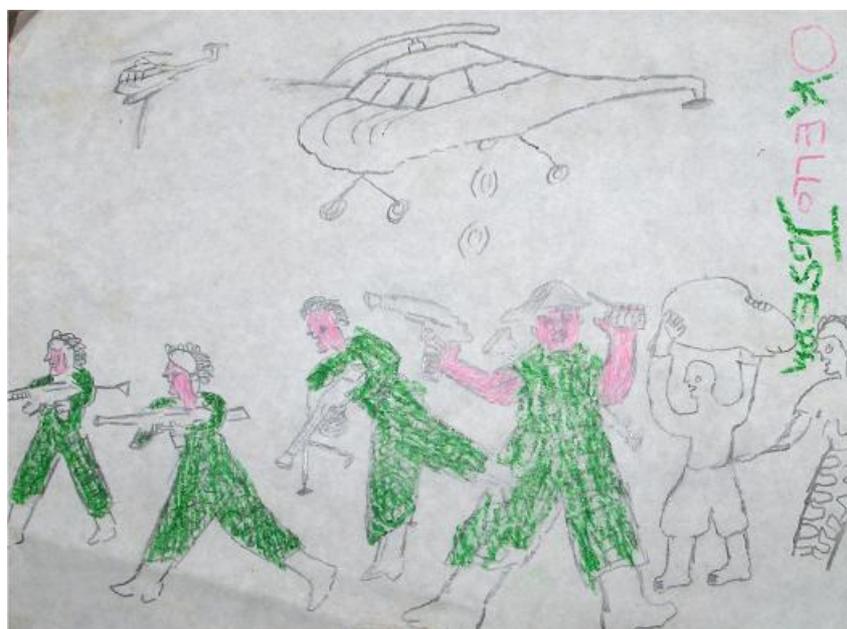


Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
des Zentrums für Psychosoziale Medizin
der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. Peter Riedesser

**Psychisches Trauma und Versöhnung bei ehemaligen Kindersoldaten
– eine Feldstudie aus Uganda und der Demokratischen Republik Kongo –**



Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Christophe Pierre Bayer
geboren in Bochum
Hamburg, 2008

„Meinem Bruder“

Angenommen von der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg am: 10.12.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. H. Adam

Prüfungsausschuss, 1. Gutachter/in: Prof. Dr. A. Trojan

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. R. Thomasius

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	7
2	HINTERGRUNDINFORMATIONEN	9
2.1	Der Konflikt in Uganda.....	9
2.2	Der Konflikt in der D.R. Kongo.....	11
3	STAND DER FORSCHUNG	14
3.1	Kindersoldaten.....	14
3.1.1	Kindersoldaten – Definition und Merkmale.....	14
3.1.2	Historischer Überblick	15
3.1.3	Kindersoldaten und die „neuen Kriege“	18
3.1.4	Gründe für die Teilnahme von Kindern an bewaffneten Konflikten.....	19
3.1.5	Aufgaben und Behandlung der Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen.....	21
3.1.6	Situation ehemaliger Kindersoldaten.....	22
3.1.6.1	<i>Entwaffnung und Demobilisierung</i>	22
3.1.6.2	<i>Physische und psychische Rehabilitation</i>	24
3.1.6.3	<i>Reintegration</i>	24
3.1.7	Der Schutz durch das Völkerrecht.....	25
3.1.7.1	<i>Prävention</i>	26
3.1.7.2	<i>Rehabilitation</i>	28
3.1.7.3	<i>Durchsetzungsmechanismen</i>	29
3.1.8	Zusammenfassung	29
3.2	Psychische Traumatisierung.....	31
3.2.1	Das psychische Trauma in der Geschichte	31
3.2.2	Psychische Traumatisierung und die traumatische Situation.....	33
3.2.3	Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung.....	35
3.2.4	Psychische Traumatisierung und kindliche Entwicklung.....	36
3.2.5	Neurobiologische Konzepte psychischer Traumatisierung	40
3.2.6	Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD)	41
3.2.7	Anwendbarkeit des PTSD Konzepts in nicht westlichen Kulturen.....	44
3.2.8	Empirische Studien	47
3.2.9	Der Dosisseffekt und spezielle potenziell traumatisierende Ereignisse	54
3.2.10	Ausgewählte Einflussfaktoren für die Entwicklung von PTSD	56
3.2.10.1	<i>Einfluss des Alters</i>	57
3.2.10.2	<i>Einfluss des Geschlechts</i>	58
3.2.10.3	<i>Einfluss der Dauer der Traumatisierung</i>	58
3.2.11	Depressionen als komorbide Störungen der PTSD	58

3.3	Versöhnung und psychisches Trauma.....	61
3.3.1	Modelle von Versöhnung – Begriffe und Definitionen.....	61
3.3.2	Versöhnung nach psychischer Traumatisierung.....	64
3.3.3	Beispiele von Versöhnung in Afrika.....	65
3.3.4	Studien zu Versöhnung und psychischem Trauma	67
3.3.5	Zusammenfassung	69
4	FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE.....	70
4.1	Fragen und Hypothesen	70
4.2	Operationalisierung.....	72
5	METHODIK	73
5.1	Wahl des Forschungsdesigns.....	73
5.2	Vorbereitung der Studie	73
5.3	Durchführung der Datenerhebung	74
5.4	Schwierigkeiten bei der Durchführung	76
5.5	Stichprobenbildung.....	78
5.6	Messinstrumente	79
5.6.1	Soziodemographische Informationen.....	79
5.6.2	Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure)	80
5.6.3	Childhood PTSD Reaction Index (CPTSD-RI).....	82
5.6.4	Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS)	83
5.6.5	Versöhnung: Rachewunsch- und Versöhnungsbereitschaftsfragebogen.....	84
5.7	Übersetzung der Messinstrumente	85
5.8	Datenerfassung und statistische Auswertung	86
6	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	87
6.1	Deskriptive Ergebnisdarstellung.....	87
6.1.1	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	87
6.1.2	Potenziell traumatisierende Erlebnisse	91
6.1.3	PTSD und Depressionen	95
6.1.4	Versöhnung: Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch	96
6.2	Hypothesenprüfung, Korrelationen und Regressionsanalysen.....	99
6.2.1	Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure) und PTSD	99
6.2.2	PTSD und komorbide Depressionen.....	102
6.2.3	Psychopathologie und soziodemografische Einflussfaktoren	103
6.2.4	PTSD (Depressionen), Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch.....	104

6.2.5	Übersicht Korrelationen ausgewählter Variablen.....	107
6.3	Prädiktoren für Symptomwerte, Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch.....	108
6.3.1	Zusammenfassung	111
7	DISKUSSION	112
7.1	Diskussion der deskriptiven Datenauswertung.....	112
7.1.1	Diskussion soziodemografischer Daten	112
7.1.2	Diskussion der Analyse der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse (Exposure)	113
7.1.3	Diskussion der Analyse des Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschfragebogens.....	116
7.2	Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung, der Regressionsanalyse und der weiteren festgestellten Korrelationen.	118
7.3	Kritik an der Methodik und Durchführung.....	127
7.4	Schlussfolgerung und Forschungsausblick	127
8	ZUSAMMENFASSUNG	130
9	LITERATURVERZEICHNIS.....	132
10	ANHANG.....	152
10.1	Gespräche mit ehemaligen Kindersoldaten	152
10.1.1	Antoni, 14 Jahre (Uganda)	152
10.1.2	Safari, 15 Jahre (D.R. Kongo).....	153
10.1.3	Gaddafi, 16 Jahre (D.R. Kongo).....	154
10.1.4	Rufain, 15 Jahre (D.R. Kongo).....	154
10.2	Kindersoldaten – Zeugnisse in Bildern und Zeichnungen.....	156
10.3	Fragebögen.....	164
10.3.1	Fragebogen Englisch.....	164
10.3.2	Fragebogen Luo.....	170
10.3.3	Fragebogen Swahili.....	176
11	DANKSAGUNG.....	182
12	LEBENS LAUF.....	183
13	ERKLÄRUNG.....	184

Abkürzungsverzeichnis

CPTSD-RI	Childhood Post Traumatic Stress Disorder-Reaction Index
CRC	United Nations Convention on the Rights of the Child
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DSRS	Depression Self-Rating Scale for Children
I. ZP	I. Zusatzprotokoll zur Genfer Konvention
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
IDP	Internally Displaced Person
II. ZP	II. Zusatzprotokoll zur Genfer Konvention
HHNA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
IStGH	Internationaler Strafgerichtshof
LRA	Lord's Resistance Army
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RCD-Goma	Rassemblement Congolaise pour la Démocratie-Goma
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
RIES	Impact of Event Scale – Revised
RUF	Revolutionary United Front
Unicef	United Nations Children's Emergency Fund
UPDF	Ugandan People Defence Force
WTQ	War Trauma Questionnaire

1 Einleitung

Der 14-jährige Steven wurde im Alter von sieben Jahren von den Rebellen der Lord's Resistance Army (LRA) aus seinem Heimatdorf im Norden Ugandas entführt. Während seiner Zeit bei den Rebellen musste Steven unvorstellbare Gräueltaten begehen. So wurde er nicht nur gezwungen, zu kämpfen, Dörfer zu plündern und zu morden, sondern musste auch ein anderes Kind, welches versucht hatte zu fliehen, mit einem Stock zu Tode prügeln. Während eines Gefechts mit Soldaten der ugandischen Regierungsarmee gelang Steven die Flucht von seiner Rebelleneinheit.

So wie Steven, der im Rahmen dieser Studie interviewt wurde, ergeht es vielen Kindern. Etwa 250 000 Kindersoldaten gibt es zurzeit weltweit (Vereinte Nationen, 2005). Viele von ihnen beteiligen sich, oftmals durch ethnische Rivalitäten beeinflusst, an Konflikten in der Region der Afrikanischen Großen Seen. Die Kindersoldaten werden dabei häufig gezwungen, unbeschreibliche Grausamkeiten zu begehen. Gleichzeitig werden sie jedoch selbst Opfer schrecklicher Gräueltaten und müssen so die Last tragen, Täter und Opfer zugleich zu sein (Boothby und Knudsen, 2000). Vielfach stigmatisiert und beschimpft, ist ihre Rehabilitation¹ und Reintegration² in die zivile Gesellschaft sehr schwierig. Gegenwärtig wird auf eine baldige und dauerhafte Befriedung der von Krieg und Gewalt geprägten Gesellschaften in der Region der Großen Seen gehofft. Eine Schlüsselrolle in diesem noch jungen Prozess der Friedensschaffung und Versöhnung spielen zweifellos eine erfolgreiche Rehabilitation und soziale Reintegration der zahlreichen ehemaligen Kindersoldaten. Beispiele haben gezeigt, was passiert, wenn dies nicht gelingt. So erfasste der Konflikt in Sierra Leone, der durch den massiven Einsatz von Kindersoldaten geprägt wurde, bald nach einem fragilen Friedensvertrag die Nachbarländer Liberia und Elfenbeinküste und flammte auch in Sierra Leone schnell wieder auf (Singer, 2005). In der Konvention über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen (Vereinte Nationen, 1990) (engl.: United Nations Convention on the Rights of the Child;

1 Nach dem Verständnis der Vereinten Nationen ist Rehabilitation ein Prozess der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und soziales Funktionsniveau erreichen und aufrecht erhalten, indem ihnen Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens in Richtung eines höheren Niveaus der Unabhängigkeit gegeben werden. Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und das soziale Umfeld (WHO, 1981). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Rehabilitation insbesondere im Bezug auf die medizinische Rehabilitation, einschließlich psychischer Rehabilitation sowie im Bezug auf die soziale Rehabilitation verwendet.

2 Reintegration (Wiedereingliederung) wird in der vorliegenden Arbeit als Teil der sozialen Rehabilitation betrachtet.

CRC) wird wörtlich neben der allgemeinen Rehabilitation und sozialen Reintegration auch eine psychische Rehabilitation als Verpflichtung der Staatengemeinschaft für von Krieg betroffene Kinder normiert (Vereinte Nationen, 1990).

