.5% (N = 16)
KPTBS kategorial	10.7% (N = 18)	28.4% (N = 48)
Unfälle/Krankheiten	57.4% (N = 97)	62.7% (N = 106)
Gewalt soziales Umfeld	30.2% (N = 51)	50.3% (N = 85)
Häusliche Gewalt	26.6% (N = 45)	32.5% (N = 55)
Sexueller Missbrauch	8.3% (N = 14)	21.3% (N = 36)

Anmerkung. Kategorial bedeutet, dass die Diagnose anhand des Screening-Scores vergeben wird

Messinstrumente

Im Folgenden werden die Erhebungsinstrumente vorgestellt, die für die Untersuchung verwendet wurden. Alle verwendeten Variablen wurden im Selbst- und Fremdurteil erfragt.

Traumatische Ereignisse

Potenziell traumatische Erlebnisse der Kinder wurden mit der PTE-Checkliste des *Children und Adolescent Trauma Screen* (CATS; Sachser et al., 2017) in der deutschsprachigen Version abgefragt. Der Fragebogen lag sowohl in Form einer Selbstauskunft als auch in Fremdberichtsform vor. Der CATS ist ein Screening-Instrument für PTEs und PTBS-Symptome bei Kindern zwischen 7- 17 Jahren. Zur Erhebung erlebter Traumata basierend auf der DSM-5 Definition wurde eine Liste mit 15 PTEs vorgegeben, die mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten waren. Beispielitems lauteten für Unfälle: „Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss“, für Gewalt außerhalb der Familie: „Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört“ und für sexuellen Missbrauch: „Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen.“ Bei dem 15. Item der PTE-Checkliste konnte in einem freien Feld außerdem ein anderweitiges, belastendes Ereignis berichtet werden. Es war zusätzlich anzugeben, welches Ereignis als größte Belastung empfunden wurde. Bei der Validierung des CATS erreichte der Selbstreport in der deutschen Stichprobe eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .90$ und der Fremdreport ein Cronbachs $\alpha = .88$ (Sachser et al., 2017). Laut (Döring (2023) wird Cronbachs $\alpha > .90$ gängigerweise als hoch und eine interne Konsistenz von über $\alpha = .80$ als ausreichend eingestuft.

PTBS und KPTBS-Symptome

Der *International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version* (ITQ-CA; Cloitre et al., 2018) ist ein Screening-Instrument für Kinder zwischen 7-17 Jahren, um eine Selbstauskunft über ihre PTBS und KPTBS-Symptome nach der ICD-11 innerhalb des letzten Monats zu geben. Der Cluster der PTBS hat drei Unterskalen (Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung) mit jeweils zwei Items. Diese waren auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 (*Nie*) bis 4 (*Fast immer*) zu bewerten, je nachdem, wie belastend diese im letzten Monat empfunden wurden. Ein Beispielitem war: „Schlimme Träume, die mich daran erinnern, was passiert ist“. Zusätzlich wurden funktionale Beeinträchtigungen mit fünf Items erhoben. Diese beziehen sich unter anderem auf das Zurechtkommen mit Freunden*innen und Familie oder Schwierigkeiten in der Schule und wurden dichotom mit 0 (*Nein*) oder 1 (*Ja*) beantwortet. Für die KPTBS Diagnose wurde zusätzlich noch der DSO-Cluster abgefragt, der die Unterskalen Affektdysregulation, negatives Selbstbild und Schwierigkeiten in Beziehungen mit je zwei Items erfasste. Beispielitems hier waren: „Dass ich nichts fühlen kann oder mich innerlich leer fühle“ oder „Dass ich mich anderen Leuten nicht nahe fühle“. Dazu wurden erneut funktionale Beeinträchtigungen mit den gleichen fünf Items abgefragt. Ab einem Score von ≥ 2 galt ein Symptom als vorhanden. Die Items zur funktionalen Beeinträchtigung zählten bei einem „Ja“ als vorhanden. Eine PTBS-Diagnose konnte vergeben werden, wenn für jeden PTBS-Cluster (Vermeidung, Übererregung, Wiedererleben) mindestens eines von zwei Symptomen (≥ 2) und mindestens eins von fünf Symptomen der funktionalen Beeinträchtigung vorhanden war. Für eine KPTBS Diagnose mussten die Kriterien einer PTBS erfüllt sein und zusätzlich musste jeweils mindestens ein Symptom pro DSO-Cluster (Affektdysregulation, negatives Selbstkonzept, Beziehungsschwierigkeiten) als vorhanden (≥ 2) eingeschätzt werden. Dazu war ebenfalls die Angabe mindestens einer funktionalen Beeinträchtigung notwendig, um die KPTBS Diagnose zu erhalten. Die interne Konsistenz des ITQ-CA war mit Cronbachs $\alpha = .88$ in einer österreichischen Stichprobe (Bruckmann et al., 2020) und mit Cronbachs $\alpha = .87$ in einer litauischen Stichprobe (Kazlauskas et al., 2020) in einem guten Bereich (Döring, 2023). Die interne Konsistenz der PTBS-Subskala mit Cronbachs $\alpha = .79$ und der DSO-Subskala mit Cronbachs $\alpha = .86$ war ebenfalls gut (Kazlauskas et al., 2020). In der vorliegenden Studie wurde übereinstimmend mit den vorherigen Ergebnissen für den ITQ-CA ein Cronbachs $\alpha = .88$ gefunden. Die Subskalen PTBS ($\alpha = .81$) und DSO ($\alpha = .85$) zeigten ebenfalls eine gute Reliabilität.

Der ITQ-CG ist ein Fremdbeurteilungsfragebogen und wurde eingesetzt, um die Einschätzung der Bezugspersonen bezüglich der (K)PTBS-Symptomatik von Kindern

zwischen 7-17 Jahren zu erfassen. Genau wie der ITQ-CA basiert er auf einer PTBS-Skala mit den Clustern Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und einer DSO-Skala mit den Clustern Affektdysregulation, negatives Selbstkonzept, Beziehungsschwierigkeiten. Es wurde hier ebenfalls jeweils die funktionale Beeinträchtigung in fünf Items nach dem dichotomen Bewertungsmuster 0 (*Nein*) und 1 (*Ja*) angegeben. Im Unterschied zum ITQ-CA wurde bei den Bezugspersonen die Bewertung von 0 (*Nie*) bis 4 (*Fast immer*) noch um eine „Ich weiß nicht“-Option erweitert. Die Auswertung folgte demselben Algorithmus wie der ITQ-CA und ein Kriterium galt als erfüllt, wenn ein Score von ≥ 2 berichtet wurde. Zusätzlich wurde die Besorgnis der Bezugsperson über die Situation des Kindes auf einer 4-stufigen Skala von 1 (*überhaupt nicht besorgt*) bis 4 (*sehr besorgt*) erfragt. Das Item dazu lautete: „Wie oft sind Sie über das Verhalten, die Emotionen oder Beziehungen ihres Kindes besorgt?“. Das Instrument erwies sich mit einem Cronbachs $\alpha = .82$ als reliabel. Die Subskalen zeigten sich knapp unterhalb einer guten internen Konsistenz mit Cronbachs $\alpha = .78$ für den PTBS und DSO-Cluster.

Vorgehen

Die Daten wurden in mehreren Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eines niederösterreichischen Landesklinikums erhoben. Zwischen Februar 2023 und Februar 2024 füllten Teilnehmende im Rahmen der Eingangsdiagnostik eine vorgegebene Fragebogenbatterie aus, die verschiedene psychische Erkrankungen sowie demographische Daten, Ziele und Ressourcen der Patient*innen erfragten. Die Batterie wurde zumeist in der Klinik und teilweise zuhause von Kindern und ihren Bezugspersonen als Selbst- oder Fremdbeurteilung ausgefüllt. Die Teilnehmenden stimmten der anonymisierten Verwendung ihrer Daten zu. Die Ethikanträge zum Projekt wurden von der Universität Wien (Nummer 00919) und dem Land Niederösterreich (Nummer GS4-C-K-4/870-2023) genehmigt.

Analyse

Da die Daten aus einem laufenden Forschungsprojekt zum ITQ-CG (Haselgruber et al., 2024) stammen, wurden Plausibilitätschecks sowie ein Teil der Datenbereinigung und Skalenbildung schon im Vorfeld der Verwendung für dieser Studie durchgeführt. Dabei wurden doppelte Fälle ausgeschlossen und fehlende Werte recodiert. Zusätzlich wurden fehlende Werte bei einem Anteil von mehr als 90% am gesamten Datensatz, beziehungsweise bei mehr als 30% in den ITQs ausgeschlossen. Außerdem wurden zuvor die Subskalen des PTBS und DSO-Clusters sowie die Gesamt-Scores nach dem Algorithmus des ITQ als kontinuierliche und kategoriale Scores berechnet. Es wurde ebenfalls ein Trauma-Gesamtscore aus den CATS-Items summiert.

Im Rahmen dieser Studie erfolgte zunächst eine Häufigkeitsanalyse der „Ich weiß nicht Antworten“ des ITQ-CG, bevor die Datensätze der Selbst- und Fremdbewertung im weiteren Verlauf zusammengeführt wurden. Die meisten „Ich weiß nicht“-Antworten traten im Wiedererleben-Cluster auf (22.1% - 23.3%). Im Vermeidungscluster wurden 10.1% - 17.8% solcher Antworten verzeichnet, während für die anderen Cluster Werte zwischen 1.2% und 10.1% registriert wurden. Diese Antworten wurden anschließend als fehlend (999) kodiert und nicht in die weiteren Analysen miteinbezogen.

Um die Kind-Bezugspersonen-Dyaden untersuchen zu können, wurden die Selbst- und Fremdbeurteilungen anschließend zusammengeführt. Dafür wurden zuvor im Fremdbericht (N = 326) Fälle mit mehr als 33% fehlenden Daten ITQ-CG erneut ausgeschlossen. Fälle ohne Trauma-Exposition wurden ebenfalls nicht miteinbezogen, sodass N = 223 für den Zusammenschluss übrig blieben. Die Selbstbeurteilung wurde mit N = 308 Fällen miteinbezogen. Nach der Integration der Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen (N = 358) wurden N = 54 Fälle aufgrund fehlender Daten in der Selbstbeurteilung und N = 135 aufgrund fehlender Fremdbeurteilung ausgeschlossen, sodass N = 169 Selbst- und Fremdurteile für die weiteren Analysen zur Verfügung standen.

Nach der Zusammenführung der Datensätze wurden vier Trauma-Kategorien aus den einzelnen Items der PTE-Checkliste des CATS (Sachser et al., 2017) gebildet, um die Verteilung der erlebten Traumata präzise darzustellen. Diese Einteilung orientierte sich an den Vorgaben von Skar et al. (2021) und diente der Vergleichbarkeit mit anderen Studien. In dieser Studie sind die abhängigen Variablen (AVs) die (K)PTBS-Symptome der Kinder, die von den Kindern selbst und ihren Bezugspersonen berichtet werden. Die unabhängigen Variablen (UVs) umfassen die Identität der Beurteilenden (Kind oder Bezugsperson) sowie deren Charakteristiken. Diese Charakteristiken werden durch verschiedene Items in den ITQ-Fragebögen und durch die Erhebung soziodemographischer Daten operationalisiert. Die (K)PTBS-Symptome wurden sowohl als kontinuierliche Variablen analysiert als auch dichotom kategorisiert (vorhanden oder nicht vorhanden), um unterschiedliche Aspekte der Symptomausprägung zu erfassen.

Alle deskriptiven und inferenz-statistischen Analysen wurden mit SPSS 29.0 für Windows ausgeführt

Deskriptive Daten.

Es wurden Häufigkeiten für nominalskalierte Daten sowie Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) für alle relevanten metrischen Variablen berechnet. Die

Prävalenzen für PTBS und KPTBS wurden nach dem zuvor beschriebenen Algorithmus des ITQ-CA und ITQ-CG getrennt berechnet.