Ungeachtet der großen Zahl von Kindern als Soldaten in bewaffneten Konflikten sind die Folgen der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse auf die kindliche Psyche nur wenig untersucht. Die Autoren einer Studie mit ehemaligen Kindersoldaten in Uganda berichten, dass fast alle Untersuchten unter Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (engl.: Post Traumatic Stress Disorder; PTSD) litten (Derluyn et al., 2004). Ob und wie posttraumatischer Stress die Versöhnungsfähigkeit der Betroffenen beeinflusst und damit einen direkten Einfluss auf den Prozess des gesellschaftlichen Wiederaufbaus haben könnte, ist ebenfalls noch kaum untersucht. Die Autoren einer Studie mit Überlebenden des Genozids in Ruanda berichten, dass PTSD und die Einstellung zur Versöhnung im direkten Zusammenhang stehen (Pham et al., 2004). Adam (2006) konnte in seiner Studie mit vor Krieg und Gewalt geflohenen Kindern in Hamburg diesen Zusammenhang erstmals zeigen: Je größer das Ausmaß der PTSD-Symptome, desto geringer die Versöhnungsbereitschaft und desto größer der Rachewunsch.

Hauptziel der Arbeit ist daher die Sammlung empirischer Daten zu: erstens dem Ausmaß der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse, zweitens der Prävalenz von PTSD und komorbiden Depressionen und drittens zu untersuchen, in welchem Zusammenhang PTSD (Depressionen) mit der Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch ehemaliger Kindersoldaten in Uganda und der Demokratischen Republik Kongo (D.R. Kongo) stehen.

2 Hintergrundinformationen

Im folgenden Kapitel werden einige Informationen zu den Hintergründen der Konflikte im Norden Ugandas und im Osten der D.R. Kongo, an denen die in dieser Arbeit untersuchten Kinder als Soldaten teilnahmen, gegeben.

2.1 Der Konflikt in Uganda

Seit seiner Unabhängigkeit von Großbritannien im Jahre 1962 war Uganda wiederholt Schauplatz von bewaffneten Staatsstreichern und Rebellionen. Sowohl Idi Amin als auch Milton Obote und Tito Okello festigten ihre Macht als Präsidenten durch ein brutales Regime, geprägt von schwersten Menschenrechtsverletzungen (vgl. International Crisis Group, 2006a). Die Diktatoren stützten ihre Macht auf den Rückhalt durch die jeweilige Volksgruppe, der sie angehörten, wobei Obote und Okello die Bevölkerung Nord- und Amin die Bevölkerung Südugandas hinter sich hatten. Dies führte zu einem tiefen Misstrauen, Gewalt und Gegengewalt entlang ethnischer und regionaler Linien.

Im Jahre 1986 gelang es dem heutigen Präsidenten Museveni, gestützt durch die Bevölkerung des Südens, mit seiner Rebellenarmee die Macht in Uganda an sich zu reißen. Auch Museveni setzte hierbei zahlreiche Kindersoldaten ein. Diese De-facto-Entmachtung des Nordens akzeptierten die unterlegenen nordugandischen Soldaten nicht und traten in den Aufstand. Nach wenigen Jahren endete dieser politische Aufstand per Friedensvertrag. Der Krieg im Norden Ugandas ging jedoch weiter. In der zerrütteten Gesellschaft gelang vielen der aufständischen Soldaten die Reintegration in ihre Dorfgemeinschaften nicht (Veale und Stravrou, 2003). So entstand erst die fundamental christliche Rebellengruppe „Holy Spirit Movement“ und anschließend hieraus die Lords Resistance Army (LRA). Seit nun mittlerweile 20 Jahren kämpft die LRA im Norden Ugandas. Sie gilt als eine der brutalsten bewaffneten Gruppen der Welt. Ursprünglich wollte die LRA unter ihrem Führer Joseph Kony, der sich als Prophet des „Heiligen Geistes“ sieht, die Regierung von Präsident Museveni stürzen und einen Gottesstaat nach den zehn Geboten errichten. Ein politisches Programm ist mittlerweile jedoch nicht mehr zu erkennen – Mord, Plünderung und Vergewaltigung sind zum Selbstzweck geworden. Die Ideologie der LRA ist hierbei einfach: Wer sie nicht unterstützt, gilt als Feind und soll gnadenlos bekämpft werden. Mehr als 25 000 Kinder wurden bisher von der LRA entführt und zu Soldaten oder Sexsklaven gemacht (United Nations Integrated Regional Information Networks, 2006b). Eine gängige Methode der Rebellen ist, die Kinder zu zwingen, andere Kinder, oftmals Freunde oder sogar Geschwister, zu schlagen oder zu ermorden. Ebenso ist meist einer der ersten Kampfeinsätze der neuen Kindersoldaten der Überfall ihres eigenen Dorfes – denn die Kinder kennen sich in Ihrem Dorf aus. Sie wissen, wo Nahrungsmittel und andere Wertgegenstände versteckt sind. Hierdurch sollen die Kinder zu „richtigen“ Rebellen gemacht werden. Die an ihrer eigenen Dorfgemeinschaft und Familie begangenen Gräueltaten sollen eine Flucht zurück nach Hause unmöglich machen. Seit Anfang

Oktober 2004 werden Joseph Kony und vier weitere Anführer der LRA vom Internationalen Strafgerichtshof (IStGH) in Den Haag gesucht. Ihnen werden zahlreiche Kriegsverbrechen wie die Rekrutierung von Kindersoldaten, Folter, Verstümmelung, Kindesentführung, Vergewaltigung und Zwangsrekrutierung zur Last gelegt.

Gelingt den Kindersoldaten die Flucht aus der LRA, stehen sie vor der schwierigen Situation, überhaupt erst ihre Angehörigen wiederzufinden, denn die Mehrheit der Bewohner Nordugandas hat ihre Dörfer verlassen. Nahezu die gesamte Bevölkerung Nordugandas, etwa 1,7 Millionen Menschen, lebt heute in Camps für Binnenflüchtlinge (engl.: Internally displaced Persons; IDP). Diese Camps werden von der ugandischen Regierungarmee bewacht und sollen Schutz vor Übergriffen der LRA bieten. Aus Angst vor Überfällen verlassen die Menschen die Camps nicht und sind nicht mehr in der Lage, ihre Felder in ausreichendem Maße zu bestellen. Der Norden Ugandas ist äußerst fruchtbar – vor dem Krieg konnten sich die Menschen hier selbst versorgen. Heute wird nahezu die gesamte Bevölkerung dieser Region durch Lieferungen der Vereinten Nationen ernährt.

Selbst wenn ehemalige Kindersoldaten ihre Familie wiederfinden sollten, werden sie von diesen oftmals nicht aufgenommen und akzeptiert. In den Augen der Angehörigen sind die Kinder zwar Opfer der LRA, doch zugleich auch unberechenbare, grausame Täter und brutale Mörder. Die Kinder gelten als unrein und von bösen Geistern besessen. Die Angehörigen wissen nicht, wie sie mit den ehemaligen Kindersoldaten umgehen sollen. Aggressives Verhalten, emotionale Taubheit, gedankliche Abwesenheit und Albträume werden oft nicht als Symptome eines psychischen Traumas, sondern als Zeichen für die Besessenheit mit bösen Geistern gewertet.

Seit einigen Monaten keimt erneut Hoffnung auf ein baldiges Ende des Konfliktes auf. Nachdem das Regime im sudanesischen Khartoum der LRA keine weitere Unterstützung mehr gewährt, ist die LRA zunehmend unter Druck geraten. Die Übergriffe auf die Bevölkerung haben nachgelassen und die Menschen haben begonnen, die IDP-Camps zu verlassen. Die begonnenen Friedensgespräche sind jedoch Anfang 2007 von der LRA abgebrochen worden (United Nations Integrated Regional Information Networks, 2007). Selbst wenn es zu einem baldigen Frieden in Norduganda kommen sollte, so hinterlässt der Konflikt doch eine völlig zerstörte Gesellschaft und eine Generation, die nichts anderes als Krieg und Gewalt kennengelernt hat. Ein gesellschaftlicher Wiederaufbau wird Jahrzehnte dauern.



Abbildung 1: Übersichtskarte Uganda mit Kennzeichnung der vom Konflikt mit der Lords Resistance Army betroffenen Regionen und ethnischen Gruppen.

Quelle: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1c/Ugandan_districts_affected_by_Lords_Resistance_Army.png. 20.01.2007.

2.2 Der Konflikt in der D.R. Kongo

Der seit 1996 andauernde Konflikt in der D.R. Kongo wird auch als der erste afrikanische Weltkrieg bezeichnet (Grill, 2003). Zwischenzeitlich haben sich Truppen aus bis zu acht Ländern an diesem Konflikt, der mit 3,9 Millionen Opfern³ (Coghlan et al., 2006) als der tödlichste seit dem Zweiten Weltkrieg gilt, beteiligt. Unicef (2006) schätzt, dass auf dem Höhepunkt des Konfliktes 30 000 Kinder, davon etwa 10 000 Mädchen, in den verschiedenen bewaffneten Gruppen eingegliedert waren. Anders als in Uganda suchen viele Kinder aus eigenem Willen Anschluss an die Kämpfer, weil sie sich dort Schutz und Nahrung erhoffen. Daneben werden aber auch viele Kinder zwangsrekrutiert und mit den gleichen brutalen Initiationsriten wie in Uganda an die Kämpfer gebunden. Die Aufgaben der Kinder in den bewaffneten Gruppen des Kongo ähneln denen in Uganda: Die Kinder werden als Kämpfer, Hilfskräfte und Sexsklaven missbraucht. Auch im Kongo werden ehemalige Kindersoldaten häufig von

³ Diese Zahl schließt alle Opfer, die in irgendeiner Weise durch die Auswirkungen des Konfliktes, wie zum Beispiel Hunger, Krankheiten oder direkte Gewalt, starben, ein ("... we estimate that about 3,9 million people have died as a result of the conflict ..." (Coghlan et al., 2006).

ihren Familien und Dorfgemeinschaften nicht mehr akzeptiert. Sie gelten als Mörder und „Parasiten“⁴, die erst mit Waffengewalt geplündert haben und nun, ohne selbst für sich sorgen zu können, von ihren Familien und Dorfgemeinschaften miternährt werden wollen.

Um die Hintergründe dieses Konfliktes zu verstehen, ist es unerlässlich, einen kurzen Blick auf die Geschichte und Gegenwart der Region zu werfen:

Die Geschichte des Kongo ist eng verbunden mit der seiner vielfach kleineren, aber völlig überbevölkerten Nachbarstaaten Ruanda und Burundi. In beiden Ländern wurde die Bevölkerungsmehrheit, die der Ethnie der Hutu angehört, lange Jahre von der Bevölkerungsminderheit, den Tutsi, beherrscht und unterjocht. Die Hutu-Mehrheit kam Anfang der neunziger Jahre durch Wahlen an die Macht. Gleichzeitig fürchtete die Tutsi-Minderheit um ihr Überleben. Ausgelöst durch den bis heute ungeklärten Abschuss eines Flugzeuges mit den gemäßigten, auf Versöhnung der Volksgruppen bedachten Präsidenten Ruandas und Burundis an Bord, kam es im Frühjahr 1994 zum Genozid in Ruanda, der von einem schleichenden Völkermord im angrenzenden Burundi begleitet wurde. Im Sommer 1994 öffnete Mobutu, der Kleptokrat und damalige Präsident des Kongo, die Grenzen des Ostkongo für die Haupttäter des Völkermordes, die Hutu-Armee, die vor der unter anderem von Uganda gestützten Tutsi-Befreiungsfront floh. Zu diesem Zeitpunkt stand Mobutu, der während seiner seit 1965 andauernden Regierungszeit den Kongo völlig ruiniert und ausgenommen hatte, unter starkem politischen Druck. Um sein politisches Überleben zu sichern, gewährte Mobutu der Hutu-Armee, den Tätern des Völkermordes, Zuflucht (Buch, 2005). 1996 rückte dann die ehemalige Tutsi-Befreiungsfront, jetzige ruandische Armee, in den Ostkongo ein. Gleichzeitig bildete die im Ostkongo lebende Tutsi-Minderheit mit ruandischer und ugandischer Unterstützung eine Armee und stürzte in der Folge Präsident Mobutu. Laurent Kabila wird neuer Präsident. 1998 kündigt Kabila das Bündnis mit Ruanda und Uganda auf, um die Bodenschätze des Kongo dem eigenen Volk zu Gute kommen zu lassen. Daraufhin marschieren ruandische und ugandische Truppen erneut in den Kongo ein. Kabila wiederum ruft Truppen aus Simbabwe, Angola und Namibia um Hilfe und stellt im Gegenzug Teilhabe an den Bodenschätzen des Kongo in Aussicht. In der Folge kommt es zu einer undurchsichtigen Bildung von zahlreichen einheimischen Milizen und Rebellenbewegungen, die wiederum Allianzen mit ausländischen Truppen eingehen. Im Jahr 2000 werden UN-Blauhelmsoldaten in den Kongo entsandt. Diese sind jedoch nicht in der Lage, die Gewalt in dem riesigen Land, welches sechsmal so groß wie Deutschland ist, zu stoppen. Zwei Jahre später wird ein Friedensvertrag ausgehandelt, der zur Bildung einer Übergangsregierung führt. Diese besteht aus Jo-

⁴ In Gesprächen mit dem Autor äußerten wieder in ihrer Dorfgemeinschaft lebende ehemalige Kindsoldaten, dass sie als „les parasites“, die Parasiten, beschimpft werden.

seph Kabila, dem Sohn des mittlerweile ermordeten Laurent Kabila, als Präsidenten und den mächtigsten vier War Lords als Vizepräsidenten. Die im Friedensvertrag vereinbarte Eingliederung aller Rebellen Gruppen in eine kongolesische Nationalarmee gelingt nur unvollständig (vgl. International Crisis Group, 2006b). Zwar konnten seit 2003 etwa 18 000 Kindersoldaten demobilisiert und in ihre Dörfer zurückgebracht werden, doch werden immer noch, besonders im Osten des Landes, tausende Kinder in einem andauernden Konflikt um Land und Bodenschätze als Soldaten missbraucht (Unicef, 2006). An diesem Zustand konnten auch die ersten freien Wahlen in der D.R. Kongo seit 40 Jahren und die Anwesenheit von 16 000 Blauhelmsoldaten nichts ändern. Auch die Soldaten der kongolesischen Nationalarmee sind häufig nicht gewillt, gegen die Milizen und Rebellen Gruppen vorzugehen, da die kongolesische Regierung ihre Soldaten oft weder bezahlt noch ernährt (Scheen, 2006). Bis heute dauert, besonders im Osten des Kongo, das Morden, Plündern und Vergewaltigen an. Nach wie vor sind zehntausende Menschen im Osten des Kongo vor immer wieder aufflammenden Kämpfen auf der Flucht. Der seit mehr als 10 Jahren andauernde Krieg hat eine entlang von regionalen und ethnischen Grenzen tief gespaltene Gesellschaft hinterlassen. Ein sozialer Wiederaufbau, die Überwindung von Hass und tiefem Misstrauen wird Generationen in Anspruch nehmen.



Abbildung 2: Übersichtskarte Demokratische Republik Kongo.

Quelle: [http://www.lib.utexas.edu/maps/cia07/congo_demrep_sm_2007.gif]. 20.01.2007.

3 Stand der Forschung

Im folgenden Kapitel 3 wird zunächst auf das Thema Kindersoldaten eingegangen. Anschließend werden relevante Forschungsergebnisse aus dem noch relativ jungen Fachgebiet der Kinderpsychotraumatologie vorgestellt. Hierauf folgt die theoretische Heranführung an das Thema Versöhnung und ihre Verknüpfung mit psychischem Trauma.

3.1 Kindersoldaten

Als Ergebnis eines radikalen Wandels im Charakter bewaffneter Konflikte stieg nicht nur die Zahl der betroffenen Kinder dramatisch an, sondern auch die Zahl der an diesen Konflikten als Soldaten teilnehmenden Kinder. Weltweit werden ca. 250 000 Kinder und Jugendliche als Soldaten von etwa 70 Konfliktparteien in mehr als 20 Ländern missbraucht und ausgebeutet (Vereinte Nationen, 2005). Hierzu kommen noch etwa 500 000 Kinder in militärischen und paramilitärischen Gruppen, die sich momentan nicht in bewaffneten Auseinandersetzungen befinden (Stohl, 2001). Der Kontinent mit der größten Anzahl an Kindersoldaten ist Afrika. Die geschätzte Zahl dort beträgt 120 000 (Vereinte Nationen, 2001).

3.1.1 Kindersoldaten – Definition und Merkmale

Wer als Kindersoldat gilt, ist völkerrechtlich nicht verbindlich definiert. Eine mittlerweile weit verbreitete, wenn auch inoffizielle Formulierung wurde 1997 in den „Cape Town Principles“ gefunden (Vereinte Nationen, 1997): *„Ein Kindersoldat ist jede Person unter 18 Jahren, die Teil jeder Art von regulären oder irregulären bewaffneten Streitkräften oder bewaffneten Gruppen ist. Dabei ist es unerheblich, welche Funktion sie dort ausübt, dies schließt Köche, Träger, Boten und diejenigen ein, die solche Gruppen begleiten, es sei denn, es handelt sich um Familienmitglieder. Auch Mädchen, die für sexuelle Zwecke oder erzwungene Heiraten rekrutiert wurden, sind eingeschlossen. Eine Beschränkung auf Kinder, die Waffen tragen oder getragen haben, ist daher ausgeschlossen.“* Innerhalb der Cape Town Principles sind einige Punkte hervorzuheben. Für die Definition eines Kindersoldaten ist es unerheblich, wie das Kind rekrutiert wurde. Es wird nicht zwischen erzwungener und freiwilliger Rekrutierung oder nach nationalem Recht für das Kind geltender Wehrpflicht unterschieden. Auch schließt die Definition Kinder in allen bewaffneten Gruppen mit ein, gleich ob es sich um staatliche Kräfte, Paramilitärs, Rebellen oder sonstige bewaffnete Gruppen handelt. Außerdem müssen die Kinder nicht direkt in Kampfhandlungen involviert gewesen sein. Die Funktion des Kindes innerhalb der bewaffneten Gruppe ist unerheblich.

Das Fehlen einer völkerrechtlich kodifizierten Definition ist jedoch weiterhin ein Problem. So wird zum Beispiel im Konflikt in Norduganda, wo fast alle Kinder zwangsrekrutiert werden, nicht von Kindersoldaten, sondern von „formerly abducted children“, also „ehemalig entführten Kindern“ gesprochen. Im Konflikt in der D.R. Kongo werden ehemalige Kindersoldaten,

die unter die Definition der Cape Town Principles fallen, „ex. E.A.F.G.A.“ (franz.: ex. Enfants associés aux Forces et Groupes Armées), also Kinder, ehemals mit bewaffneten Kräften und Einheiten verbunden, genannt. Durch diese umständlichen, aber von Unicef (engl.: United Nations Children’s Emergency Fund) in den beiden Ländern offiziell benutzten Bezeichnungen soll sichergestellt werden, dass alle ehemaligen Kindersoldaten auch als Kindersoldaten gemäß der Definition der Cape Town Principles in entsprechende Demobilisierungs- und Reintegrationsprogramme aufgenommen werden.

Das durchschnittliche Alter der Kindersoldaten ist nicht bekannt. Es wird vermutet, dass die meisten zwischen 16 und 17 Jahre alt sind (Brett und McCallin, 2001). Laut Brett und McCallin (2001) gibt es zwei Altersgipfel, in denen Kinder rekrutiert werden. Der erste liegt bei 10 bis 12 Jahren, wenn die Kinder gerade groß genug sind, um Kleinwaffen zu tragen und zu bedienen. Der zweite Altersgipfel der Rekrutierung liegt bei etwa 15 Jahren, ein Alter, in dem Kinder in vielen Kulturen als Erwachsene betrachtet werden (Dorsch, 1994). Obwohl es zahlreiche Berichte über Kindersoldaten gibt, die 10 Jahre und jünger sein sollen, handelt es sich hierbei nur um eine sehr geringe Zahl der gesamtrekrutierten Kinder (Brett und McCallin, 2001).

Schätzungsweise sind 10 bis 25 Prozent der Kindersoldaten weiblich (Singer, 2005). Bei den in Sri Lanka kämpfenden Liberation Tigers of Tamil Eelam sollen sogar 50% der Kindersoldaten weiblich sein. Hier werden eigene Mädchen-Brigaden aufgestellt, die sogenannten „Birds of Freedom“. Die bewaffnete Gruppe rechtfertigt den Einsatz von Mädchen-Brigaden damit, dass diese Brigaden einen Beitrag zur „Befreiung der Frauen aus dem repressiven gegenwärtigen System“ darstellen sollen (Singer, 2005).

Kindersoldaten dienen sowohl in Regierungsarmeen als auch in Oppositions- und sonstigen bewaffneten Gruppen. In Gruppen, in denen Kindersoldaten eingesetzt werden, machen diese 25 bis 40% der Gesamtanzahl der Soldaten aus (Brett und McCallin, 2001). Betrachtet man die Familien- und Bildungsstruktur, aus der der durchschnittliche Kindersoldat der Gegenwart stammt, so fällt auf, dass es sich meist um benachteiligte Kinder handelt. Sie stammen oft aus zerrütteten, armen Familienverhältnissen und haben häufig wenig oder keine Schulbildung (Machel und Salgado, 2001).

3.1.2 Historischer Überblick

Die Teilnahme von Kindern an militärischen Auseinandersetzungen bzw. die gezielte Vorbereitung und Ausbildung von Kindern für den Kriegsdienst ist kein modernes Phänomen. Bereits im Jahre 1212 soll ein Kinderkreuzzug mit mehr als 30 000 Kindern aus Teilen Deutschlands und Frankreichs aufgebrochen sein, um im Namen des Christentums das Heilige Land zu erobern (Runciman, 2003).

Auch in den Söldnerheeren des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation im 16. und 17. Jahrhundert war es normal, dass Kinder mitgeführt wurden und von klein auf lernten, ihren Lebensunterhalt durch Krieg und Raub zu bestreiten (Zabel, 1978). Nachdem in Preußen stehende Heere rekrutiert wurden, bildete sich eine neue Form der militärischen Jugenderziehung heraus. Kadetten, schon im Alter ab 10 Jahren, wurden in Kadettenakademien trainiert und im Kriegsfall in das Heer abberufen. Friedrich II forderte während des schlesischen Krieges Kadetten ohne Rücksicht auf ihr Alter an (Zabel, 1978). Auch während des Ersten Weltkrieges meldeten sich ganze Oberschulklassen freiwillig und brachen voller Begeisterung in den Krieg auf (vgl. Kopetzky, 1981). Viele von ihnen fanden in den Schützengräben einen grausamen Tod. 1919 wurden die Kadettencorps aufgelöst.

Während des amerikanischen Sezessionskrieges dienten Kinder als Trommler und Kanonnennachlader, sogenannte „Powder Monkeys“, sowohl auf Seiten der Nord- als auch der Südstaaten. Mit Einwilligung der Eltern konnten sich hierzu schon 14-Jährige melden. Die Kindermusikcorps existierten bis 1916 (Bishop, 1984).

Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde versucht, die Kinder in der Schule und Hitlerjugend zu indoktrinieren und auf den Militärdienst vorzubereiten. Ab dem 25. März 1939 wurden junge Menschen zwischen 10 und 18 Jahren per Gesetz kollektiv in der Hitlerjugend organisiert. Neben der charakterlichen Schulung sollte so die Wehrbereitschaft gefördert werden (Tewes, 1989). In „Wehrtüchtigungslagern“ absolvierten die 15-jährigen Hitlerjungen eine dreiwöchige paramilitärische Ausbildung (Koch, 1975). Mit fortschreitendem Kriegsverlauf mussten alle Schüler, die das 15. Lebensjahr vollendet hatten, als Luftwaffenhelfer zur Verfügung stehen (Jahnke und Buddrus, 1989). In den letzten Kriegsmonaten wurden dann alle Deutschen vom fünfzehnten bis zum siebzigsten Lebensjahr zum Kampf im Volkssturm aufgerufen (Mittermaier, 1999). Unter ihnen kämpften auch viele Jüngere. Deutlich wird dies auch in dem Aufruf zu Wehrwolf-Aktionen. Hiernach sollte jeder „Pimpf“ im feindbesetzten Raum dem Gegner schaden, wo immer er auf ihn traf (Jahnke und Buddrus, 1989).