Inferenzstatistik.

Für die inferenzstatistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ festgelegt. Zur Beantwortung der ersten Hypothese wurden die Übereinstimmungen und Unterschiede des Trauma-Gesamtscores sowie der einzelnen Trauma-Kategorien untersucht. Der Gesamtscore wurde mittels gepaarter t-Tests und Intraklassenkorrelationen (ICC) verglichen. Für die Analyse der Trauma-Kategorien wurden Cohens Kappa und Chi-Quadrat-Tests verwendet, da es sich hierbei um nominalskalierte Daten handelt. Cohens Kappa misst die korrigierte Übereinstimmung zweier Rater bezüglich einer kategorialen Variable. Der Chi-Quadrat-Test bewertet die Assoziation zwischen kategorialen Variablen. Aufgrund der multiplen Testungen wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur angewendet, um den Alpha-Fehler zu kontrollieren, da diese weniger konservativ als die Bonferroni-Korrektur ist (Chen et al., 2017). Diese Methode korrigiert den Alpha-Fehler, um das Risiko falsch positiver Ergebnisse zu minimieren ($1 - (1 - \alpha)^k$).

Um die Übereinstimmungen und Unterschiede der (K)PTBS-Beurteilungen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen für die zweite Hypothese zu vergleichen, wurden gepaarte t-Tests und ICCs wie bei (Clawson et al., 2013; Erikson et al., 2017; Humphreys et al., 2017; McWey et al., 2018; Wamser, 2023) für die kontinuierlichen Variablen der (K)PTBS-Symptome sowie Cohens Kappa und Chi-Quadrat-Tests für die kategorialen (K)PTBS-Diagnosen durchgeführt. Die Annahme der Normalverteilung für die t-Tests wurde teilweise verletzt. Die Differenzen der kontinuierlichen DSO-, AD- und DR-Scores waren gemäß dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt, jedoch wiesen keine der Differenzen gemäß dem Kolmogorov-Smirnov-Test eine Normalverteilung auf. Trotz dieser Verletzungen wurden gepaarte t-Tests durchgeführt, da sie als relativ robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung gelten (Pagano, 2010; Wilcox, 2012). Es wurden Ausreißer im Datensatz belassen, da signifikante Unterschiede zwischen den Berichten von Bezugspersonen und Kindern auftreten können und eine weitere Reduzierung der Stichprobe vermieden werden sollte. In Übereinstimmung mit Sachser et al. (2017) und Wamser (2023) wurden ICCs verwendet, um die Inter-Rater-Reliabilität zu berechnen, da dadurch Unterschiede hinsichtlich der Streuung und Mittelwerte zwischen den Beurteilern berücksichtigt werden (Scherer, 2014; Wirtz & Caspar, 2002). Die ICCs wurden nach dem Two-Way-Mixed-Modell für absolute Übereinstimmung berechnet.

Die Einflussfaktoren auf die Diskrepanzen des PTBS und DSO-Clusters, die in der dritten Hypothese ihren Eingang gefunden haben, wurden anhand zweier multipler linearer Regressionen analysiert. Multiple lineare Regressionen sind ein gängiges Verfahren für diesen Zweck (De Los Reyes et al., 2008, 2011; Oransky et al., 2013; Wamser, 2023; Wamser-Nanney & Campbell, 2021). Als abhängige Variablen wurden standardisierte Differenzscores (SDS) für die PTBS und DSO-Subskalen berechnet. Dazu wurden die Werte von Kindern und Bezugspersonen z-standardisiert und voneinander subtrahiert (Fremdbeurteilung - Selbstbeurteilung). Das bedeutet, negative Werte repräsentierten eine höhere Bewertung durch die Kinder und positive Werte eine höhere Symptomeinschätzung der Bezugspersonen. SDS führen zu größerer Vergleichbarkeit und werden in der Untersuchung von Diskrepanzen vielfach verwendet (De Los Reyes et al., 2008, 2011; Haselgruber, 2020a; McWey et al., 2018; Wamser, 2023; Wamser-Nanney & Campbell, 2021). Die interne Konsistenz der SDS zeigte bei PTSD ein Cronbachs $\alpha = .63$ und für die DSO-SDS ein Cronbachs $\alpha = .73$, was auf eine schlechte bis akzeptable Reliabilität hinweist (De Los Reyes et al., 2011; Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020a). Die Prädiktoren Alter, Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich), Ausfüllende Bezugsperson, Therapie in der Vergangenheit (0 = nein, 1 = ja), Medikation (0 = nein, 1 = ja), Sorge um das Kind sowie CATS-Gesamtscore und Trauma-Kategorien (0 = nicht erlebt, 1 = erlebt), wurden nach ausführlicher Literaturrecherche als potenziell relevante Einflussfaktoren identifiziert und blockweise in das Modell aufgenommen. Im ersten Block wurden die soziodemographischen Prädiktoren und im zweiten Block die klinischen Prädiktoren aufgenommen. Die Modellvoraussetzungen wurden alle erfüllt. Die lineare Beziehung zwischen den unabhängigen Variablen und den SDS wurde durch Streudiagramme bestätigt. Es konnten bei der Überprüfung der Hebelwerte und der Cook-Distanz keine Ausreißer festgestellt werden. Mit dem Durbin-Watson-Test wurde die Unabhängigkeit der Residuen bestätigt, was auf keine Autokorrelation hinweist. Die Voraussetzung der Homoskedastizität wurde mit dem Breusch-Pagan-Test und mit Streudiagrammen der standardisierten Residuen gegen die vorhergesagten Werte bestätigt. Außerdem waren die Residuen normalverteilt, was durch einen Normal-QQ-Plot und den Shapiro-Wilk-Test überprüft wurde. Zuletzt lag auch keine Multikollinearität zwischen den Prädiktoren vor, was anhand von Varianzinflationsfaktoren (VIF) < 10 angezeigt wurde (Field, 2017).

Ergebnisse

Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdberichten von Traumaerfahrungen

Der Gesamtwert der erlebten Traumata stimmte im Selbst- und Fremdbericht mit einer Inter-Rater-Reliabilität von $ICC = .46$ (95% CI: .32–.57) überein. Es zeigt sich jedoch ebenfalls ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung des Trauma-Scores ($t(167) = -3.73, p < .001, d = -.288$). Kinder ($M = 3.07, SD = 2.35$) berichten mehr erlebte Traumata als ihre Bezugspersonen ($M = 2.43, SD = 1.95$).

Bei der Analyse der Trauma-Kategorien konnte für Unfälle und Krankheiten eine signifikante Übereinstimmung von $\kappa = 0.57$ ermittelt werden. Eine signifikante Übereinstimmung der Urteile ergab sich auch in den anderen Trauma-Kategorien (siehe Tabelle 3). Gewalt im sozialen Umfeld ($\kappa = 0.41$), Häusliche Gewalt ($\kappa = 0.45$) und Sexueller Missbrauch ($\kappa = 0.53$) stimmten in den Beurteilungen von Kindern und ihren Bezugspersonen ebenfalls überein.

Tabelle 3

Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Kind- und Bezugspersonen-Ratings bezüglich traumatischer Erfahrungen des Kindes

Trauma-Typ	N	Kappa	χ^2	Selbst-bericht	Fremdbe-richt	Beide berichten	Keiner berichtet
Unfälle/Krankheiten	152	.57**	50.33**	18	12	82	40
Gewalt im sozialen Umfeld	152	.41**	30.25**	39	7	41	65
Häusliche Gewalt	158	.45**	32.82**	23	14	30	91
Sexueller Missbrauch	154	.53**	52.86**	17	1	13	123

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$ nach Bonferroni-Holm-Korrektur

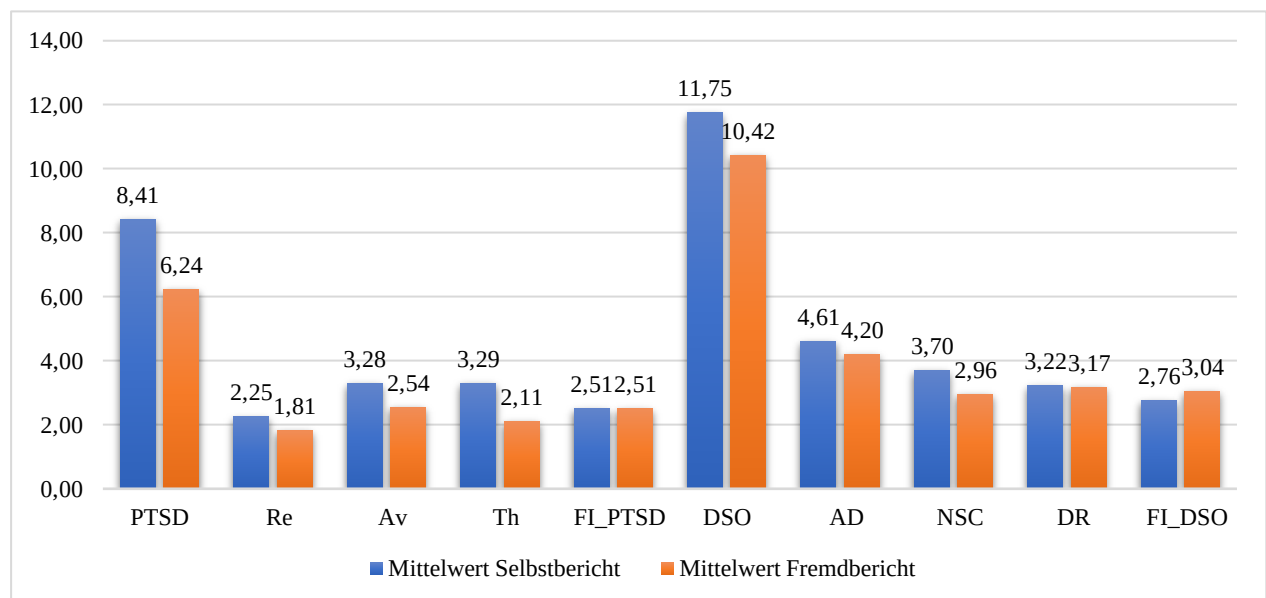
Der Pearson Chi-Quadrat-Test ergab zusätzlich einen signifikanten Unterschied zwischen den Berichten der Kinder und ihren Bezugspersonen über die Trauma-Kategorien (siehe Tabelle 3). Die Berichte der Kinder waren in allen vier Kategorien höher als die der Bezugspersonen. Für sexuellen Missbrauch wurde ein exakter Test nach Fisher herangezogen, da in einer Zelle die erwartete Häufigkeit unter 5 lag und somit die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test in dieser Trauma-Kategorie nicht gegeben waren. Dieser war ebenfalls signifikant, $p = .008$.

Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdbberichten von PTBS und DSO

Einen Überblick über die Mittelwerte der PTBS- und DSO-Skalen sowie aller Subskalen ist in Abbildung 1 zu sehen.

Abbildung 1.

Vergleich der Mittelwerte der (K)PTBS-Symptomatik im Selbst- und Fremdbbericht



Anmerkungen. Re = Wiedererleben, Av = Vermeidung, Th = Übererregung und FI_PTSD = funktionale Beeinträchtigungen durch die PTBS-Symptome. DSO = Dysregulation der Selbstorganisation, AD = Affektdysregulation, NSC = Negatives Selbstkonzept, DR = Schwierigkeiten in Beziehungen und FI_DSO = funktionale Beeinträchtigungen durch die DSO-Symptome.