Nach dem Zweiten Weltkrieg, besonders seit den sechziger Jahren, ist eine ständig wachsende Anzahl von immer jüngeren Teilnehmern an bewaffneten Konflikten festzustellen. In Guinea-Bissau kämpften in den Jahren 1963–1974 Kinder und Jugendliche im Freiheitskrieg gegen die Kolonialherren aus Portugal. Schon Sechsjährige waren hier als Hilfskräfte tätig (Townsend, 1980). In Kambodscha wurden Kinder bei den Roten Khmer auf grausamste Weise zum Kampf gegen das eigene Volk ausgebildet und eingesetzt (Rosenblatt, 1986). Die PLO unterhielt bis zur israelischen Invasion Ausbildungslager im Südlibanon. Hier wurden Kinder bereits im Alter von sechs oder sieben Jahren auf ihre Rolle als Kämpfer vorbereitet (Rosenblatt, 1986). Im iranisch-irakischen Krieg sollen mehr als 100 000 Kinder auf iranischer Seite an der Front gekämpft haben (Britten et al., 1989). Auch in Mozambique stellten Kindersoldaten einen nicht unerheblichen Teil der Kampfstärke der Widerstandsbewegung RENAMO (Brett und McCallin, 2001). Während des Bürgerkrieges in Liberia von 1991 bis

2001 machten Kinder zwischen sieben und vierzehn Jahren zwischenzeitlich 80% der bewaffneten Kämpfer der RUF-Rebellen aus. Viele von ihnen wurden entführt und zum Kriegsdienst gezwungen (Singer, 2005). In Uganda werden fast ausschließlich Kinder zum Kämpfen in den Reihen der LRA gezwungen. Seit 1987 entführten die Rebellen der LRA mehr als 25 000 Kinder und missbrauchten sie als Soldaten und Sexsklaven (United Nations Integrated Regional Information Networks, 2006a). In der D.R. Kongo sind gegenwärtig etwa 30 000 Kinder unter 18 Jahren in verschiedenen bewaffneten Gruppen im Einsatz (Watchlist on Children and Armed Conflict, 2006). Die Liste der Länder in Afrika, in denen Kindersoldaten an bewaffneten Konflikten teilnehmen oder in jüngster Zeit teilgenommen haben, lässt sich mit Angola, Sierra Leone, Elfenbeinküste, Sudan und vielen anderen noch weiter fortsetzen (Coalition to Stop the Use of Child Soldiers, 2004). Der Missbrauch von Kindern als Soldaten ist ein weltweites Problem. Alle Kontinente sind hiervon betroffen. Im aktuellen Child Soldiers Global Report von 2004 werden insgesamt 20 Länder aufgeführt, in denen Kinder in bewaffneten Konflikten zwischen 2001 und 2004 eingesetzt wurden (Coalition to Stop the Use of Child Soldiers, 2004).

Setzt man die schon oben erwähnte Gesamtzahl von 250 000 Kindersoldaten weltweit in Relation zur Gesamtzahl der kämpfenden Soldaten, so sind dies „nur“ 10% (Singer, 2005). Das Schockierende dieser Zahl, wie Singer (2005) treffend feststellt, ist, dass es noch vor sechs Jahrzehnten, nach Ende des Zweiten Weltkrieges, fast keine Kindersoldaten gab.

Besonders die oben erwähnten zahlreichen Konflikte der jüngsten Zeit auf dem afrikanischen Kontinent könnten den Eindruck erwecken, dass in Afrika schon immer Kinder als Krieger in bewaffneten Konflikten eingesetzt wurden. In vielen afrikanischen Kulturen wurden junge Männer jedoch erst drei bis vier Jahre nach der Pubertät in den Kreis der Krieger aufgenommen (Singer, 2005). So mussten Mitglieder des Stamms der Zulu mindestens 18 bis 20 Jahre alt sein, bevor sie in den Krieg ziehen durften (Bennet, 2000).

Auch der immer wieder als Beispiel für die lange Geschichte des massiven Missbrauchs von Kindern als Soldaten erwähnte Kinderkreuzzug von 1212 erscheint bei näherer Betrachtung fragwürdig. Von den fast 30 000 ins heilige Land aufgebrochenen Kindern kam keines dort tatsächlich an. Die meisten Teilnehmer dieses Kreuzzuges schafften es nur bis in den Süden Frankreichs. Nachdem sich das Meer vor ihnen nicht teilte und den Weg nach Palästina freigab, kehrten die meisten desillusioniert um (Runciman, 2003). Auch ist es fraglich, ob es sich bei den Teilnehmern des Kinderkreuzzugs tatsächlich um Kinder handelte. In einigen Quellen ist die Rede von bewaffneten „Pueri“, die ins heilige Land aufbrachen. Unter „Pueri“ subsumierte man im Mittelalter jedoch neben Kindern und Jünglingen auch Knechte, Tagelöhner und Landarbeiter (Mittermaier, 1999; Stowasser et al., 1994). Betrachtet man andere Konflikte vor dem Zweiten Weltkrieg, so fällt auf, dass Kinder als Soldaten doch nur vereinzelt eingesetzt wurden. Ein verbreiteter Einsatz von Kindern ist oftmals nur gegen Ende und in ausweglosen Situationen eines Krieges zu beobachten gewesen (Singer, 2005). Kinder waren

bis vor einigen Jahrzehnten für den Kampfeinsatz nicht geeignet. Ihre physische Konstitution hinderte sie daran, im frühen Kampf, Mann gegen Mann, zu bestehen und in späteren Konflikten die schergewichtigen Waffen zu tragen. Dies änderte sich mit der Entwicklung von kleinen und leichten Waffen. Erst die massenhafte Verbreitung dieser einfach zu bedienenden Kleinwaffen, insbesondere durch das Ende des Kalten Krieges, machte Kinder zu effizienten Soldaten.

Hieraus ergibt sich, dass Kinder schon immer in bewaffneten Auseinandersetzungen eingesetzt wurden. Der große zahlenmäßige und massive Einsatz ist jedoch ein Phänomen und auch Problem, welches erst in den letzten Jahrzehnten entstanden ist.

3.1.3 Kindersoldaten und die „neuen Kriege“

Besonders in Afrika hat der Krieg nach der Entkolonialisierung neue Formen angenommen, die maßgeblich zum massenhaften Missbrauch von Kindern als Soldaten beigetragen haben. Diese neuen Erscheinungsformen des Krieges lassen sich durch drei Entwicklungen charakterisieren (Münkler, 2003):

Erstens haben viele Staaten in Afrika ihr Gewaltmonopol verloren. Somit finden die Kriege nur noch selten als konventionelle Kriege um Territorien zwischen staatlichen Streitkräften statt. Vielmehr sind Auseinandersetzungen zwischen dem Staat, paramilitärischen Truppen, Rebellengruppen und privaten Akteuren verbreitet. Der Krieg wird zu einem dauerhaften Betätigungsfeld und die teilnehmenden Akteure zu Kriegsunternehmern. Die ökonomische Triebfeder dieser Konflikte ist der Zugang zu Rohstoffen und die Ausbeutung der dort lebenden Menschen. Lizenzen zur Rohstoffförderung werden verkauft, bevorzugt an Unternehmen aus Staaten, welche die dominierenden bewaffneten Gruppen unterstützen. Es geht in diesen Konflikten also weniger um politische Ziele, um religiöse oder originär ethnische Konflikte. Dient es jedoch den jeweiligen Interessen, werden diese Konflikte allerdings geschürt. Die Konsequenz ist die Entstehung einer undurchsichtigen Interessenvermengung staatlicher und nichtstaatlicher bewaffneter Gruppen und privater Unternehmen, vermischt mit ethnischen Rivalitäten.

Zweitens richten sich die Kriegshandlungen meist gegen die wehrlose Zivilbevölkerung. Klare Frontverläufe, entlang derer es zu militärisch entscheidenden Schlachten kommt, sind selten. Häufiger sind kleine Scharmützel ohne große militärische Bedeutung. Der Gewalt ist vielmehr die Zivilbevölkerung ausgesetzt. Sie dient als billige Versorgungsquelle für Nahrungsmittel und als Ressource für Kriegs-, Arbeits- und Sexsklaven. Erst die Ausbeutung der Zivilbevölkerung ermöglicht es, bewaffnete Konflikte kostengünstig zu führen. Somit kommt ihr eine wichtige ökonomische Bedeutung zu.

Das dritte Charakteristikum dieser neuen Form der Konflikte ist die große Brutalität und der hemmungslose Einsatz von Gewalt gegen Zivilisten. Massenvergewaltigungen gehören ebenso hierzu wie die Ermordung aller nur des Widerstands Verdächtigen und die Zwangsrekrutierung von Kindern, um nur einige Merkmale der ausgeprägten Brutalität zu nennen.

Kindersoldaten spielen bei der beschriebenen neuen Form der Kriege eine zentrale ökonomische Rolle. Im Gegensatz zu Erwachsenen bestehen sie meist nicht auf einer Bezahlung oder können ihre Forderung nach Sold nur selten durchsetzen. Einer Studie zufolge haben nur 6% der Kindersoldaten in Burundi und nur 10% im Osten der D.R. Kongo jemals Sold ausgezahlt bekommen (International Labor Organisation, 2003). Stattdessen werden die Kindersoldaten aufgefordert, sich Ihren Sold bei der Zivilbevölkerung zu holen. Sie tragen somit zur Brutalisierung der Konflikte bei.

3.1.4 Gründe für die Teilnahme von Kindern an bewaffneten Konflikten

Die Gründe für die Teilnahme von Kindern an bewaffneten Konflikten sind sehr vielfältig. Generell unterscheidet man zwischen Wehrpflicht, einer gewaltsam erzwungenen und einer freiwilligen Rekrutierung (Machel und Salgado, 2001). Eine Studie in vier afrikanischen Ländern konnte zeigen, dass 64% der Kinder sich ohne Zwang dem Militär anschlossen (International Labor Organisation, 2003). Gemäß einer weiteren Studie aus Ostasien sollen sich hier 57% der Kinder freiwillig gemeldet haben (Unicef, 2002). Die Formulierung „freiwillig“ ist in diesem Kontext jedoch irreführend. Der Anschluss an die bewaffneten Gruppen erfolgt zwar aus eigenem Willen, aber sicher meist nicht freiwillig (Mjøset und Van Holde, 2002). Bei der „freiwilligen“ Rekrutierung lassen sich Pull- und Push-Faktoren unterscheiden (Brett und Specht, 2004; Somasundaram 2002). Pull Faktoren stellen Anreize für die Kinder dar; sich den bewaffneten Gruppen anzuschließen, wie z.B. die Aussicht auf Nahrung oder die Möglichkeit sich verteidigen zu können. Push-Faktoren sind vorherrschende Bedingungen, die die Kinder aus der zivilen Gesellschaft drängen, wie z.B. Nahrungsmangel oder auch ethnische Verfolgung. Eine eindeutige Trennung zwischen beiden Faktoren ist jedoch aufgrund der doppelten Wirkung vieler Einflüsse auf die Kinder nicht immer möglich.

Die am häufigsten genannten Push-Faktoren sind ökonomische und soziale Gründe (Brett und Specht, 2004; Machel und Salgado, 2001). Besonders in Kriegssituationen sind Kinder verstärkt Armut und Hunger ausgesetzt. Familien, die ihre Kinder nicht mehr ernähren können, drängen diese teilweise, sich den bewaffneten Gruppen anzuschließen. Hierin sehen sie für ihre Kinder die einzige Möglichkeit, regelmäßig Nahrung und Kleidung sowie eine medizinische Betreuung zu erhalten (Unicef, 2003). Eine Folge von ökonomischer Armut ist vielfach die Deprivation von Bildungsmöglichkeiten. Viele ehemalige Kindersoldaten sehen Schule und Bildung als hohen Wert an und berichten, dass sie sich nur den bewaffneten Gruppen angeschlossen haben, da sie auf absehbare Zeit keine Möglichkeit gesehen haben, eine Schulbildung zu erhalten (Brett und Specht, 2004). Die Gefahr, durch Armut zu den be-

waffneten Gruppen gedrängt zu werden, ist besonders für alleinstehende Kinder hoch. Überproportional häufig werden Kinder, die im Krieg bedingt durch Krankheiten, Flucht und Gewalt, zu Waisen geworden sind, Mitglieder bewaffneter Gruppen (Brett und Specht, 2004).