Die Übereinstimmung zwischen dem kategorialen PTBS-Selbstbericht und der kategorialen PTBS-Fremdbewertung war signifikant ($\kappa = .24$, $p = .002$). Außerdem konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden. Im exakten Test nach Fisher war $p = .013$. Dieser Test wurde hier angewendet, da in einer Zelle eine Häufigkeit < 5 erwartet wurde. Dabei berichteten abweichend 12 Kinder eine PTBS verglichen mit sieben Bezugspersonen. Übereinstimmend berichteten vier Kinder und Bezugspersonen von einer PTBS und 142 von keiner PTBS. Für die KPTBS-Diagnose konnte keine signifikante Übereinstimmung gefunden werden ($\kappa = .10$, $p = .129$). Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Test zeigte außerdem keinen signifikanten Zusammenhang ($X^2(1) = 2.31$, $p = .129$). Dabei berichten abweichend 40 Kinder eine KPTBS verglichen mit 10 Bezugspersonen,

übereinstimmend berichteten acht Kinder und Bezugspersonen von einer KPTBS und 107 von keiner KPTBS.

Bei der Analyse der kontinuierlichen PTBS- und DSO-Variablen wurde ebenfalls die Übereinstimmung untersucht. Die ICC-Werte zeigten für alle Symptomgruppen eine signifikante Inter-Rater-Reliabilität (siehe Tabelle 4). Die ICCs für die Gesamtbewertung der PTBS-Symptome ($ICC = .44$ [95% CI: .27–.57]) und die Wiedererleben-Subskalen ($ICC = .46$ [95% CI: .32–.58]) wiesen die höchsten Werte auf.

Affektdysregulation ($ICC = .21$ [95% CI: .06–.38]) und die Funktionale Beeinträchtigung im PTBS-Cluster ($ICC = .24$ [95% CI: .08–.38]) ergaben die niedrigste signifikante Übereinstimmung.

Tabelle 4

ICC-Ergebnisse der PTSD und DSO-Subskalen mit dem Modell Single Measures Two-Way Mixed with Absolute Agreement

Subskalen	ICC (a)	p	95% Konfidenzintervall		Inter-Item Korrelation
			Unterer Grenze	Obere Grenze	
PTSD	.44	.01*	.27	.57	.47
Re	.46	.01*	.32	.58	.47
Av	.26	.01*	.11	.40	.27
Th	.28	.01*	.13	.42	.32
FI_PTSD	.24	.01*	.09	.38	.24
DSO	.33	.01*	.17	.46	.34
AD	.21	.01*	.06	.35	.35
NSC	.38	.01*	.24	.51	.40
DR	.28	.01*	.13	.42	.28
FI_DSO	.33	.01*	.05	.34	.20

Anmerkung. * $p < .05$ nach Bonferroni-Holm Korrektur;

Re = Wiedererleben, Av = Vermeidung, Th = Übererregung und FI_PTSD = funktionale Beeinträchtigungen durch die PTBS-Symptome. DSO = Dysregulation der Selbstorganisation, AD = Affektdysregulation, NSC = Negatives Selbstkonzept, DR = Schwierigkeiten in Beziehungen und FI_DSO = funktionale Beeinträchtigungen durch die DSO-Symptome.

(a) Einzelne Maße, d.h. es wird derselbe Schätzer verwendet, unabhängig davon, ob eine Wechselwirkung vorliegt.

In der Untersuchung der PTBS und DSO-Skalen der ITQ-Fragebögen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der PTBS-Skala von Kindern und Bezugspersonen mit $t(119) = -3.83$, $p = .01$, $d = -.35$ (siehe Tabelle 5). Kinder berichteten

dabei signifikant mehr PTBS-Symptome als ihre Bezugspersonen. Für die DSO-Skala wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt ($t(143) = -2.36, p = .114$).

Tabelle 5

Gepaarte t-Tests der PTSD und DSO-Subskalen

	Selbstbericht		Fremdbericht		<i>T</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
PTSD	8.41	6.31	6.24	5.62	-3.83	.01*	-.35
Re	2.25	2.24	1.81	2.12	-2.27	.125	-.19
Av	3.28	2.51	2.54	2.23	-3.23	.01*	-.26
Th	3.29	2.64	2.11	2.32	-5.19	.01*	-.42
FI_PTSD	2.51	1.65	2.51	1.73	0.00	> .999	.00
DSO	11.75	6.22	10.42	5.41	-2.36	.114	-.20
AD	4.61	2.14	4.20	2.12	-1.95	.212	-.15
NSC	3.70	2.67	2.96	2.33	-3.34	.01*	-.27
DR	3.22	2.44	3.17	2.40	-0.22	> .999	-.02
FI_DSO	2.76	1.60	3.06	1.70	1.84	.212	.15

Anmerkungen. * $p < .05$ zweiseitig nach Bonferroni-Holm Korrektur;

Re = Wiedererleben, Av = Vermeidung, Th = Übererregung und FI_PTSD = funktionale Beeinträchtigungen durch die PTBS-Symptome. DSO = Dysregulation der Selbstorganisation, AD = Affektdysregulation, NSC = Negatives Selbstkonzept, DR = Schwierigkeiten in Beziehungen und FI_DSO = funktionale Beeinträchtigungen durch die DSO-Symptome.

Im Zuge der Analyse wurde für die Subskalen Vermeidung (Av; $t(154) = -3.23, p = .01, d = -.26$) und Übererregung (Th) aus dem PTBS-Cluster mit $t(163) = -5.19, p = .01$ ein signifikanter Beurteilungsunterschied mit $d = -.42$ gefunden. Kinder (Av: $M = 3.28, SD = 2.51$; Th: $M = 3.29, SD = 2.64$) berichten hier ebenfalls mehr Symptome als ihre Bezugspersonen (Av: $M = 2.54, SD = 2.23$; Th: $M = 2.11, SD = 2.32$). Wie in Tabelle 5 ersichtlich, ließ sich zwischen den Berichten über das Wiedererleben und die funktionalen Beeinträchtigungen durch die PTBS-Symptome jedoch kein signifikanter Unterschied feststellen. Im Cluster der Störungen der Selbstorganisation konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern und Bezugspersonen in den Berichten über das Negative Selbstkonzept gefunden werden ($t(157) = -3.34, p = .01, d = -.27$). Kinder ($M = 3.02, SD = 2.67$) berichten mehr Symptome als ihre Bezugspersonen ($M = 2.96, SD = 2.33$). Für Affektdysregulation und Beziehungsschwierigkeiten zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Dennoch berichteten Kinder höhere Symptome als ihre Bezugspersonen (siehe Tabelle 5). Die funktionalen Beeinträchtigungen durch die DSO-

Symptome wurden durch Bezugspersonen und Kinder ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich bewertet. Das Ergebnis sticht jedoch heraus, da Bezugspersonen hier im Gegensatz zu anderen Variablen höhere Werte angaben als Kindern.

Einflussfaktoren

Zur Vorhersage der Beurteilungsdiskrepanz der PTBS-Symptome wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die Stichprobe belief sich nach listenweisem Ausschluss auf $N = 81$ Teilnehmer*innen-Dyaden. Das Modell umfasste Alter, Geschlecht und die Art der Bezugsperson, die in einem ersten Schritt in das Modell aufgenommen wurden. Im zweiten Schritt wurden Therapie in der Vergangenheit, Medikation, Sorge der Bezugsperson um das Kind, CATS-Gesamtscore sowie die Trauma-Kategorien Unfall und Krankheit, Community-Gewalt, häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch hinzugefügt. Das Modell erklärte im ersten Block, der die Prädiktoren Alter, Geschlecht und ausfüllende Person umfasste, einen Varianzanteil von $R^2 = .05$ beziehungsweise einem korrigierten $R^2 = .01$ der PTBS-SDS. Die F-Teststatistik für Block 1 war nicht signifikant ($F(3,77) = 1.21$, $p = .311$). Der Einschluss von Block 2 ($R^2 = .19$ und korrigiertes $R^2 = .06$) erklärte ebenfalls einen Teil der Varianz der SDS. Die F-Teststatistik des Gesamtmodells war nicht signifikant ($F(11,69) = 1.43$, $p = .181$).

Tabelle 6

Einflussfaktoren auf den SDS des PTBS-Clusters

Variablen	korr. R^2	b	SE	β	p
Block 1	.01				
Konstante		.41	.61		.50
Alter		-.02	.05	-.04	.73
Geschlecht		-.36	.24	-.18	.14
Ausgefüllt von		.02	.05	.06	.63
Block 2	.06				
Konstante		-.05	.75		.94
Alter		.02	.05	.04	.73
Geschlecht		-.22	.26	-.11	.41
Ausgefüllt von		.04	.05	.09	.49
Medikation		-.331	.24	-.16	.17
Therapie-Vergangenheit		-.478	.34	-.17	.17
Sorge um das Kind		.156	.12	.15	.20
CATS-Gesamt		-.105	.11	-.23	.34
Unfall/Krankheit		.512	.31	.24	.10
Community Gewalt		-.025	.32	-.01	.94
Häusliche Gewalt		.164	.35	.08	.64
Sexueller Missbrauch		-.412	.37	-.15	.27

Anmerkung. * $p < .05$

Die Analyse der einzelnen Prädiktoren ergab, dass keiner der untersuchten Prädiktoren einen signifikanten Einfluss auf den SDS-Score hatte (siehe Tabelle 6). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Modell eine nur geringe Varianzaufklärung der SDS-Scores erreichte und dass die analysierten Prädiktoren keinen signifikanten Beitrag zur Erklärung der PTBS-Symptome im untersuchten Sample leisteten.

Die Einflussfaktoren auf die Beurteilungsdiskrepanz der DSO-Symptome wurden ebenfalls mit einer multiplen linearen Regression untersucht. Es wurden nach listenweisem Ausschluss $N = 97$ Dyaden in die Analyse einbezogen. Das Modell umfasste im ersten Schritt die Prädiktoren Alter, Geschlecht und ausfüllende Bezugsperson und im zweiten Schritt zusätzlich Therapie in der Vergangenheit, Medikation, Sorge der Bezugsperson um das Kind, CATS-Gesamtscore sowie die Trauma-Kategorien Unfall und Krankheit, Community-Gewalt, häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch. Der erste Block, erklärte $R^2 = .08$ beziehungsweise ein korrigiertes $R^2 = .05$ der Varianz der DSO-SDS. Die F-Teststatistik für diesen Block war nicht signifikant ($F(3,93) = 2.56, p = .060$). Innerhalb dieses Blocks zeigte das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf den SDS-Score ($\beta = -.23, p = .022$), wobei Mädchen mehr Symptome berichteten als ihre Bezugspersonen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

Einflussfaktoren auf den SDS des DSO-Clusters

Variablen	korr. R^2	b	SE	β	p
Block 1	.05				
Konstante		1.12	.67		.10
Alter		-.05	.05	-.11	.29
Geschlecht		-.56	.26	-.23	.03*
Ausgefüllt von		-.04	.05	-.09	.39
Block 2	.09				
Konstante		-.10	.85		.91
Alter		.01	.05	.01	.90
Geschlecht		-.52	.28	-.21	.07
Ausgefüllt von		-.04	.05	-.09	.39
Medikation		-.36	.25	-.15	.16
Therapie-Vergangenheit		-.60	.39	-.17	.13
Sorge um das Kind		.37	.13	.31	.005
CATS-Gesamt		-.05	.10	-.10	.61
Unfall/Krankheit		-.13	.32	-.05	.69
Community Gewalt		.26	.30	.11	.39
Häusliche Gewalt		.07	.35	.03	.84
Sexueller Missbrauch		-.09	.37	-.03	.80

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

Nach dem Hinzufügen der Prädiktoren Therapie in der Vergangenheit, Medikation, Sorge der Bezugsperson um das Kind, CATS-Gesamtscore, Unfall und Krankheit, Community-Gewalt, häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch in Block 2, erhöhte sich der erklärte Varianzanteil auf $R^2 = .19$, beziehungsweise ein korrigiertes $R^2 = .09$. Die Gesamtmodell-F-Teststatistik war jedoch nicht signifikant ($F(11,85) = 1.84, p = .059$). Die detaillierte Analyse der Prädiktoren im zweiten Block ergab, dass der Einfluss des Geschlechts aus Block 1 verschwand ($\beta = -.21, p = .186$), während die Sorge der Bezugsperson um das Kind einen signifikanten Einfluss auf den SDS-Score hatte ($\beta = .31, p = .035$). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Modell eine geringe, nicht signifikante Varianzaufklärung des DSO-SDS-Scores erreicht.

Diskussion

In dieser Studie wurden die Beurteilungsunterschiede zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen bezogen auf traumatische Ereignisse und (K)PTBS-Symptome untersucht. Während vorherige Studien bereits gezeigt haben, dass Beurteilungsdiskrepanzen domänen-relevante Informationen über die untersuchten Symptome enthalten können (De Los Reyes et al., 2023) war bislang wenig darüber bekannt, wie sich diese Unterschiede im Kontext der ICD-11 PTBS und KPTBS Diagnosen verhalten. Um die Richtung der Diskrepanzen und ihre Einflussfaktoren zu analysieren, wurden Konkordanzen und Diskordanzen von Trauma und (K)PTBS wie bei Kramer und Kolleg*innen (2023) anhand dimensionaler und dichotomer Variablen auf Item-, Cluster und Gesamtscore-Ebene betrachtet.

Trauma

Die Prävalenzen für traumatische Erlebnisse der Kinder variierten je nach deren Anzahl zwischen Kindern ihren Bezugspersonen. Mit 92.3% im Selbstbericht und 91.1% im Fremdbbericht gaben Kinder und Bezugspersonen ähnliche Prävalenzen dafür an, mindestens ein Trauma erlebt zu haben. Sechs oder mehr erlebte PTEs wurden jedoch von 13.7% der Kinder und nur 6% der Erwachsenen angegeben. Kinder berichteten durchschnittlich 0.64 traumatische Ereignisse mehr als ihre Bezugspersonen, was einen signifikanten Beurteilungsunterschied darstellt. Die Bewertungen der traumatischen Erfahrungen stimmten dennoch moderat ($ICC = .458$) überein.

Die Trauma-Kategorien, die am meisten genannt wurden, waren Unfälle und Krankheiten (Fremd: 57.4%, Selbst: 62.7%), gefolgt von Gewalt im sozialen Umfeld (Fremd: 30.2%, Selbst: 50.3%) und häuslicher Gewalt (Fremd: 26.6%, Selbst 32.5%). Am geringsten wurde die Erfahrung von sexuellem Missbrauch beschrieben (Fremd: 8.3%, Selbst: 21.3%).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Aussagen zur Erfahrung verschiedener Trauma-Kategorien unterscheiden. Laut dem Chi-Quadrat-Test waren das Selbst- und Fremdurteil abhängig voneinander und Kinder berichteten signifikant mehr von erlebten Unfällen und Krankheiten, Gewalt im sozialen Umfeld, häuslicher Gewalt und sexuellem Missbrauch als ihre Bezugspersonen. Die Konkordanz der Beurteilungen erweist sich für alle Kategorien als moderat ($\kappa = .41 - .57$).

Anhand dessen kann die Hypothese 1a angenommen werden, da die Übereinstimmungen im moderaten Bereich (Landis & Koch, 1977) einzuordnen sind. Die Übereinstimmung war etwas geringer bei Gewalt im sozialen Umfeld ($\kappa = .41$), aber auch bei häuslicher Gewalt ($\kappa = .45$). Diese geringere Übereinstimmung bei häuslicher Gewalt stimmt nicht vollständig mit der Idee von Skar et al. (2021) überein, dass traumatische Erlebnisse wie Gewalt im sozialen Umfeld, Unfälle und sexueller Missbrauch, die potenziell außerhalb der Sphäre der Eltern geschehen, eine geringere Konkordanz aufweisen. Insgesamt lagen die Konkordanzen jedoch nah beieinander.

Die Ergebnisse stehen insgesamt im Einklang mit früheren Studien, wie beispielsweise von Skar und Kolleg*innen (2021), welche moderate Übereinstimmungen für verschiedene Trauma-Kategorien fanden. Allerdings berichteten diese bei Unfällen und Krankheiten nur eine mäßige Übereinstimmung, während in dieser Studie die höchste Übereinstimmung in diesem Bereich festgestellt wurde. Mai und Scheeringa (2021) fanden, dass sexuelle Übergriffe mit Kappa-Werten von .77 bis .84 die höchste Übereinstimmung aufwiesen. Auch in anderen Studien (Skar et al., 2021; Stover et al., 2010) stimmten die Berichte im Bereich des sexuellen Missbrauchs am meisten überein. In dieser Studie ließ sich für sexuelle Übergriffe ($\kappa = .533$) die zweithöchste Konkordanz finden. Tingskull und Kolleg*innen (2015) berichteten ebenfalls moderate Übereinstimmungen bei Verkehrsunfällen und sexuellem Missbrauch, was mit den gefundenen moderaten Übereinstimmungen korrespondiert. Alles in allem waren die Unterschiede zwischen den Studien begrenzt und es konnte, wie in anderen Studien eine moderate Übereinstimmung zwischen den Trauma-Berichten der Kinder und der Bezugspersonen gefunden werden.

Die Hypothese 1b kann ebenfalls akzeptiert werden. Trauma-Berichte von Kindern und ihren Bezugspersonen unterschieden sich im Chi-Quadrat-Test signifikant. Kinder berichteten mit einem mittleren bis großen Effekt (Cohen, 2013) von $\Phi = .446$ bis $\Phi = .586$ mehr PTEs in allen Trauma-Kategorien. Ähnliche Ergebnisse waren auch bei Skar und Kolleg*innen (2021) in einer klinischen Stichprobe zu beobachten. Dort konnte nur für häusliche Gewalt kein signifikanter Unterschied gefunden werden, welcher jedoch in anderen

Studien vorhanden war (Tingskull et al., 2015). Ein systematischer Review berichtete außerdem, dass Jugendliche häufiger von körperlichem Missbrauch berichteten als ihre Bezugspersonen (Cooley & Jackson, 2022).

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Kinder dazu neigen, häufiger von ihren Trauma-Erfahrungen zu berichten als ihre Bezugspersonen. Mögliche Gründe für diese Diskrepanz könnten unterschiedliche Wahrnehmungen oder Erinnerungen an die Ereignisse sein oder unterschiedliche Interpretationen dessen, was als Trauma angesehen wird (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Weiters argumentierten Connell und Kolleg*innen (2018), dass Eltern möglicherweise zurückhaltend sind, bestimmte Informationen preiszugeben, insbesondere wenn es sich um familiäre Gewalt handelt. Als mögliche Gründe dafür können Scham, Schuldgefühle, Angst vor Konsequenzen und soziale Erwünschtheit angeführt werden (Lamela et al., 2024). Die moderate Übereinstimmung könnte darauf zurückzuführen sein, dass Eltern bestimmte traumatische Erlebnisse unterschätzen, weil die Kinder ihnen diese nicht mitteilen (Connell et al., 2018). Die höhere Übereinstimmung bei sexuellem Missbrauch in der Literatur könnte aus der eindeutigen gesellschaftlichen Einordnung solcher Taten als traumatisch entstehen. Unterschiede in den Stichproben und Erhebungsmethoden können ebenfalls eine Erklärung für die Variation der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Studien sein.

PTBS und KPTBS

Die PTBS-Kriterien der ICD-11 erfüllten in dieser Studie 9.5% der Beurteilten im Selbstbericht und 6.5% im Fremdbbericht. Zwischen den Berichten gab es eine mäßige Übereinstimmung ($\kappa = .24$) sowie einen signifikanten Unterschied ($p = .013$ im exakten Test nach Fisher). Aus dem Selbstbericht gingen signifikant mehr PTBS-Diagnosen hervor als aus dem Fremdbbericht. Bei der KPTBS-Diagnose wurden die Kriterien von 28.4% im ITQ-CA und von 10.7% im ITQ-CG erfüllt. Hier gab es keine signifikante Übereinstimmung zwischen den Kindern und ihren Bezugspersonen ($\kappa = .10$, $p = .129$). In den Berichten der Kinder wurden deutlich mehr KPTBS-Symptome angegeben als in denen der Bezugspersonen. Der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung war jedoch ebenfalls nicht signifikant ($\chi^2(1) = 2.31$, $p = .129$). Alle Subskalen (PTBS, Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung funktionale Beeinträchtigungen durch die PTBS-Symptome sowie DSO, Affektdysregulation, Negatives Selbstkonzept, Schwierigkeiten in Beziehungen und funktionale Beeinträchtigungen durch die DSO-Symptome) stimmten laut ICCs nach der Bonferroni-Holm Korrektur signifikant überein. Die Inter-Rater-Reliabilität erwies sich als gering bis moderat ($ICC = .21 - .46$). Die Beurteilungsunterschiede im PTBS-Cluster, sowie in den

Subskalen Vermeidung, Übererregung und negatives Selbstkonzept waren nach der Bonferroni-Holm Korrektur signifikant. Es wurden jeweils mit geringer Effektstärke nach Cohen (2013) von den Kindern mehr Symptome berichtet.

Die Hypothese 2a kann damit größtenteils bestätigt werden, da für die Bewertung der kategorialen PTBS-Diagnose und alle Subskalen-Scores eine signifikante Übereinstimmung gefunden wurde. Diese erwies sich als mäßig für den Kappa-Wert und als schlecht für die ICCs (Cicchetti, 1994; Landis & Koch, 1977). Bei der Beurteilung der kategorialen KPTBS-Diagnose wurde jedoch keine signifikante Übereinstimmung nachgewiesen. Daher kann die Hypothese nur teilweise angenommen werden. Es ließ sich für die Subskalen insgesamt eine geringe Übereinstimmung finden, was auf größere Unterschiede zwischen den Berichten von Kindern und ihren Bezugspersonen hindeutet.

Hypothese 2b wird ebenfalls nur zu einem geringen Teil erfüllt und kann deswegen nicht vollständig angenommen werden. Signifikante Beurteilungsunterschiede zeigten sich nur in den Subskalen Vermeidung, Übererregung und negatives Selbstkonzept sowie dem PTBS-Cluster und Kinder gaben auch bei den äußerlich wahrnehmbaren Symptomen höhere Werte an als ihre Bezugspersonen. Das deutet darauf hin, dass die Beobachtbarkeit der Symptome hier keine Rolle spielt. Abgesehen von höheren Bewertungen durch Kinder in fast allen Bereichen, konnte kein Muster in den Diskrepanzen festgestellt werden. Es sticht heraus, dass Bezugspersonen nur in der Bewertung der funktionalen Beeinträchtigung im DSO-Cluster höhere Berichte aufwiesen als die Kinder, welcher aber nicht signifikant sind.

Die Befunde entsprechen weitgehend den Erkenntnissen von Meiser-Stedman und Kolleg*innen (2007, 2008), die ebenfalls eine schlechte Übereinstimmung auf der Diagnose-Ebene feststellten. In diesen Studien gaben Kinder höhere Werte für Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und funktionale Beeinträchtigung an, sowie eine höhere PTBS-Diagnoserate nach dem DSM-IV. Die Stichproben in beiden Studien umfassten Kinder, die nach einem Unfall oder Überfall in der Notaufnahme aufgenommen worden waren. Eine klinische Interventionsstudie dokumentierte gleichermaßen signifikante Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbereichten über PTBS-Symptome. Entgegen den Ergebnissen der vorliegenden Studie berichteten Eltern jedoch mehr Symptome als Kinder (Humphreys et al., 2017). Signifikante Unterschiede wurden für den PTBS-Gesamtscore, Vermeidung und Übererregung gefunden, was im Gegensatz zu der hier beobachteten Richtung steht. Ähnliche Befunde wurden auch in Studien von Wamser-Nanney & Campbell (2022) sowie Wamser (2023) berichtet, in denen Bezugspersonen die PTBS-Symptome ihrer Kinder höher einschätzten als die Kinder selbst.