Somasundaram (2002) beschreibt eine Brutalisierung der Gesellschaft und institutionelle Gewalt im Bürgerkrieg in Sri Lanka. Diese Umstände drängen Kinder aus der zivilen Gesellschaft in die Armeen. Nur dort glauben sie die Möglichkeit zu haben, adäquat auf Gewalt reagieren zu können. In einer Studie in Sri Lanka stellte Somasundaram (2002) fest, dass Kinder, die mehr potenziell traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt waren, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu Kindersoldaten werden.

Zu den Pull-Faktoren, die Kinder veranlassen, Soldaten zu werden, zählen neben ökonomischen auch ideologische und kulturelle Gründe. Die Fallstudien von Brett und McCallin (2001) belegen, dass viele Kinder es als ihre Pflicht ansehen, ihre Eltern oder ihre Volksgruppe zu rächen. Masinda und Muhesi (2004) erwähnen, dass kongolesische Jungen, die sich nicht bewaffneten Gruppen anschließen, Schuldgefühle haben, da sie nicht ihrer „Pflicht“ nachkämen. 62,5% der Kinder in einer Studie im vom Bürgerkrieg geplagten Ostkongo gaben an, dass sie sich sozial minderwertig im Vergleich zu Kindersoldaten fühlen (Masinda und Muhesi, 2004). Somasundaram (2002) unterstreicht, dass Kinder gerade wegen ihrer „Unreife und Liebe zu Abenteuern“ besonders empfänglich für die Idee eines Märtyrerkultes seien. Die Autoren einer Studie in Afrika fanden heraus, dass sich 15% der Kindersoldaten aus der „Faszination für den Status eines Waffentragenden“ freiwillig gemeldet haben (International Labor Organisation, 2003).

Zusammenfassend betrachtet dürfte es jedoch eine Kumulation von Pull- und Push-Faktoren sein, die ausschlaggebend für eine freiwillige Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten sind (Brett und Specht, 2004).

Zwangsrekrutierung kann auf vielfältige Weise erfolgen. Kinder werden entführt, oftmals direkt in ganzen Klassen aus der Schule heraus, bei der Arbeit auf dem Feld oder von zu Hause aus (Brett und McCallin, 2001). Kinder aus armen Familien und Straßenkinder sind hierbei stärker gefährdet als Kinder aus wohlhabenderen Familien. Meist geschieht Kindern aus wohlhabenden Familien nichts: Ihre Eltern kaufen sie frei oder sie werden außer Landes geschickt, um so der Gefahr einer Zwangsrekrutierung zu entgehen (Unicef, 2003). In der D.R. Kongo und in Sierra Leone mussten Eltern ihre Kinder teilweise den bewaffneten Gruppen als eine Art Pfand und Schutzgeld zur Verfügung stellen (Machel und Salgado, 2001). Ein Extrembeispiel für Zwangsrekrutierung ist der Konflikt im Norden Ugandas. Hier sind nahezu alle Kinder von der LRA entführt und zum Dienst an der Waffe gezwungen worden (United Nations Integrated Regional Information Networks, 2006a).

So unterschiedlich die Beweggründe und die Methoden der Rekrutierung auch sind, so bleibt zusammenfassend festzustellen, dass nur eine Minderheit der Kinder freiwillig und zugleich aus eigenem Willen zu Soldaten wird.

3.1.5 Aufgaben und Behandlung der Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen

Sind die Kinder erst einmal rekrutiert, werden sie weitestgehend ähnlich behandelt und mit vergleichbaren Aufgaben betraut wie erwachsene Soldaten (Machel und Salgado, 2001). Anfangs müssen sich die Kinder oftmals brutalen Initiationsritualen unterziehen. So müssen zum Beispiel die jungen Rekruten der LRA in Uganda häufig ihre eigenen Dörfer überfallen und Gräueltaten an ihrer Familie begehen (Bayer, 2006). Hierdurch soll eine Flucht zurück zur Dorfgemeinschaft und Familie unmöglich gemacht werden.

Neben dem Einsatz als Kämpfer üben Kinder eine Vielzahl anderer Tätigkeiten bei den bewaffneten Gruppen aus. Hierzu gehören Aufgaben wie Kochen, Spionieren, Pflege von Verwundeten, der Transport von schweren Lasten, Waffenpflege, Schutz von Offizieren als Bodyguard und vieles mehr. Die Autoren einer Studie mit 362 Kindersoldaten in Zentralafrika fanden heraus, dass 62% der Kinder angaben, häufig unmittelbar an der Frontlinie gekämpft zu haben. Die Zubereitung von Mahlzeiten gaben nur 10% und das Bewachen des Militärlagers gaben 34% der Kinder als häufige Aufgabe an (International Labor Organisation, 2003). Eine von Unicef (2002) durchgeführte Studie mit ehemaligen Kindersoldaten kommt zu dem Ergebnis, dass 91% von ihnen aktiv gekämpft haben. Aus diesen Zahlen geht hervor, dass Kinder zwar vielfältige Aufgaben bei den bewaffneten Gruppen wahrnehmen, die aktive Teilnahme an Kampfhandlungen jedoch die häufigste Form der Teilnahme von Kindern in bewaffneten Konflikten ist.

Vor ihrem ersten Kampfeinsatz erhalten die Kinder meist nur ein kurzes militärisches Grundtraining. Kommt es zum Kampf, werden die Kinder häufig unter Drogen und Alkohol gesetzt (Ashby, 2002). Aufgeputscht durch diese Substanzen, verlieren die Kindersoldaten ihre natürliche Angst und sind noch weniger in der Lage, die Konsequenzen ihrer Handlungen zu begreifen. Diese Tatsache wird von den Befehlshabern der bewaffneten Gruppen ausgenutzt. Vielfach werden die Kinder in vorderster Frontlinie eingesetzt und müssen als „Kanonenfutter auf den Feind stürmen“ (Twum-Danso, 2003). Dass viele Kindersoldaten bei solchen Aktionen verwundet oder sogar getötet werden, versteht sich von selbst. Befehlsverweigerungen werden häufig mit drakonischen Strafen geahndet. Aus Angst vor diesen Strafen, verbunden mit dem Konsum von Drogen, werden die Kindersoldaten zu Tätern von unbeschreiblichen Gräueltaten (Singer, 2005).

Mädchen übernehmen im Allgemeinen dieselben Aufgaben wie Jungen. Auch sie werden zu Kampfeinsätzen herangezogen, doch häufiger müssen sie Arbeiten wie die Zubereitung von

Mahlzeiten und die Pflege Verwundeter übernehmen (Machel und Salgado, 2001). Oft werden Mädchen in den bewaffneten Gruppen zwangsweise einem männlichen Soldaten als Frau zur Verfügung gestellt oder allgemein als Sexsklaven missbraucht (Brett und McCallin, 2001). In einigen bewaffneten Gruppen werden Mädchen, die einem verstorbenen Soldaten zugeteilt waren, einem „Reinigungsritual“ unterzogen, um anschließend einem anderem Soldaten als Frau und Sexsklavin zu dienen (Machel und Salgado, 2001). Sexuelle Gewalt beschränkt sich nicht nur auf weibliche Kindersoldaten. Auch Jungen werden häufig Opfer von sexuellem Missbrauch (Machel und Salgado, 2001).

Betrachtet man die soziale Struktur innerhalb vieler bewaffneter Gruppen, die Kinder als Soldaten einsetzen, so wird deutlich, dass besonders in lang andauernden Konflikten die Militärlager in Form von Dörfern und Familien strukturiert sind. Innerhalb dieser Familien, die meist aus einem erwachsenen Soldaten, seiner ihm zugeteilten Frau und einigen Kindersoldaten bestehen, müssen Kinder teilweise dieselben Aufgaben wie in ihren Heimatdörfern verrichten (Veale und Stravrou, 2003).

Kindersoldaten sind nicht immer unmittelbar und direkt, sondern häufig mittelbar oder gar nicht am Kampfgeschehen beteiligt. Ausschließlich nicht direkt am Kampfgeschehen beteiligt sind jedoch nur die wenigsten Kindersoldaten. Die brutale Behandlung der Kinder innerhalb der bewaffneten Gruppe mit einem System der barbarischen Bestrafung bei mangelndem Gehorsam, dem Gefügigmachen durch Drogen, verbunden mit dem Mangel an Verständnis für die Konsequenzen ihres Handelns, lassen die Kinder zu Opfern und gleichzeitig zu Tätern werden.

3.1.6 Situation ehemaliger Kindersoldaten

Um die Situation ehemaliger Kindersoldaten zu erfassen, ist es notwendig, den Weg der Kindersoldaten aus der bewaffneten Gruppe zurück in die zivile Gesellschaft zu betrachten. Nach Legrand (1999) verläuft dieser Prozess in drei Phasen: (1) Entwaffnung und Demobilisierung; (2) physische und psychische Rehabilitation und (3) die Reintegration zurück in die Familien und Dorfgemeinschaften. Die Phase der physischen und besonders psychischen Rehabilitation ist jedoch ein langer Prozess, der nicht isoliert steht, sondern vielmehr während der Phase der Reintegration andauert.

3.1.6.1 Entwaffnung und Demobilisierung

Im Idealfall beginnt der Weg zurück in die zivile Gesellschaft mit der Entwaffnung und Demobilisierung. Häufig werden die Kindersoldaten jedoch nicht in die offiziellen Entwaffnungs- und Demobilisierungsprogramme eingeschlossen. Eine Voraussetzung für ihre Demobilisierung ist zunächst ein offiziell dafür vorgesehenes Programm. Obwohl mehr als ein Viertel der am Bürgerkrieg in Mozambique beteiligten Soldaten Kinder waren, wurde ihre Existenz von

allen teilnehmenden bewaffneten Gruppen gelehrt. Folglich war auch eine Demobilisierung von Kindern nicht möglich und so wurden diese ohne Hilfe zurück ins zivile Leben entlassen (Arid, 2001). Unglücklicherweise willigten die Vereinten Nationen in die Unterstützung dieses Kindersoldaten nicht mit einschließenden Demobilisierungsprogramms ein. Die Folge hiervon war, dass sich die ehemaligen Kindersoldaten ohne Hilfe auf das besannen, was sie gelernt hatte, so dass die Gesellschaft Mozambiques im folgenden Jahrzehnt von bewaffneten Banden, oft ehemaligen Kindersoldaten, terrorisiert wurde (Arid, 2001). Auch während der ersten UN-Mission in Sierra Leone, Mitte der neunziger Jahre, stellten die Vereinten Nationen zwar 34 Millionen Dollar für die Demobilisierung zur Verfügung, hiervon waren jedoch nur knapp eine Million Dollar für die Demobilisierung der Kindersoldaten gedacht, die etwa 40% der Soldaten in Sierra Leone ausmachten (Singer, 2005). Diese unzureichende Demobilisierung der Kindersoldaten war mitursächlich für das Wiederaufflammen des Krieges in Sierra Leone (Singer, 2005). Erst 1999, im Friedensabkommen für Sierra Leone von Lomé, wurde erstmals die Notwendigkeit der Einbeziehung von Kindersoldaten in Demobilisierungsprogramme festgeschrieben. Doch selbst wenn offiziell die Entwaffnung von Kindern in den Demobilisierungsprogrammen vorgesehen ist, durchlaufen Kinder diese Programme häufig nicht. Dies liegt zum einen daran, dass die Kommandanten der bewaffneten Gruppen den Einsatz von Kindersoldaten leugnen und somit kein Interesse an der offiziellen Registrierung der Kinder im Rahmen des Demobilisierungsprogramms haben und daher die Kinder einfach fortschicken (Brett und McCallin, 2001). Zum anderen sind Demobilisierungen und Entwaffnungen häufig mit Abfindungen verbunden. Jeder, der zum Beispiel in der D.R. Kongo angibt, ein Soldat zu sein, und gleichzeitig eine Waffe abgeliefert, erhält einen nicht unerheblichen Geldbetrag. Nach Informationen des Autors aus Gesprächen mit Unicef-Mitarbeitern die während der Untersuchung in Goma stattfanden, wird es Kindern im Kongo daher oftmals verwehrt, ihre Waffe eigenhändig abzuliefern. Das Geld erhält jemand anderes und offiziell wird ein Erwachsener demobilisiert. Besonders selten werden weibliche Kindersoldaten offiziell demobilisiert. Sie werden am häufigsten von den Kommandanten der bewaffneten Gruppen fortgeschickt oder von den Verantwortlichen der bewaffneten Gruppen als „Angehörige“ und nicht als Mitglieder der kämpfenden Truppe bezeichnet. Somit haben sie keinen Anspruch auf eine offizielle Demobilisierung und die damit verbundenen Hilfen (Machel und Salgado, 2001).