Eine Ursache für die unterschiedlichen Richtungen in den Diskrepanzen könnte in der Verwendung verschiedener PTBS-Diagnosekriterien nach dem DSM-IV, DSM-5 oder der ICD-11 liegen. Diese unterscheiden sich beispielsweise in der Anzahl der Symptome, die eine Symptomgruppe umfasst, und in der Anzahl der Items, die mindestens genannt werden müssen, um als vorhanden zu gelten. Diese Unterschiede könnten die Chancen der Bezugspersonen, die von ihnen beobachteten Symptome zu benennen, erhöhen oder verringern. Darüber hinaus könnten auch Unterschiede in den Stichproben zu den beobachteten Diskrepanzen beigetragen haben. In einigen Studien (Humphreys et al., 2017; Wamser-Nanney & Campbell, 2022; Wamser, 2023) bestand die Stichprobe spezifisch aus Personen, die psychologische Unterstützung aufgrund eines traumatischen Erlebnisses aufsuchten. Dies könnte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Eltern mehr Symptome bei ihren Kindern erkennen. Beispielsweise wurde in der Studie von Wamser (2023) festgestellt, dass Eltern von Kindern mit komplexen Traumata häufiger über PTBS-Symptome berichteten. Im Gegensatz dazu wurden die Daten der vorliegenden Studie nicht mit einem trauma-spezifischen Fokus erhoben, sondern die Stichprobe im Nachhinein aufgrund von traumatischen Erlebnissen aus einer größeren klinischen Stichprobe ausgewählt. Dies könnte dazu geführt haben, dass Bezugspersonen weniger Aufmerksamkeit auf trauma-spezifische Symptomatik gerichtet haben oder geringere Kenntnisse davon besaßen als ihre Kinder. Interessant im Vergleich zu Grant et al. (2020) erwies sich, dass Kinder in deren Studie weniger PTBS-Symptome wie Alpträume in PTBS-spezifischen-Fragebögen angaben, als in allgemeinen Fragebögen. Ein "Shut-down" bei trauma-spezifischen Fragen, wie von Grant et al. (2020) beschrieben, ist in dieser Studie nicht aufgetreten.

Ergebnisse für den DSO-Cluster lassen sich im weitesten Sinne mit den Befunden von van Roy et al. (2010) vergleichen. Sie untersuchten Diskrepanzen zwischen Kindern und Eltern im Strengths and Difficulties-Questionnaire (SDQ; Goodman, 2001) und fanden, dass Kinder signifikant mehr emotionale Probleme, Hyperaktivität und Probleme mit Peers berichteten als ihre Eltern. In der Analyse des DSO-Clusters erwies sich zwar nur das negative Selbstkonzept als signifikant diskrepant, jedoch gaben Kinder auch mehr Affektdysregulation und Probleme in Beziehungen an.

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass Kinder zwar höhere Scores für alle Symptom-Cluster angaben, sich die Bewertung der funktionalen Beeinträchtigung dadurch jedoch nicht signifikant von der der Bezugspersonen unterschied. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von van Roy und Kolleg*innen (2010), dass Kinder zwar mehr Symptome aber eine geringere Auswirkung dieser beschrieben als Eltern.

Ein möglicher Grund dafür, dass manche der PTBS und DSO-Diskrepanzen nicht signifikant waren, ist eine zu geringe Stichprobe. Bei den berechneten Effektstärken (Cohens *d*) der nicht signifikanten t-Tests hätte es laut G*Power eine größere Stichprobe benötigt, um einen signifikanten Effekt zu finden. Dies zeigt jedoch auch, dass die Beurteilungen von Kindern und ihren Bezugspersonen in einigen Aspekten stärker übereinstimmten. Eine weitere Idee, die bestehenden Unterschiede zu erklären, kann von De Los Reyes und Kazdin (2005) abgeleitet werden. Sie postulierten, dass die selbstwahrgenommene Belastung von Kindern zu niedrigeren psychopathologischen Symptombereichen dieser führen könnten, da sie ihr Verhalten oder ihre Symptome nicht als belastend empfinden und daher weniger berichten würden. Möglicherweise könnte dieser Effekt aber auch in die Richtung gehen, dass Kinder mehr Symptome wahrnehmen und berichten, aber diese als nicht so stark belastend empfinden (Van Roy et al., 2010). Es ist vorstellbar, dass die zunehmende Alltagspräsenz von Begriffen wie Trauma und Flashbacks in der Popkultur, die Schwelle senken könnte, solche Symptome als vorhanden anzugeben (Kramer et al., 2023). Kramer et al. (2023) beschreiben dieses Phänomen als „falschen Alarm“, bei dem normative Erfahrungen von Klient*innen als klinisch relevant eingeschätzt werden. Dieses Phänomen zeigte sich besonders für Flashbacks, Vermeidung, Schuld und Übererregung.

Insgesamt gibt es verschiedene Gründe, die zu den beobachteten Diskrepanzen beitragen können. Es ist denkbar, dass Kinder ihre Symptome überschätzen, da es ihnen schwer fällt diese zu differenzieren und akkurat ihr eigenes Verhalten einzuschätzen (Kramer et al., 2023). Eine andere Option ist, dass Bezugspersonen die Symptome der Kinder unterschätzen, da sie diese nicht erkennen oder nennen wollen (Connell et al., 2018). Es zeigt jedoch auch, dass beide Beurteilenden einen eigenen Teil zum diagnostischen Prozess beitragen. Weitere Einflussfaktoren, die ebenfalls eine mögliche Erklärung für die Art und Richtung der Diskrepanzen liefern könnten, werden im Folgenden diskutiert.

Einflussfaktoren

In zwei multiplen Regressionsanalysen untersuchte diese Studie den Einfluss von demographischen Variablen wie Alter und Geschlecht des Kindes sowie die Auswirkung der ausfüllenden Bezugsperson. Weitere klinisch-relevante Variablen, deren Einfluss im zweiten Schritt analysiert wurden, sind Therapieerfahrung in der Vergangenheit, Medikation, Sorge der Bezugsperson um das Kind, der CATS-Gesamtscore, sowie die Trauma-Kategorien Unfall und Krankheit, Community Gewalt, Häusliche Gewalt und Sexueller Missbrauch. Weder für die PTBS- noch für die DSO-Diskrepanzen erklärten die Einflussfaktoren einen signifikanten Anteil der Varianz. Es zeigte sich für das PTBS-Modell mit einem korrigierten $R^2 = .01$ im

ersten Block und einem korrigierten $R^2 = .06$ im zweiten Block eine geringe Varianzaufklärung. Die nicht-signifikante Varianzaufklärung für die Diskrepanzen im DSO-Cluster lag bei einem korrigierten $R^2 = .05$ im ersten Block und einem korrigierten $R^2 = .09$ im zweiten Block und kann ebenfalls als gering eingeordnet werden. Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich nur Geschlecht in ersten Block des DSO-Modells, was darauf hinweist, dass Mädchen mehr Symptome berichteten als Bezugspersonen und Sorge um das Kind im zweiten Block, was im Zusammenhang mit höheren Berichten der Bezugspersonen steht. Hypothese 3 kann damit nicht bestätigt werden, da die Einflussfaktoren nicht signifikant zur Varianzaufklärung beitragen und die meisten Faktoren nicht signifikant mit den Beurteilungsdiskrepanzen zwischen Kindern und Bezugspersonen bezüglich PTBS und DSO-Symptomen assoziiert waren.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Alter der Kinder keinen signifikanten Einfluss auf die Diskrepanzen in der Symptomerichterstattung sowohl für PTBS als auch für DSO hatte. Dies steht im Gegensatz zu vielen Studien, die zeigten, dass ältere Kinder mehr Symptome berichten, da sie eventuell seltener ihre Symptome mit ihren Bezugspersonen besprechen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Erickson et al., 2017; Wamser, 2023). Andere Studien wie Skar und Kolleg*innen (2021) berichteten jedoch mehr Übereinstimmung mit steigendem Alter. Die gemischten Aussagen in der Literatur deuten darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Diskrepanzen durch weitere Faktoren beeinflusst wird wie beispielsweise die Art des Traumas und vorhandene Symptomatik (Wamser-Nanney & Campbell, 2021). Dies verhält sich ähnlich bei Geschlecht, wo ebenfalls sehr gemischte Ergebnisse zustande kamen.

In dieser Studie zeigte das Geschlecht eine Tendenz zu höheren Diskrepanzen bei Mädchen, insbesondere in den DSO-Skalen, obwohl dies nur im ersten Block signifikant war. Bezogen auf PTBS-Symptome und andere psychopathologische Auffälligkeiten berichteten auch Wamser-Nanney und Campbell (2021) sowie Stover et al., (2010) von mehr Symptomerichten durch Mädchen. Dies widerspricht in Teilen der Literatur, in der Mädchen oft eine höhere Übereinstimmung mit Bezugspersonen zeigten (McWey et al., 2018; Skar et al., 2021). Wamser-Nanney & Campbell (2022) stellten außerdem keinen Einfluss des Geschlechts fest. Die heterogenen Ergebnisse könnten durch Bewertung der Symptome anhand unterschiedlicher Fragebögen hervorgerufen werden oder in komplexeren Zusammenhängen zwischen Trauma und Geschlecht und weiteren Variablen erklärt werden (Wamser-Nanney & Campbell, 2021).

Während einige Studien einen Unterschied zwischen verschiedenen Bezugspersonen wie biologischen Eltern, Obsorge berechtigten Verwandten oder Pflegeeltern dokumentierten (McWey et al., 2018; Mai & Scheeringa, 2021), wurden in dieser Analyse keine solche Unterschiede festgestellt. Die Art der ausfüllenden Bezugsperson hatte hier, ähnlich wie in anderen Studien (De Los Reyes et al., 2008, 2011; Major et al., 2022) keinen signifikanten Einfluss auf die Diskrepanzen.

Die Anzahl erlebter Traumata hatte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die Beurteilungsunterschiede. Kinder berichteten in dieser Studie dennoch mehr Symptome als ihre Bezugspersonen, was den Ergebnissen von Wamser (2023) widerspricht. Diese fand in ihrer Studie, dass Bezugspersonen bei komplexen traumatischen Erlebnissen (chronisch und interpersonell) mehr PTBS-Symptome des Kindes berichteten. Bezogen auf die verschiedenen Trauma-Kategorien zeichnete sich in dieser Studie ebenfalls ein heterogenes Bild ab, wer mehr Symptome berichtet. Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Art und Anzahl der erlebten Traumata eine uneindeutige Rolle bei den Diskrepanzen in den Symptombewertungen zwischen Kindern und Bezugspersonen spielt.

Der Einfluss von Medikation und Therapie in der Vergangenheit auf Diskrepanzen zeigte in dieser Analyse eine Tendenz zu höheren Berichten der Kinder, war jedoch nicht signifikant. Dies steht im Gegensatz zu Jones et al. (2019), die feststellten, dass frühere Psychotherapie und Medikation mit einer höheren Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbbericht assoziiert waren, möglicherweise aufgrund erhöhter elterlicher Aufmerksamkeit für das Kind. Die nicht signifikanten Ergebnisse in dieser Studie könnten darauf hinweisen, dass der Einfluss dieser Prädiktoren doch eher in die Richtung größerer Übereinstimmung geht.

Ein Faktor, der im Zusammenhang mit Beurteilungsdiskrepanzen noch nicht direkt untersucht wurde, aber eventuell auch eine Rolle in den Dynamiken zwischen Kind und Bezugsperson spielt, ist die Sorge um das Kind. In vorherigen Studien (Godoy et al., 2014; Liverpool & Edbrooke-Childs, 2022) hat die Sorge die Bewertung der Eltern über die Symptome des Kindes mit beeinflusst und dadurch eine Auswirkung auf das Aufsuchen psychologischer Unterstützung gehabt. Die Sorge der Bezugspersonen wurde deshalb als potenzieller Prädiktor in die Analysen einbezogen und zeigte sich tatsächlich mit einer höheren Anzahl von Symptombewertungen durch die Bezugspersonen assoziiert. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der elterlichen Wahrnehmung und Sorge bei der Beurteilung von kindlichen Symptomen und deren Auswirkung auf den Diskrepanzen in den Symptombewertungen.

Alles in allem sind die Befunde aus der Literatur für die meisten Einflussfaktoren uneindeutig. Es kann sein, dass hier nicht die passenden Einflussfaktoren untersucht wurden, da keine Familien- und Beziehungsfaktoren mit einbezogen wurden. Dabei hatte beispielsweise die Psychopathologie eines Elternteils in der Vergangenheit ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Beurteilungsdiskrepanzen (De Los Reyes & Kazdin, 2005; De Los Reyes et al., 2008; Morris et al., 2012). Möglicherweise hatte auch die unausgeglichene Verteilung mancher Einflussvariablen wie beispielsweise des Bezugspersonentyps eine verzerrende Auswirkung auf die Modelle. Außerdem scheint es so, als wären zu viele Prädiktoren in das Modell aufgenommen worden, die wenig Varianz aufklären (*Overfitting*) weswegen vieles keinen signifikanten Einfluss hat.

Zukünftige Forschung sollte sich daher zum einen mehr mit den Wechselwirkungen verschiedener Einflussfaktoren auseinandersetzen, und zum anderen stärker an theoretischen Ansätzen wie denen von De Los Reyes und Kazdin (2005) sowie De Los Reyes et al. (2013) orientieren. Statt sich auf spezifische Charakteristika oder einzelne Einflussfaktoren zu konzentrieren, sollte der Kontext, in dem das Verhalten beobachtet wird, und die Perspektive, aus der es beurteilt wird (Selbst- oder Fremdbeurteilung), stärker beachtet werden (De Los Reyes et al., 2011). Diese Ansätze sind im *Operations Triad Model* (OTM) von De Los Reyes et al. (2013) eingebettet. Dieses Modell bietet einen Rahmen, um Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen mehreren Informationsquellen zu verstehen. Es unterscheidet zwischen *converging operations*, bei denen übereinstimmende Symptom-Berichte zu stärkeren Schlussfolgerungen führen, und *diverging operations*, die auf informative Gründe für Diskrepanzen hinweisen, wie die Beobachtung in verschiedenen Umfeldern (z.B. Schule vs. Zuhause; Romano et al., 2018). Bei *compensating operations* werden Diskrepanzen auf methodologische Gründe, wie unterschiedliche Fragebögen, zurückgeführt.

Limitationen

Die vorliegende Studie weist mehrere Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Erstens handelt es sich um ein querschnittliches Studiendesign, das nur die Untersuchung von Zusammenhängen zum Zeitpunkt der Datenerhebung ermöglicht. Dieses Design erlaubt es nicht, die Entwicklung der Richtung oder langfristige Auswirkungen der Diskrepanzen über die Zeit zu verfolgen. Daher können keine Aussagen über die Stabilität dieser Diskrepanzen gemacht werden, was eine Einschränkung für das Verständnis der Dynamik und Auswirkungen im Verlauf darstellt. Darüber hinaus ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der klinischen Stichprobe eingeschränkt. Da alle Teilnehmer*innen bereits psychologische Hilfe in Anspruch

genommen haben und eine hohe Rate an traumatischen Erlebnissen aufweisen, können die Ergebnisse nicht problemlos auf die allgemeine Bevölkerung übertragen werden. Viele Teilnehmende können außerdem an weiteren psychischen Störungen leiden, die sich stark mit dem DSO-Cluster überschneiden. Diese Komorbiditäten werden hier nicht berücksichtigt, was die Klarheit der gefundenen Effekte beeinträchtigen könnte. Zudem wurden wichtige Einflussfaktoren und Umstände, wie der Zeitpunkt des Traumas oder die Beziehung zum*zur Gefährder*in nicht untersucht. Diese Faktoren könnten jedoch wesentlich zur Erklärung der Diskrepanzen beitragen. Eine weitere Limitation ist, dass die "Ich weiß nicht"-Antworten aus der Analyse ausgeschlossen wurden. Dies könnte zu einem Bias führen, da diese Antworten potenziell relevante Informationen enthalten. Künftige Forschungen sollten diese Aspekte berücksichtigen, um ein umfassenderes Bild der Beurteilungsdiskrepanzen zu zeichnen. Eine detailliertere Untersuchung der spezifischen Umstände von „Ich weiß nicht“-Antworten und mehr Vergleichsstudien, insbesondere im Kontext der ICD-11, könnten hier wertvolle Einblicke liefern.

Neben den zuvor genannten methodischen Einschränkungen bestehen auch Limitationen in Bezug auf die Messmethoden und potenzielle Fehlerquellen in der vorliegenden Studie. Diskrepanzen zwischen den Berichten von Kindern und Bezugspersonen könnten durch Messfehler beeinflusst sein. Das betrifft unter anderem die Reliabilität der verwendeten SDS. Die interne Konsistenz der SDS war bei PTBS mit einem Cronbachs $\alpha = .63$ und bei den DSO-SDS mit einem Cronbachs $\alpha = .73$ sehr gering, was auf die begrenzte Anzahl von Items zurückzuführen sein könnte (De Los Reyes et al., 2011). Diese Einschränkungen in der Reliabilität werfen Fragen zur Aussagekraft und Genauigkeit der Analyseergebnisse auf. Das Problem des Overfittings stellt eine weitere methodische Limitation dar. Es wurden möglicherweise zu viele Prädiktoren in die Modelle aufgenommen, die jedoch wenig zur Varianzaufklärung beitrugen. Dies führt zu einer Diskrepanz zwischen dem unkorrigierten R^2 und dem korrigierten R^2 . Zuletzt kann die Medikationsvariable nur eingeschränkt interpretiert werden, da abgesehen von Psychopharmaka (Jones et al., 2019) auch ein geringer Anteil am Vitamin- und Allergiepräparaten mit in diese Variable eingeflossen ist.

Implikationen

Beurteilungsdiskrepanzen führen zu unterschiedlichen Einschätzungen von Risikofaktoren und psychopathologischen Symptomen, was bereits von De Los Reyes und Kazdin (2005) hervorgehoben wurde. Die traumatischen Erlebnisse oder posttraumatischen Symptome einer Person können zusammen mit anderen Faktoren die Beurteilung erheblich

beeinflussen und zu einer Über- oder Unterschätzung der Symptome durch die Beurteilenden beitragen (Stover et al., 2010; Zelechowski et al., 2021). Kinder könnten möglicherweise ihre Symptome überschätzen, beispielsweise weil sie die Konzepte von Trauma oder spezifischen Symptomen wie Vermeidung oder Übererregung nicht vollständig verstehen (Kramer et al., 2023). Es ist jedoch auch denkbar, dass Kinder ihre Symptome einfach genauer einschätzen, da sie ihre eigenen Erfahrungen und Gefühle unmittelbar wahrnehmen und sich in unterschiedlichen Kontexten selbst erleben. Deshalb ist es wichtig Kinder konsequent nach ihren Erlebnissen und Symptomen zu fragen, um eine umfassende Datengrundlage zu erhalten (Mai & Scheeringa, 2021). Die Befürchtung, dass Kinder sich durch das Stellen solcher Fragen verschließen könnten, wie von Lang und Connell (2018) oder Grant et al., (2020) beschrieben, scheint mit den Ergebnissen dieser Studie unbegründet. Manche Studie halten Eltern für Informant*innen mit größerer Einsicht (Wamser, 2023). Doch Eltern können die Symptome ihrer Kinder oft schwer erkennen, was eine Hauptbarriere für eine genaue Diagnose darstellt (Oh & Bayer, 2015). Dies könnte durch den spezifischen Kontext, in dem die Symptome auftreten sowie deren Beobachtbarkeit noch verschärft werden (De Los Reyes et al., 2013; Romano et al., 2018). Unterbewertungen seitens der Bezugspersonen können auch daraus resultieren, dass sie bestimmte Arten von Traumata nicht mitbekommen, diese nicht als traumatisch einschätzen oder diese nicht angeben wollen (Connell et al., 2018). Dadurch kann der diagnostische Prozess beeinträchtigt werden.

Insgesamt unterstreichen diese Punkte die Notwendigkeit, sowohl die Berichte der Kinder als auch der Bezugspersonen in die diagnostische Bewertung einzubeziehen und bei Diskrepanzen genauer hinzusehen, um eine möglichst vollständige und präzise Diagnostik zu gewährleisten. Wie die Übereinstimmungen und auch die Unterschiede beispielsweise durch die Analyse der Kreuztabellen zeigen, tragen beide Beurteilenden damit jeweils einen wichtigen Teil an Informationen bei (Mai & Scheeringa, 2021; Meiser-Stedman et al., 2008) und bringen ihre Perspektiven ein, was eine umfassendere Sicht auf die Symptomatik ermöglicht.

Neben den individuellen Einflussfaktoren, die die Bewertungen der Symptome beeinflussen können, sollten auch die subjektiven Wahrnehmungen und Kontexte der Beobachtung als mögliche Ursachen für Diskrepanzen in den Berichten berücksichtigt werden (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Die Beobachtbarkeit von Symptomen von außen scheint hier kein relevanter Faktor zu sein. Das bedeutet es sollte sich nicht darauf verlassen werden, dass Bezugspersonen mehr beobachtbare Symptome nennen. Die Einbeziehung zusätzlicher Beurteilender aus verschiedenen Kontexten, sofern ressourcentechnisch machbar, könnte

zusätzliche wertvolle Informationen liefern. Wie McWey et al. (2018) vorschlagen, könnten Maßnahmen wie Psychoedukation und strukturierte Gespräche zwischen Bezugspersonen und Kindern hilfreich sein, um das Verständnis der Symptome zu verbessern und die Einbindung der Eltern in die Behandlung zu fördern. Die spezifische Erkennung der Symptome könnte möglicherweise durch eine gezielte Psychoedukation sowohl der Eltern als auch der Kinder verbessert werden, um Missverständnisse zu minimieren und die Genauigkeit der Berichte zu erhöhen. Es erscheint außerdem wichtig, die Sorge der Eltern während des Erhebungsprozesses zu berücksichtigen, da diese die Diskrepanzen verstärken kann. Diagnostische Gespräche sollten darauf abzielen, zu klären, ob die Sorge der Eltern zu einem angemessenen Fokus auf das Kind führt oder ob sie möglicherweise zu einer Überbetonung der Symptome führt, um die Schwierigkeiten des Kindes hervorzuheben (Wamser, 2023). Wichtig im Umgang mit diskrepanten Berichten bleibt, die Diskrepanzen in der Diagnostik nicht unsichtbar zu machen, beispielsweise in dem die Beurteilungen gemittelt werden (Haselgruber, 2020a). Optionen wären unter anderem, die Daten separat zu analysieren (Haselgruber, 2020a). Der Trait-Score-Ansatz liefert ebenfalls einen guten Ansatz im Zusammenhang mit dem OTM (Makol et al., 2020). Der Ansatz geht davon aus, dass Bewertungen zu psychischen Merkmalen sowohl systematisch variieren als auch durch messbare Faktoren beeinflusst werden und bezieht eben Perspektive und Kontext der Beurteilung mit ein.

Implikationen für die Behandlung

Die Diskrepanzen zwischen den Berichten von Kindern und ihren Bezugspersonen können wesentliche Auswirkungen auf die Behandlung haben. Wie Skar et al. (2021) betonen, kann das Unterschätzen von traumatischen Ereignissen und (K)PTBS-Symptomen durch Bezugspersonen, eine adäquate Behandlung und Unterstützung der Bedürfnisse des Kindes behindern. Es ist auch möglich, dass entweder das Kind oder die Bezugsperson den Behandlungsbedarf nicht erkennt, was zu Einschränkungen in der Therapiebereitschaft führen könnte (Wamser-Nanney und Campbell, 2022). Kerbage et al. (2022) und Loos et al. (2020) unterstreichen die Bedeutung der Einbeziehung der Bezugspersonenperspektive in den therapeutischen Prozess, da dies den Behandlungserfolg unterstützt. Diese Einbindung scheint hier durch die Unterschätzung der PTEs und (K)PTBS-Symptome durch die Bezugspersonen besonders relevant. Zusammenfassend sollten Unterschiede in den Berichten und mögliche Ursachen als wertvolle Informationen in die Behandlung integriert werden, um eine gezieltere und effektivere Therapie zu ermöglichen (De Los Reyes et al., 2022; Fitzpatrick et al., 2023).