Zu beachten ist, dass Kinder durch die Demobilisierung zwar kriegerischen Auseinandersetzungen nicht mehr als Teilnehmer ausgesetzt sind, ihnen jedoch gleichzeitig durch die Entlassung aus der bewaffneten Gruppe ihre wichtigsten Schutzmechanismen genommen wurde – die Mitgliedschaft in einer wehrfähigen Gruppe und die individuelle Verteidigungsfähigkeit durch das Tragen einer Waffe. Um nicht Opfer einer erneuten Rekrutierung oder von Übergriffen zu werden, ist es deshalb wichtig, die Kinder unmittelbar nach der Demobilisierung entweder zurück zu ihren Familien oder in eine Übergangseinrichtung zu bringen (Legrand, 1999).

3.1.6.2 Physische und psychische Rehabilitation

Die oft als Übergangs- und Reorientierungszentren bezeichneten Einrichtungen sollen einen Beitrag zur Rehabilitation und Reintegration der Kinder leisten. Diese von verschiedenen Hilfsorganisationen geführten Zentren bieten den Kindern nun einen ersten Anlaufpunkt. Die Kinder erhalten medizinische Hilfe auf physischer und psychischer Ebene. Ferner wird versucht, von hier aus die Familien der Kinder ausfindig zu machen. Im Idealfall sollen die ehemaligen Kindersoldaten nicht länger als drei Monate in einem Übergangszentrum bleiben. Dieser Zeitraum ist jedoch nur ein Richtwert, abhängig vom Gesundheitszustand und vom Vorhandensein von Verwandten oder von Pflegefamilien, die bereit sind, die Kinder aufzunehmen. Eine Schul- oder Berufsausbildung kann den Kindern in den Übergangszentren nur in Ansätzen geboten werden.

3.1.6.3 Reintegration

Der schwierigste Teil der Rehabilitation ehemaliger Kindersoldaten beginnt mit der Reintegration der Kinder in ihre Familien oder Dorfgemeinschaften. Die Kinder kehren oftmals in vom Krieg zerstörte Familien- und Gesellschaftsstrukturen zurück. Die ehemaligen Kindersoldaten benötigen Nahrungsmittel und Kleidung und stellen somit für die Familien und Dorfgemeinschaften eine zusätzliche Belastung in einer ohnehin meist schon schwierigen ökonomischen Situation dar (Machel und Salgado, 2001). In Gesprächen mit dem Autor während der Untersuchung äußerten ehemalige Kindersoldaten wiederholt, dass sie als „Parasiten“ – die während des Krieges zum Teil das eigene Dorf geplündert haben und nun von den Dorfmitgliedern versorgt werden wollen – beschimpft werden. Die Dorfgemeinschaften waren häufig Opfer von Gräueltaten, begangen zum Teil durch die eigenen Kinder. Verständlicherweise herrscht deshalb oftmals Angst vor den ehemaligen Kindersoldaten. Die Kinder werden stigmatisiert als brutale, unberechenbare Mörder, die zur Lösung von Konflikten zu unangemessenen Formen von Gewalt greifen. Gemäß einer Studie in verschiedenen afrikanischen Ländern betrachten 82% der Eltern von Kindern, die Kontakt zu ehemaligen Kindersoldaten haben, die ehemalige Kindersoldaten als eine potenzielle Gefahr für die Gemeinschaft (International Labour Organisation, 2003). 80% der Eltern möchten nicht, dass ihre eigenen Kinder zusammen mit ehemaligen Kindersoldaten zur Schule gehen (International Labor Organisation, 2003). Der Aufbau einer Akzeptanz für die ehemaligen Kindersoldaten in den Familien- und Dorfgemeinschaften ist somit eine der größten Herausforderungen der Reintegration und Rehabilitation der Kinder. Hinzu kommt, dass sich die Kinder in einer Situation befinden, die es ihnen nur schwer erlaubt, ihre Schulbildung fortzusetzen. Die Kinder waren zum Teil seit Jahren nicht in der Schule. Eine Fortsetzung der Schulbildung würde bedeuten, zusammen mit viel jüngeren Kindern in eine Klasse zu gehen. Es wird beschrieben, dass die ehemaligen Kindersoldaten hier oftmals von ihren jüngeren Mitschülern schikaniert werden. Diese Situation wird als frustrierend und wenig erfolgversprechend empfunden (Brett und McCallin, 2001). Das ganze Dilemma der Situation wird deutlich, wenn man den Effekt von

speziell für Kindersoldaten eingerichteten Klassen und Berufsausbildungsmöglichkeiten betrachtet. Schulbildung ist in vielen Ländern, in denen Kindersoldaten eingesetzt werden oder wurden, sehr teuer und Ausbildungsplätze sind selten. Dem Autor gegenüber wurde von Unicef-Vertretern geäußert, dass die ehemaligen Kindersoldaten durch diese speziell für sie eingerichteten Bildungsangebote noch zusätzlich stigmatisiert würden. Die Bevölkerung versteht nicht, warum diese Kinder, die in ihren Augen häufig Täter sind, auch noch eine Belohnung für ihre Taten erhalten. Außerdem stellen die speziell für ehemalige Kindersoldaten gewährten Vorteile einen Anreiz für andere Kinder dar, sich auch bewaffneten Gruppen anzuschließen. Daher wird in jüngster Zeit versucht, nicht nur die Kindersoldaten selbst, sondern auch ihre Familien- und Dorfgemeinschaften im Zuge der Rehabilitations- und Reintegrationsprogramme zu fördern (Brett und McCallin, 2001).

Die beschriebenen schwierigen Rahmenbedingungen für ehemalige Kindersoldaten tragen zu einer weiteren Belastung ihres meist ohnehin schlechten psychischen Gesundheit bei. Geprägt wurden die ehemaligen Kindersoldaten einerseits durch die während der direkten Partizipation am Konflikt erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse und andererseits durch die ihnen widerfahrende Behandlung durch die eigenen Kriegsparteien. Diese Behandlung ist vielfach geprägt von Brutalität und von einer Erziehung, die fernab zum Ziel hat, die Kinder zu effizienten Kämpfern zu machen. All dies geschieht häufig in einem Alter, in dem sich die Persönlichkeit der Kinder entscheidend entwickelt. Diese Entwicklungsphase ist jedoch auch gleichzeitig eine besonders vulnerable Phase. Brett und McCallin (2001) beschreiben in ihrer Studie niedrige Selbstachtung, Schuldgefühle und Neigung zur gewaltsamen Problemlösung sowie fehlendes Vertrauen in andere und allgemein aggressives oder militärisches Verhalten als Folge der Behandlung in der bewaffneten Gruppe.

In einer vom Krieg zerstörten Gesellschaft, die nur über geringste Ressourcen verfügt, gehören ehemalige Kindersoldaten zu einer der Gruppen mit der ungünstigsten Ausgangsposition für ein Leben in einer Post-Konflikt-Gesellschaft. Eine besondere Beachtung und Förderung dieser Gruppe in einer kulturell sensiblen, die psychischen und physischen Probleme der Kinder und die Dorfgemeinschaft mit einbeziehenden Weise ist deshalb nötig. Schafft es die Mehrheit der ehemaligen Kindersoldaten nicht, Fähigkeiten zu erwerben, die es ihnen erlauben, in dem wirtschaftlichen Wettbewerb der Nachkriegsgesellschaft zu bestehen, so suchen diese Kinder ihre Auskommen in kriminellen Handlungen und in erneutem Anschluss an bewaffnete Gruppen (Stichick und Bruderlein, 2001). Die Beispiele aus Mozambique und aus Sierra Leone haben gezeigt, dass eine unzureichende Rehabilitation eine nachhaltige Friedenssicherung gefährdet.

3.1.7 Der Schutz durch das Völkerrecht

Das Völkerrecht versucht durch eine Reihe von Normen, Konventionen und Resolutionen, Kinder vor dem Missbrauch als Soldaten zu schützen. Neben diesen präventiven Regeln

gen wird jedoch auch eine Verpflichtung zur Rehabilitation ehemaliger Kindersoldaten durch das Völkerrecht kodifiziert. Im Folgenden wird ein kurzer kritischer Überblick über die Regelungen zum Schutz von Kindern als Teilnehmern in bewaffneten Konflikten gegeben.

3.1.7.1 Prävention

Der Schutz von Kindern als Teilnehmer an bewaffneten Konflikten wird erstmals 1977 durch die Verabschiedung der beiden Zusatzprotokolle zur Genfer Konvention behandelt (I. ZP, II. ZP) (IKRK, 1977; IKRK, 1977 [2]). Auch die 1990 durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommene Konvention über die Rechte des Kindes (CRC) (Vereinte Nationen, 1990) und das Fakultativprotokoll zur Konvention über die Rechte des Kindes betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten (Vereinte Nationen, 2002) nehmen direkten Bezug auf die Problematik von Kindern als Teilnehmer in bewaffneten Konflikten. Gemessen an seiner Akzeptanz in der Staatenwelt, hat sich die CRC zu einem der größten Erfolge in der Geschichte des internationalen Menschenrechtsschutzes entwickelt. Bis heute umfasst dieses Abkommen 191 Vertragsstaaten. Nur zwei Länder, hier in selten trautem Verband anzutreffen, die Vereinigten Staaten und Somalia, haben die CRC noch nicht unterzeichnet (Tomuschat, 2002).

Im (humanitären) Völkerrecht wird zwischen internationalen und nationalen Konflikten unterschieden. Die Teilnahme von Kindern an internationalen Konflikten wird durch Art. 77 Abs. 2 des I. ZP zu den Genfer Abkommen und Art. 38 Abs. 2 und Abs. 3 CRC, der allerdings auch nationale Konflikte betrifft, geregelt. Beide Artikel enthalten – von geringfügigen Änderungen abgesehen – dieselben Formulierungen:

„Die am Konflikt beteiligten Parteien treffen alle durchführbaren Maßnahmen, damit Kinder unter 15 Jahren nicht unmittelbar an Feindseligkeiten teilnehmen; sie sehen insbesondere davon ab, sie in ihre Streitkräfte einzugliedern. Wenn die am Konflikt beteiligten Parteien Personen einziehen, die bereits das fünfzehnte, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, bemühen sie sich, die Ältesten vorzuziehen.“

Diese Artikel haben seit Entwurf und Annahme Kinderrechtsstreiter nicht zufriedengestellt. Bezüglich der verwendeten Formulierung herrscht einige Unklarheit.

a) Altersgrenze: Gerade die offengelassene Möglichkeit, dass Kinder unter 18 Jahren direkt an bewaffneten Konflikten beteiligt werden können, war Gegenstand heftiger Diskussionen. Hintergrund ist, dass in vielen islamisch geprägten Staaten Jungen schon mit etwa 14 Jahren volljährig werden (Krill, 1987). In Europa akzeptiert etwa die Hälfte der Staaten Personen unter achtzehn Jahren in ihren Streitkräften. In Kroatien und Norwegen ist die zwangsweise Verpflichtung von Sechzehnjährigen während bewaffneter Konflikte erlaubt und in Griechenland können Siebzehnjährige durch Entscheidung des Verteidigungsministers herangezogen

werden (Coalition to Stop the Use of Child Soldiers, 2004). Demzufolge argumentierten zumindest einige Staaten, dass es im Falle eines bewaffneten Konflikts unvermeidbar wäre, dass unter 18-Jährige an den Feindseligkeiten teilnähmen; für die betroffenen Staaten sei es unmöglich, Maßnahmen zu ergreifen, um dies zu verhindern (Weiß, 1992). Als Kompromisslösung wurde eingefügt, dass die Ältesten vorzuziehen seien. Durch diese Formulierung wird jedoch gleichzeitig die Rekrutierung von 15–18-Jährigen legitimiert (Bothe et al., 1982).