Implikationen für die Forschung

Zukünftige Studien sollten den Einsatz alternativer Erhebungsmethoden in Betracht ziehen, wie etwa den ITEM-Fragebogen, der Traumata umfassend und über verschiedene Zeiträume hinweg erfasst. Zudem könnte die Untersuchung familiärer Variablen wie Beziehungsqualität (Szkody et al., 2022) im Zusammenhang mit ICD-11 (K)PTBS wertvolle Einblicke liefern. Dabei sollten wie bei Kramer et al. (2023) nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Methoden verwendet werden, um die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten besser zu verstehen. Es fehlt zudem noch an detaillierten Untersuchungen, die (K)PTBS-Diskrepanzen im Hinblick auf die zugrundeliegenden Mechanismen wie subjektive Wahrnehmungen und Kontexte der Beobachtung umfassend beleuchten. Zukünftige Forschung sollte sich daher intensiver mit diesen Mechanismen beschäftigen und ihre Auswirkungen auf die Diagnostik untersuchen. Auch Personen-zentrierte Verfahren wie die Latente Profil Analyse (LPA) könnten zusätzlich differenzierte Erkenntnisse über die Muster der (K)PTBS-Diskrepanzen beisteuern (Goodman et al., 2010). Ein weiterer Forschungsbereich, der in der Zukunft relevant wäre, betrifft den Zusammenhang der Diskrepanzen mit den „Ich weiß nicht“-Antworten des ITQ-CG, die in dieser Arbeit nicht analysiert wurden. Ebenso sollte weiter untersucht werden, wie Diskrepanzen im diagnostischen und therapeutischen Prozess effektiv integriert werden können, ohne dass wichtige Informationen verloren gehen. Zuletzt könnte es sinnvoll sein, den Einfluss von Psychoedukation über PTBS-Symptome und Merkmale traumatischer Ereignisse auf die Diskrepanzen zu erforschen. Dies könnte aufzeigen, ob eine verbesserte Aufklärung der Beteiligten die Übereinstimmung in den Berichten erhöhen kann.

Zusammenfassung

In der Untersuchung von Beurteilungsunterschieden zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen bezüglich traumatischer Erlebnisse und ICD-11 (K)PTBS berichteten Kinder mehr Traumata und mehr (K)PTBS-Symptome als ihre Bezugspersonen. In den meisten Fällen sogar signifikant mehr. Nur bei der funktionalen Beeinträchtigung durch die (K)PTBS-Symptome gibt es weniger starke Beurteilungsdiskrepanzen. Die untersuchten Einflussfaktoren Alter, Geschlecht des Kindes und ausfüllende Bezugsperson sowie Therapieerfahrung in der Vergangenheit, Medikation, Sorge der Bezugsperson um das Kind, der CATS-Gesamtscore und die Trauma-Kategorien Unfall und Krankheit, Gewalt im sozialen Umfeld, Häusliche Gewalt und Sexueller Missbrauch waren entgegen der dritten Hypothese nicht relevant für die Entstehung der Urteilsdiskrepanzen. Daher sollte sich mehr auf die Perspektiven der Beurteilenden und den Kontext des gezeigten Verhaltens anstatt auf

spezifische Einflussfaktoren konzentriert werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer sorgfältigen und differenzierten Bewertung von Traumata und (K)PTBS-Symptomen. Eine tiefgehende Untersuchung von PTEs und (K)PTBS unter Einbezug von Kindern und ihren Bezugspersonen ist von Bedeutung, da eine frühzeitige Identifikation und Behandlung von Traumata und (K)PTBS die Prognose verbessern können (Kerbage et al., 2022). Diskrepanzen, die zwischen den Berichten von Kindern und ihren Bezugspersonen entstehen können, zu verstehen, ist entscheidend, da diese die Diagnose (Guion et al., 2009; Skar et al., 2021) und Behandlung (De Los Reyes et al., 2022; Fitzpatrick et al., 2023; Humphreys et al., 2017) von (K)PTBS beeinflussen können. Unstimmigkeiten in der Berichterstattung können dazu führen, dass Kinder entweder unter- oder überdiagnostiziert werden (Mai & Scheeringa, 2021). Insbesondere in Bezug auf die Beurteilungsdiskrepanzen zwischen den Trauma- und (K)PTBS-Berichten nach den ICD-11 Kriterien gibt es in der Forschung noch Lücken. Weitere Forschung ist notwendig, um die Mechanismen dieser Diskrepanzen besser zu verstehen und Interventionsstrategien zu entwickeln, die sowohl Kinder als auch ihre Bezugspersonen einbeziehen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94–98. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00414.x>
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- 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* (5. Aufl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bruckmann, P., Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in austrian children and adolescents in foster care: Prevalence, comorbidity and predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1767988. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1767988>
- Ceballo, R., Dahl, T. A., Aretakis, M. T., & Ramirez, C. (2001). Inner-city children's exposure to community violence: How much do parents know? *Journal of Marriage and Family*, 63(4), 927–940. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00927.x>
- Charuvastra, A., Goldfarb, E., Petkova, E., & Cloitre, M. (2010). Implementation of a screen and treat program for child posttraumatic stress disorder in a school setting after a school suicide. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 500–503. <https://doi.org/10.1002/jts.20546>
- Chen, Y.-Y., Ho, S.-Y., Lee, P.-C., Wu, C.-K., & Gau, S. S.-F. (2017). Parent-child discrepancies in the report of adolescent emotional and behavioral problems in Taiwan. *PLOS ONE*, 12(6), e0178863. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178863>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284.
- Clawson, A. H., Jurbergs, N., Lindwall, J., & Phipps, S. (2013). Concordance of parent proxy report and child self-report of posttraumatic stress in children with cancer and healthy

- children: Influence of parental posttraumatic stress. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2593–2600. <https://doi.org/10.1002/pon.3321>
- 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(6), 536–546. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Burlington :: Elsevier Science.
- Connell, C. M., Pittenger, S. L., & Lang, J. M. (2018). Patterns of trauma exposure in childhood and adolescence and their associations with behavioral well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 518–528. <https://doi.org/10.1002/jts.22315>
- Cooley, D. T., & Jackson, Y. (2022). Informant discrepancies in child maltreatment reporting: a systematic review. *Child Maltreatment*, 27(1), 126–145. <https://doi.org/10.1177/1077559520966387>
- De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533405>
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
- De Los Reyes, A., & Epkins, C. C. (2023). Introduction to the special issue. A dozen years of demonstrating that informant discrepancies are more than measurement error: Toward guidelines for integrating data from multi-informant assessments of youth mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2158843>
- De Los Reyes, A., Goodman, K. L., Kliwer, W., & Reid-Quinones, K. (2008). Whose depression relates to discrepancies? Testing relations between informant characteristics and informant discrepancies from both informants' perspectives.

- Psychological Assessment*, 20(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.139>
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- De Los Reyes, A., Talbott, E., Power, T. J., Michel, J. J., Cook, C. R., Racz, S. J., & Fitzpatrick, O. (2022). The Needs-to-Goals Gap: How informant discrepancies in youth mental health assessments impact service delivery. *Clinical Psychology Review*, 92, 102114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102114>
- De Los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 123–149. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617>
- De Los Reyes, A., Youngstrom, E. A., Pabón, S. C., Youngstrom, J. K., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2011). Internal consistency and associated characteristics of informant discrepancies in clinic referred youths age 11 to 17 years. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 36–53. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533402>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Springer.
- Dreßing, H. R., & Foerster, K. (2021). Posttraumatische Belastungsstörung in ICD 10, ICD 11 und DSM 5: Welche Bedeutung haben unterschiedlichen Kriterien für Diagnostik und gutachtliche Praxis. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 89(11), 578–592. <https://doi.org/10.1055/a-1542-8497>
- Eilers, R., & Rosner, R. (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis: Eine Übersicht und Einordnung der neuen ICD-11 Kriterien in Bezug auf Kinder und Jugendliche. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 144–153. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000342>
- Erickson, S. J., Krapf, E. M., & Gerstle, M. (2017). Adolescent cancer survivors' posttraumatic stress symptoms: Concordance between self-report and maternal-proxy report. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1789–1798. <https://doi.org/10.1177/1359105316636949>
- Ferdinand, R. F., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor

- for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 198–206.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.198>
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications.
- Fitzpatrick, O. M., Holcomb, J. M., Weisz, J. R., & Langer, D. A. (2023). Shared decision-making as a tool for navigating multi-stakeholder discrepancies in youth Psychotherapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 95–107.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2127105>
- Godoy, L., Mian, N. D., Eisenhower, A. S., & Carter, A. S. (2014). Pathways to service receipt: Modeling parent help-seeking for childhood mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0484-6>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
- Goodman, K. L., De Los Reyes, A., & Bradshaw, C. P. (2010). Understanding and using informants' reporting discrepancies of youth victimization: A conceptual model and recommendations for research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(4), 366–383. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0076-x>
- Grant, B. R., O'Loughlin, K., Holbrook, H. M., Althoff, R. R., Kearney, C., Perepletchikova, F., Grasso, D. J., Hudziak, J. J., & Kaufman, J. (2020). A multi-method and multi-informant approach to assessing post-traumatic stress disorder (PTSD) in children. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 212–220.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1697212>
- Guion, K., Mrug, S., & Windle, M. (2009). Predictive value of informant discrepancies in reports of parenting: Relations to early adolescents' adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 17–30. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9253-5>
- Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282, 372–380.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020a). Perspective matters: Differences between child- and caregiver-reports of emotion regulation mediating the relationship

- between cumulative childhood trauma and mental health problems in foster children. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104558. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104558>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020b). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: Examining the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1818974. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD -11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Haselgruber, A., Weindl, D., & Lueger-Schuster, B. (2024). Entwicklung und Validierung des International Trauma Questionnaire – Caregiver (ITQ-CG): Erfassung der (K)PTBS nach ICD-11 bei Kindern und Jugendlichen aus Fremdperspektive. *Trauma und Gewalt*.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Howard, D. E., Cross, S. I., Li, X., & Huang, W. (1999). Parent–youth concordance regarding violence exposure: Relationship to youth psychosocial functioning. *Journal of Adolescent Health*, 25(6), 396–406. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(99\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(99)00102-0)
- Humphreys, K. L., Weems, C. F., & Scheeringa, M. S. (2017). The role of anxiety control and treatment implications of informant agreement on child PTSD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 903–914. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1094739>
- Johnston, O. G., & Burke, J. D. (2020). Parental problem recognition and help-seeking for disruptive behavior disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(1), 146–163. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-09648-y>
- Jones, J. D., Boyd, R. C., Calkins, M. E., Ahmed, A., Moore, T. M., Barzilay, R., Benton, T. D., & Gur, R. E. (2019). Parent-adolescent agreement about adolescents’ suicidal thoughts. *Pediatrics*, 143(2), e20181771. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1771>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms:

- Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders*, 265, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent Post-Traumatic Stress Disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566–1577. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.9.1566>
- Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Petri, J. M., Spitzer, E. G., & Weathers, F. W. (2023). Self-rated versus clinician-rated assessment of Posttraumatic Stress Disorder: An evaluation of discrepancies between the PTSD Checklist for *DSM-5* and the Clinician-Administered PTSD Scale for *DSM-5*. *Assessment*, 30(5), 1590–1605.
<https://doi.org/10.1177/10731911221113571>
- Lamela, D., Pasion, R., Costa, R., Pinto, T. M., Morais, A., & Jongenelen, I. (2024). Mother-child reporting discrepancies of child physical abuse: Associations with internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 147, 106575.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106575>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363–374.
- Lang, J. M., & Connell, C. M. (2018). The Child Trauma Screen: A follow-up validation. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 540–548. <https://doi.org/10.1002/jts.22310>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)

- Liverpool, S., & Edbrooke-Childs, J. (2022). Associations between child mental health, carer worry and help-seeking. *Journal of Child Health Care*, 26(3), 355–366.
<https://doi.org/10.1177/13674935211014750>
- Loos, Tutus, Kilian, & Goldbeck, L. (2020). Do caregivers' perspectives matter? Working alliances and treatment outcomes in traumafocused cognitive behavioural therapy with children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).
- Lueger-Schuster, B., Knefel, M., Glück, T. M., Jagsch, R., Kantor, V., & Weindl, D. (2018). Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 76, 488–501.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.009>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Mai, T. A., & Scheeringa, M. S. (2021). Caregiver and child agreement on traumatic events, PTSD, internalizing, externalizing, and ADHD problems in a child welfare population. *Journal of Public Child Welfare*, 15(2), 251–274.
<https://doi.org/10.1080/15548732.2019.1701612>
- Major, S. D. O., Seabra-Santos, M. J., & Martin, R. P. (2022). Preschoolers' social skills and behaviour problems at home: Mothers and fathers' (dis)agreement. *Early Child Development and Care*, 192(1), 67–82.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1737039>
- Martel, M. M., Markon, K., & Smith, G. T. (2017). Research review: Multi-informant integration in child and adolescent psychopathology diagnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 116–128. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12611>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- McWey, L. M., Cui, M., Cooper, A. N., & Ledermann, T. (2018). Caregiver–adolescent disagreement on the mental health of youth in foster care: The moderating role of the

- caregiver relationship. *Child Maltreatment*, 23(3), 294–302.
<https://doi.org/10.1177/1077559518769375>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 191–201.
<https://doi.org/10.1007/s10802-006-9068-1>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The Posttraumatic Stress Disorder Diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1326–1337. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081282>
- Morris, A., Gabert-Quillen, C., & Delahanty, D. (2012). The association between parent PTSD/Depression symptoms and child PTSD symptoms: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(10), 1076–1088. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss091>
- Oh, E., & Bayer, J. K. (2015). Parents' help-seeking processes for early childhood mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(3), 149–154.
<https://doi.org/10.1111/camh.12081>
- Oransky, M., Hahn, H., & Stover, C. S. (2013). Caregiver and youth agreement regarding youths' trauma histories: Implications for youths' functioning after exposure to trauma. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(10), 1528–1542.
<https://doi.org/10.1007/s10964-013-9947-z>
- Pagano, R. R. (2010). *Understanding statistics in the behavioral sciences* (9th ed.). Australia, Belmont, CA: Thomson Wadsworth
- Rabinowitz, J. A., Kahn, G. D., Felton, J. W., A. G. Drabick, D., & Wilcox, H. C. (2023). Correlates of informant discrepancies in self-harm among youth involved in child protective services. *Children and Youth Services Review*, 107200.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107200>
- Redican, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., Bunting, L., & Shevlin, M. (2022). Prevalence and predictors of ICD -11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD in young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2), 110–125. <https://doi.org/10.1111/acps.13442>
- Romano, E., Weegar, K., Babchishin, L., & Saini, M. (2018). Cross-informant agreement on mental health outcomes in children with maltreatment histories: A systematic review. *Psychology of Violence*, 8(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037/vio0000086>

- Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). Posttraumatische Belastungsstörung. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*, 623-640.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R. & Wöller, W. (Eds.). (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Scheeringa, M. S. (2011). PTSD in children younger than the age of 13: Toward developmentally sensitive assessment and management. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(3), 181–197. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.597079>
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 508–518. <https://doi.org/10.1080/15374410802148178>
- Scherm, M. (2014). *Kompetenzfeedbacks: Selbst- und Fremdbeurteilung beruflichen Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Skar, A.-M. S., Jensen, T. K., & Harpviken, A. N. (2021). Who reports what? A comparison of child and caregivers' reports of child trauma exposure and associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and functional impairment in child and adolescent mental health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(7), 919–934. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y>
- Skar, A.-M. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Reported levels of upset in youth after routine trauma screening at mental health clinics. *JAMA Network Open*, 2(5), e194003. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4003>
- Stefanovic, M., Ehring, T., Wittekind, C. E., Kleim, B., Rohde, J., Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., Dyer, A., & Takano, K. (2022). Comparing PTSD symptom networks in type I vs. Type II trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114260. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114260>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stover, C. S., Hahn, H., Im, J. J. Y., & Berkowitz, S. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 159–168. <https://doi.org/10.1037/a0019156>
- Szkody, E., Rogers, M. M., & McKinney, C. (2022). Discrepancy analysis of emerging adult and parental report of psychological problems and relationship quality. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(2), 444–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09949-1>
- Tingskull, S., Svedin, C. G., Agnafors, S., Sydsjö, G., deKeyser, L., & Nilsson, D. (2015). Parent and child agreement on experience of potential traumatic events. *Child Abuse Review*, 24(3), 170–181. <https://doi.org/10.1002/car.2287>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry*, 10(1), 56. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-56>
- Wahlin, T., & Deane, F. (2012). Discrepancies between parent- and adolescent-perceived problem severity and influences on help seeking from mental health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(6), 553–560. <https://doi.org/10.1177/0004867412441929>
- Wamser, R. A. (2023). Complex trauma and sexual abuse: Relations to caregiver-child symptom disagreement. *Journal of Child Sexual Abuse*, 32(7), 793–812. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2257176>
- Wamser-Nanney, R., & Campbell, C. L. (2021). Factors associated with caregiver–child symptom concordance among trauma-exposed children. *Child Maltreatment*, 26(2), 152–161. <https://doi.org/10.1177/1077559520927472>

- Wamser-Nanney, R., & Campbell, C. L. (2022). Maternal support and caregiver–child symptom concordance among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 398–408. <https://doi.org/10.1002/jts.22751>
- Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children’s trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect*, 77, 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009>
- Wamser-Nanney, R., & Chesher, R. E. (2018). Presence of sleep disturbances among child trauma survivors: Comparison of caregiver and child reports. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 391–399. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0198-0>
- Wilcox, R. R. (2012). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing* (3rd ed.). *Statistical modeling and decision science*. Amsterdam, Boston: Academic Press.
- Wirtz, W. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Hogrefe, Göttingen.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zelechowski, A. D., Cross, H. L., Luehrs, R., Freedle, A., Bruick, S., Harrison, K., Hayrynen, A., Hrebic, L., Dibley, E., & Will, K. (2021). Trauma assessment in juvenile justice: Are we asking the right questions in the right ways? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 324–346. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1832167>

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1. Vergleich der Mittelwerte der (K)PTBS-Symptomatik im Selbst- und Fremdbbericht</i>	28
--	----

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht über die Ja-Berichte der Kinder und Bezugspersonen bei den CATS-Items</i>	19
<i>Tabelle 2: Selbst- und Fremdbberichte des Erlebens verschiedener Trauma-Kategorien und der (K)PTBS-Diagnose</i>	21
<i>Tabelle 3: Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Kind- und Bezugspersonen-Ratings bezüglich traumatischer Erfahrungen des Kindes</i>	27
<i>Tabelle 4: ICC-Ergebnisse der PTSD und DSO-Subskalen mit dem Modell Single Measures Two-Way Mixed with Absolute Agreement</i>	29
<i>Tabelle 5: Gepaarte t-Tests der PTSD und DSO-Subskalen</i>	30
<i>Tabelle 6: Einflussfaktoren auf den SDS des PTBS-Clusters</i>	31
<i>Tabelle 7: Einflussfaktoren auf den SDS des DSO-Clusters</i>	32

Abkürzungsverzeichnis

ABC-Modell	Attributions-Bias-Content Modell
CATS	Children and Adolescent Trauma Screen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ITQ	International Trauma Questionnaire
ITQ-CA	International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version
ITQ-CG	International Trauma Questionnaire – Caregiver Version
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
OTM	Operations Triad Modell
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTE	Potenziell traumatisches Ereignis
PTSS	Posttraumatische Stresssymptome
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
WHO	World Health Organization

Anhang A

Abstract (Deutsch)

Das frühzeitige Erkennen von Traumata und post-traumatischen Symptomen durch eine präzise Diagnostik ist entscheidend für eine geeignete Behandlungsplanung bei Kindern. Dabei können jedoch Beurteilungsdiskrepanzen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen auftreten, die die Genauigkeit der Diagnosen beeinträchtigen. Da es in der ICD-11 neue Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die neue Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ([K]PTBS) gibt, untersucht die vorliegende Studie Unterschiede und Übereinstimmungen hinsichtlich dieser Symptome. Die Stichprobe umfasst dabei 169 Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren, die zusammen mit ihren Bezugspersonen in einem klinischen Umfeld befragt wurden. In beiden Gruppen wurden parallele Fragebögen zur Erfassung von PTEs und (K)PTBS-Symptomen eingesetzt. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede in der Berichterstattung: Kinder berichteten häufiger von Unfällen und Krankheiten, Gewalt im häuslichen und sozialen Umfeld sowie sexuellem Missbrauch im Vergleich zu ihren Bezugspersonen. Außerdem gaben sie signifikant mehr Vermeidung, Übererregung und negatives Selbstkonzept sowie einen höheren PTBS-Score an. Es gab jedoch auch signifikante Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdurteil. Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, sowohl Kinder als auch Bezugspersonen in das Trauma- und (K)PTBS-Screening einzubeziehen, um ein umfassenderes Bild der Erfahrungen der Kinder zu erhalten. Modelle spezifischer Einflussfaktoren auf die Diskrepanzen wiesen keine Signifikanz auf, was zeigt, dass Beurteilungsdiskrepanzen nicht durch einzelne Variablen bedingt sind. Die Erfassung dieser Diskrepanzen ermöglicht die Gewinnung von Informationen über die Wahrnehmung von Symptomen aus verschiedenen Perspektiven sowie über deren Auftreten in unterschiedlichen Kontexten, wodurch die Diagnostik erheblich bereichert wird.

Schlagwörter: (K)PTBS, Trauma, Beurteilungsdiskrepanzen, Kind- und Bezugspersonen-Berichte

Abstract (English)

Identifying trauma and post-traumatic symptoms in children through accurate diagnostics is crucial for appropriate treatment planning. During the diagnostic process, discrepancies can arise between children and their caregivers influencing the accuracy of the assessment. Because there are new criteria for trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in ICD-11 as well as a new diagnosis of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) this study investigates the differences and agreements between children and caregivers in reporting traumatic events and symptoms. The sample consisted of 169 children aged 7 to 17, who, along with their caregivers, were assessed in a clinical setting. Both groups completed parallel questionnaires to capture potentially traumatic events (PTEs) and (C)PTSD symptoms in children according to ICD-11 criteria. The results revealed significant discrepancies in reporting. Children reported more accidents and illnesses, violence in domestic and social environments, and sexual abuse compared to their caregivers. Furthermore, children exhibited higher levels of avoidance, hyperarousal, and negative self-concept, as well as a higher PTSD score. These findings underscore the necessity of including both children and caregivers in trauma and (C)PTSD screening procedures to obtain a more comprehensive understanding of the children's experiences. Models of specific factors influencing discrepancies did not show significant results, which implies that they can also arise from different reporting perspectives or contexts. Identifying these discrepancies provides valuable insights into the perception of symptoms from these different perspectives and their occurrence in various contexts, thereby significantly enhancing the diagnostic process.

Keywords: (C)PTSD, Trauma, Informant discrepancies, Child- and caregiver-reports