b) Unmittelbare Teilnahme an Feindseligkeiten: Große Unklarheit besteht weiter bezüglich der Definition der „unmittelbaren Teilnahme“ am Konflikt. Die stärkste und eindeutigste Form der direkten Teilnahme an Feindseligkeiten ist der direkte Angriff gegen Personen und Material des Gegners (Kosonen, 1987). Die unmittelbare Teilnahme an Feindseligkeiten umfasst jedoch Handlungsformen, die über die Teilnahme an den Gefechtshandlungen hinausgehen. Es liegt auf der Hand, dass trotz dieser Abgrenzungskriterien die Grenzlinien hier leicht verwischen können und eine genaue Abgrenzung zwischen mittelbar und unmittelbar nicht möglich ist.

c) Durchführbare Maßnahmen: Die Frage, welche Maßnahmen „durchführbar“ sind, obliegt im Einzelfall der Beurteilung durch die Konfliktparteien. Dies erweckt den Anschein, als handle es sich um eine reine Bemühungsverpflichtung (Tomuschat, 2002). Tatsächlich bleibt festzuhalten, dass bezüglich dessen, was „durchführbare Maßnahmen“ in diesem Zusammenhang sind, keine allgemein gültige Definition gefunden wurde.

d) Freiwilligkeit der Teilnahme: Der Entwurf zu Art. 77 Abs. 2 I. ZP enthielt die Aufforderung, auch die freiwillige Teilnahme von Kindern unter 15 Jahren an Feindseligkeiten nicht zu akzeptieren (Weiß, 1992). Dieser Entwurf wurde jedoch zurückgewiesen. Gerade in besetzten Gebieten und in nationalen Befreiungskriegen sei es unrealistisch die freiwillige Teilnahme von Kindern an bewaffneten Konflikten zu verbieten, wurde argumentiert (Kosonen, 1987). Art. 77 Abs. 2 I. ZP stellt insofern eine Kompromisslösung dar, als die Eingliederung von Kindern unter 15 Jahren in die Streitkräfte verboten ist und ihre freiwillige unmittelbare Teilnahme an Feindseligkeiten mit praktisch durchführbaren Maßnahmen verhindert werden soll, ihre freiwillige mittelbare Teilnahme jedoch erlaubt ist (Delissen, 1991).

Kinder in nicht internationalen Konflikten werden durch Art. 4 Abs. 3 lit.c II. ZP geschützt. Auch in dieser Norm beträgt die Altersgrenze für die Teilnahme an bewaffneten Konflikten 15 Jahre. Im Gegensatz zu Art. 77 Abs. 2 I. ZP verzichtet die Bestimmung auf zwei wesentliche Formulierungen: „*praktisch durchführbare Maßnahmen*“ und „*unmittelbare Teilnahme an Feindseligkeiten*“. Dadurch wird jegliche Teilnahme von Kindern unter 15 Jahren an Feindseligkeiten, ob direkt oder indirekt, ob als Mitglied der Streitkräfte oder bewaffneter Gruppen, ob zwangsrekrutiert oder als freiwillige Helfer, verboten (Sandoz et al., 1987, Rn. 4557 f.) Art. 4 Abs. 3 lit. C II. ZP stellt so eine echte Verbotsnorm dar.

Das Fakultativprotokoll zur Kinderrechtskonvention betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten findet Anwendung auf internationale und nicht internationale Konflikte. In dem Fakultativprotokoll werden die Staaten zunächst angehalten, die unmittelbare Beteiligung von Personen unter 18 Jahren an Feindseligkeiten zu unterbinden. Zugleich werden die Staaten verpflichtet, das Mindestalter der Anwerbung oberhalb des Alters in der Kinderkonvention und den ZP zur GK anzusetzen. Dies bedeutet, dass von nun an Freiwillige erst ab 16 Jahren geworben werden dürfen. Zu kritisieren ist, dass die mehrdeutigen Formulierungen „durchführbare Maßnahmen“ und „nicht unmittelbar an Feindseligkeiten teilnehmen“ wieder verwendet wurden. Das Protokoll unternimmt jedoch einen ernsthaften Versuch, durch Verfahrensvorschriften sicherzustellen, dass die Gewinnung von Freiwilligen tatsächlich einer freien Entscheidung des Bewerbers entspringt und nicht auf eine verdeckte Zwangseinziehung zum Kriegsdienst hinausläuft. So müssen die gesetzlichen Vertreter ihre Zustimmung erteilen, es ist jeder Betroffene „umfassend“ über die mit dem Militärdienst verbundenen Pflichten aufzuklären und er hat einen „verlässlichen“ Altersnachweis zu erbringen (Art. 3 Abs. 3 Fakultativprotokoll). Kaum zu verstehen ist aber wiederum, weshalb man gem. Art. 4 Abs. 1 Fakultativprotokoll bewaffneten Gruppen, die nicht Streitkräfte eines Staates sind, nahe legen will, sie dürften „unter keinen Umständen“ Personen unter 18 Jahren einziehen oder in Kampfhandlungen einsetzen. Das humanitäre Kriegsrecht lebt von der Gegenseitigkeit (Wolfrum, 1994). Alle Verpflichtungen müssen sowohl die eine als auch die andere Seite treffen, andernfalls werden sich die Parteien nicht an ihre Verpflichtungen halten (Tomuschat, 2002).

Erfreulicherweise werden Kinder vor dem Missbrauch als Soldaten nun zusätzlich durch Art. 8 Abs. 2b) xxvi)) des Statuts des internationalen Strafgerichtshofs geschützt (Vereinte Nationen, 1998). Hiernach ist die „Zwangsverpflichtung oder Eingliederung von Kindern unter 15 Jahren in die nationalen Streitkräfte oder ihre Verwendung zur aktiven Teilnahme an Feindseligkeiten“ ein Kriegsverbrechen. Verfahren, unter anderem wegen der Rekrutierung von Kindersoldaten, sind gegen Joseph Kony und andere hochrangige Mitglieder der LRA in Uganda und gegen Thomas Lubanga, einen Warlord aus der D.R. Kongo, eingeleitet (International Criminal Court, 2008).

3.1.7.2 Rehabilitation

Sowohl in der Art. 39 CRC als auch in Art. 6 Abs. 3 Fakultativprotokoll betreffend die Teilnahme von Kindern in bewaffneten Konflikten wird die Verpflichtung zur Reintegration und Rehabilitation durch Krieg geschädigter Kinder kodifiziert. Gemäß Artikel 39 CRC sollen die Vertragsstaaten „alle geeigneten Maßnahmen, um die physische und psychische Genesung und die soziale Wiedereingliederung ...“ der betroffenen Kinder treffen. Noch etwas direkter in seiner Formulierung ist Art. 6 Abs. 3 des Fakultativprotokolls, der speziell auf ehemalige Kindersoldaten Anwendung findet. Hiernach soll „ diesen Personen erforderlichenfalls jede geeignete Unterstützung zu ihrer physischen und psychischen Genesung und ihrer sozialen

Wiedereingliederung“ gewährt werden. Als ein Novum im Völkerrecht ist auch ausdrücklich die „psychische“ Rehabilitation erwähnt. Somit steht die psychische Genesung gleichberechtigt neben einer physischen.

Die Adressaten der genannten Verpflichtung zur Rehabilitation und Reintegration sind die Vertragsstaaten der Konventionen. Beachtet man insbesondere Art. 7 des Fakultativprotokolls, so haben sich alle Vertragsstaaten zur „technischen Zusammenarbeit und finanziellen Unterstützung“ bei der Umsetzung der Konvention verpflichtet. Dies bedeutet, dass die Rehabilitation und Reintegration betroffener Kinder nicht nur Aufgabe des Landes, in dem die Betroffenen leben, sondern aller Vertragsstaaten ist.

3.1.7.3 Durchsetzungsmechanismen

Die in den Vertragswerken zum Schutz von Kindern in bewaffneten Konflikten enthaltenen Durchsetzungsmechanismen sind allerdings nur schwach ausgeprägt. Die Umsetzung der Rechte wird im Wesentlichen vom guten Willen der Vertragsparteien getragen. Diese sind zwar gemäß der Art. 4 CRC (Art. 6 Fakultativprotokoll CRC) verpflichtet, alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, um der CRC volle Wirksamkeit zu verleihen, aber den einzig greifbaren Überwachungsmechanismus bildet das sogenannte Berichtsprüfungsverfahren. Hiernach müssen die Mitgliedstaaten alle fünf Jahre einen Bericht vorlegen, der darüber unterrichten soll, welche Maßnahmen in ihrem Land zur Verwirklichung der Rechte aus dem Übereinkommen getroffen worden sind. Die Berichte sind einer Kommission vorzulegen und zu veröffentlichen. Da allerdings nur geringe Möglichkeiten bestehen, auf den Staat, der zum Bericht verpflichtet ist, einzuwirken, kann das Verfahren nur als schwaches Kontrollinstrument angesehen werden. Ein solches Verfahren wird nie Rechtsverletzungen heilen, sondern allein Wirkung in Bezug auf zukünftige Entwicklungen erzielen können.

Festzustellen bleibt, dass bislang die Staatengemeinschaft ihrer Verpflichtung aus der UN-Kinderrechtskonvention und dem Fakultativprotokoll zur Kinderrechtskonvention, für die „psychische Genesung“ u.a. ehemaliger Kindersoldaten zu sorgen, nicht in angemessener Weise nachkommt. Somit ergibt sich gerade auch im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen die Notwendigkeit für die Durchführung einer Studie wie der vorliegenden, um die Auswirkungen des Missbrauchs von Kindern als Soldaten auf ihre psychische Gesundheit aufzudecken.

3.1.8 Zusammenfassung

Schon immer wurden Kinder an Kriegen und bewaffneten Konflikten beteiligt. Ihr massiver und gehäufter Einsatz ist jedoch ein Ergebnis im Wandel des Charakters der bewaffneten Konflikte der letzten Jahrzehnte. Kinder nehmen an diesen Auseinandersetzungen in verschiedenster Weise teil. Eine Unterscheidung von Kindern, die ausschließlich direkt und un-

mittelbar, und solchen, die nur mittelbar an Kampfhandlungen teilnehmen, ist nicht möglich. In der vorliegenden Arbeit werden daher alle Personen unter 18 Jahren, „die Teil jeder Art von regulären oder irregulären bewaffneten Streitkräften oder bewaffneten Gruppen sind, wobei es unerheblich ist, welche Funktion sie dort ausüben“, gemäß der Definition der Cape Town Principles (Vereinte Nationen, 1997) als Kindersoldaten bezeichnet. Die Gründe für die Beteiligung der Kinder an bewaffneten Konflikten sind vielschichtig – Zwangsrekrutierung, Militärdienst und auch freiwilliger Anschluss an eine bewaffnete Gruppe. Freiwillig ist hier nicht gleichzusetzen mit aus eigenem Willen. Vielmehr ist Armut der Hauptgrund für den Anschluss an die bewaffneten Gruppen. Nach ihrer Demobilisierung finden sich die ehemaligen Kindersoldaten häufig in einer Situation wieder, geprägt von physischen und psychischen Traumata, Stigmatisierung und Ablehnung durch die eigene Familien- und Dorfgemeinschaft, ohne Möglichkeit zu einer Ausbildung und Broterwerb. Das Völkerrecht versucht, dem Einsatz von Kindern in bewaffneten Konflikten entgegenzuwirken. In den letzten Jahren sind sowohl auf regionaler als auch auf globaler Ebene Abkommen und Konventionen zum Schutz und zur Rehabilitation dieser Kinder geschlossen worden. Den völkerrechtlichen Abkommen fehlen jedoch geeignete Durchsetzungsmechanismen und so sind die Normen meist nicht viel mehr als Absichtserklärungen. Gelingt es nicht, auf die physischen und psychischen Bedürfnisse einzugehen und den ehemaligen Kindersoldaten eine Zukunftsperspektive zu bieten, so kann dies den gesamten Friedensprozess gefährden und „es werden erneut die Kinder und Jugendlichen sein, die zu den Waffen greifen und den nächsten Zyklus der Gewalt starten“ (Boothby, 1998).

3.2 Psychische Traumatisierung

Im folgenden Abschnitt wird zunächst kurz auf die Entstehung der Psychotraumatologie eingegangen. Dem folgt eine Betrachtung unterschiedlicher Grundformen potenziell traumatisierender Situationen, des Einflusses psychischer Traumatisierung auf die kindliche Entwicklung und ihrer möglichen Bedeutung für das konkrete Beispiel der Kindersoldaten. Anschließend wird das dieser Arbeit zugrunde gelegte PTSD-Konzept erläutert und das Für und Wider seiner möglichen Anwendbarkeit auch in nicht westlichen Kulturen diskutiert. Bevor auf die verschiedenen Einflussfaktoren bei der Ausprägung einer PTSD und mögliche Komorbiditäten eingegangen wird, werden zuvor die bisher durchgeführten, für diese Arbeit relevanten Studien mit Kindern im Krieg vorgestellt.

3.2.1 Das psychische Trauma in der Geschichte

Der Begriff Trauma stammt von dem griechischen Ausdruck für Wunde ab und wird traditionell in der somatischen Medizin, insbesondere der Chirurgie verwendet. Seine Verwendung in der Psychiatrie, analog zur chirurgischen Nosologie, begann Ende des 19. Jahrhunderts. Der Begriff „Trauma“ wurde 1889 vom Berliner Neurologen und Psychiater Oppenheim in die Psychiatrie eingeführt (Oppenheim, 1892). Er vermutete als Ursache der „traumatischen Neurose“ mikroskopische Verletzungen von Nervenzellen. Auch in der Literatur wurden zu allen Zeiten in eindrucksvoller Weise die Folgen einer psychischen Traumatisierung dargestellt. So berichtet der griechische Dichter Homer in seinem Epos „Ilias“ über die Symptome, unter denen Achilles nach dem Krieg um Troja leidet. Diese ähneln sehr den heutigen Symptomen einer PTBS (Shay et al., 1998).

1871 beschrieb der Arzt DaCosta Symptome von genereller Schwäche, Brustschmerzen, Atemlosigkeit, Schwindel und Schlafstörungen, die gehäuft bei Soldaten des amerikanischen Bürgerkrieges auftraten. DaCosta sah als Grund für dieses Störungsbild eine im Zusammenhang mit häufigem Fieber und Durchfall stehende Erschöpfung der Soldaten (Dressing und Berger, 1991). Dieser Symptomkomplex, bezeichnet als DaCosta-Syndrom, findet sich bis heute in internistischen Lehrbüchern zur Beschreibung andauernder Stresszustände und funktioneller Herzbeschwerden (Herold, 2005). Der Chirurg Erichsen untersuchte das Verhalten von Opfern von Eisenbahnunglücken im 19. Jahrhundert. Erichsen beschrieb vergleichbare Symptome wie DaCosta und formulierte in diesem Zusammenhang das „Railroad Spine Syndrom“ (Erichsen, [Nachdruck] 1997). Auch er nahm eine organische Ursache für das Störungsbild an.

Eine Pionierrolle in der Psychotraumatologie gebührt Pierre Janet (van der Kolk und van der Hart, 1989). Etwa zur gleichen Zeit wie Erichsen untersuchten er und Carcot den Zusammenhang zwischen Hysterie und vorausgegangenem Trauma. Sie fanden heraus, dass die

psychopathologischen Auffälligkeiten und Symptombilder häufig mit vorausgegangenen potenziell traumatisierenden Ereignissen korrelierten. Janet wies darauf hin, dass es vielen traumatisierten Individuen nicht gelang, ihre Erlebnisse in Worte zu fassen und in das Bewusstsein zu integrieren. Stattdessen wirken die nicht integrierten Erinnerungen weiter und manifestieren sich in Bildern, Verhalten und körperlichen Reaktionen (Croq und De Verbizier, 1989). Auch Sigmund Freud stimmte mit seiner ursprünglichen Traumatheorie der Neurose der Auffassung Janets zu. Nach Freuds Traumatheorie resultiert die Neurose aus der Unfähigkeit, mit einem überwältigenden Affekt, der in einer traumatischen Situation entstanden ist, fertigzuwerden. Gelänge also keine adäquate Reaktion und Verarbeitung dieser traumatischen Situation, so würden Assoziationen, die die verdrängten Elemente erweckten, gleichzeitig auch den nicht abreagierten Affekt reaktivieren, sodass jeweils erneute und stärkere Verdrängungen erforderlich würden (Mentzos, 1991). Nach Freud kann so das psychische Trauma noch lange Zeit nach seinem Eindringen als gegenwärtiges Agens wirken (Freud, [Nachdruck] 1999). Als wichtigsten pathogen Faktor hat Freud hierbei die Behinderung der Abreaktion und Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses und nicht den Zusammenstoß mit der Umwelt an sich erkannt (Mentzos, 1991).

Die beiden Weltkriege förderten eine Zunahme der Beschreibung von posttraumatischen Störungen. Myers führte in die medizinische Literatur 1915 den Begriff des „shell shocks“ ein (Myers, 1915). Als Ursache hierfür postulierte Myers minimale Verletzungen des Nervensystems als Folge von Explosionserschütterungen von Bomben und Granaten. Nachdem auch bei Soldaten, die nicht unmittelbar an der Front eingesetzt waren, dieselben Symptome eintraten, rückte man von der Vorstellung eines organischen Korrelats wieder ab. Das epidemieartige Anwachsen der sogenannten Kriegsneurosen wurde ein Problem für die gesamte Kriegsführung (Riedesser und Verderber, 1985). Die Auffassung, dass die Entstehung der traumatischen Neurose nicht auf die erschöpften Körper und Seelen der Soldaten, sondern vielmehr auf das Willensmoment und auf die labile Persönlichkeit der betroffenen Soldaten zurückzuführen sei, setzte sich, politisch und militärstrategisch gewollt, als herrschende Meinung durch (Riedesser und Verderber, 2004).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in vielen Arbeiten besonders die psychischen Probleme der Überlebenden des Holocausts betrachtet. Für die bei den Betroffenen andauernden Persönlichkeitsveränderungen wurde der Begriff des „Konzentrationslagersyndroms“ geprägt (Niederland, 1964). Die Hypothese, dass das Konzentrationslagersyndrom organisch bedingt sei, wurde schnell verworfen. Als Entstehungsmechanismus betrachtete man den gleichen Vorgang, der auch zur Ausprägung eines Psychotraumas z.B. nach einer Naturkatastrophe führt. Allerdings gelingt die Verarbeitung des während des Holocausts erlittenen Traumas häufig schlechter aufgrund der Massivität und langen Dauer der potenziell traumatisierenden Situation (Dressing und Berger, 1991).

Nochmals intensiviert wurde die Forschung zu psychotraumatischen Symptomen im Zuge des Vietnamkrieges. Hieraus resultierte 1980 die Aufnahme der posttraumatischen Belastungsstörungen in das *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. Edition, (DSM III) (American Psychiatric Association, 1980).

Bis 1987 war, aufgrund unangepasster Untersuchungsmethoden und der alleinigen Abstützung auf Informationen von Lehrern und Eltern, das Ausmaß der kindlichen Reaktion auf eine psychische Traumatisierung nicht wahrgenommen bzw. massiv unterschätzt worden (Landolt, 2004). Erst mit der Überarbeitung des DSM III erkannte die Fachwelt das Vorhandensein posttraumatischer Belastungsstörungen bei Kindern an (American Psychiatric Association, 1987), womit die Grundlage für die Entwicklung des Fachgebietes der Kinderpsychotraumatologie geschaffen war.

3.2.2 Psychische Traumatisierung und die traumatische Situation

Bei der Betrachtung des psychischen Traumas ist es notwendig, zwischen der traumatischen Situation, dem Trauma und den Symptomen, die aus dem Trauma resultieren, zu unterscheiden (Becker, 2004). Es gibt zahlreiche Situationen und Ereignisse, die eine Traumatisierung verursachen können. Fischer und Riedesser (1999) unterscheiden hierbei zwischen Naturkatastrophen (natural disasters), wie Erdbeben, Überschwemmungen, Hurrikans usw. und von Menschen hervorgerufenen Katastrophen (man made disasters). Bei den von Menschen hervorgerufenen Katastrophen kann ferner zwischen technologischen Katastrophen, wie Verkehrsunfällen, Großbränden usw., zwischen Katastrophen als Folge menschlicher Aggressivität, wie Geiselnahmen, Vergewaltigung, Krieg usw. und zwischen Katastrophen innerhalb der Familie unterschieden werden. Das stärkste Potenzial, auf Kinder eine psychisch traumatisierende Wirkung zu entfalten, haben Aggressivität innerhalb der Familie und Kriegsgräuere, gefolgt von Menschen verursachten Unfällen und Naturkatastrophen (Yule, 1994).

Nach Leonore Terr ist weiter eine Unterscheidung in Typ-I- und Typ-II-Traumata möglich (Terr, 1991). Unter Typ-I-Traumata können akute, unvorhersehbare und einmalige Ereignisse, wie ein Verkehrsunfall oder eine Naturkatastrophe subsumiert werden. Unter Typ-II-Traumata sind nach Terr wiederholt auftretende und teilweise vorhersehbare Ereignisse zu fassen. Hierzu gehören beispielsweise Traumatisierungen, wie sie beim Aufenthalt in einem Kriegsgebiet, Konzentrationslager oder bei wiederholter sexueller Ausbeutung vorkommen. Typ-I-Traumata führen typischerweise zu den klassischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörungen, während Typ-II-Traumata darüber hinaus oft komplexere Störungen und eine höhere Komorbidität zur Folge haben (Landolt, 2004).

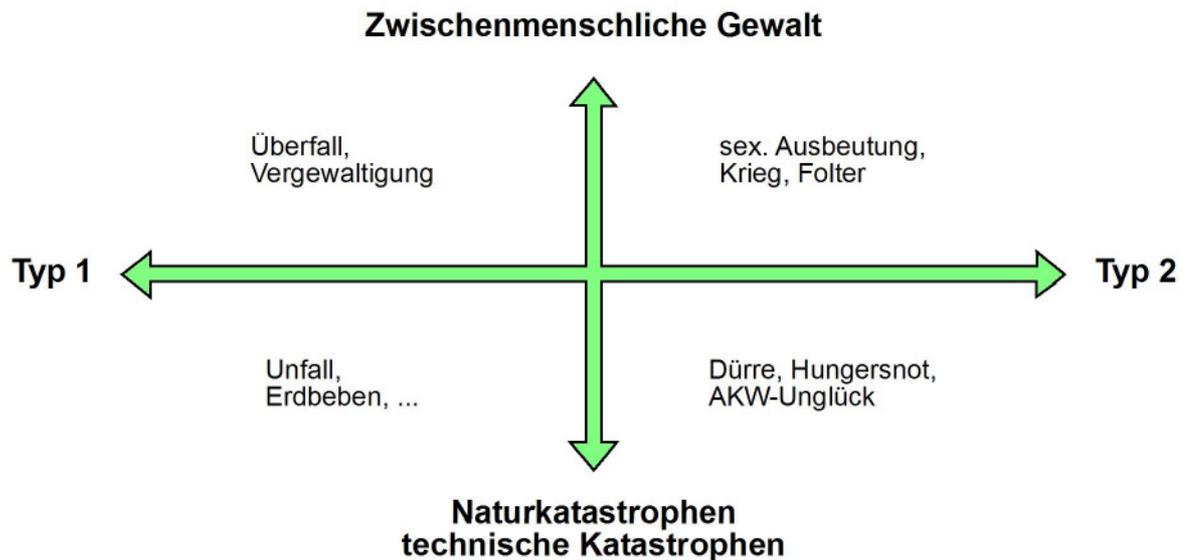


Abbildung 3: Klassifikation traumatischer Ereignisse (Landolt, 2004, S. 12)

Bruno Bettelheim prägte in seinen Ausführungen über seine Zeit in den Konzentrationslagern Dachau und Buchenwald den Begriff der „extremen Situation“ für die dort erfahrenen Erlebnisse (Bettelheim, 1943). In den Jahren nach dem Holocaust entwickelt sich hieraus der Begriff der „extremen Traumatisierung“. Das Wort extrem steht hierbei für die spezielle Form dieses menschengemachten Traumas. Dieses Trauma ist weder in der Art und Weise des Geschehens noch in seinen kurz oder langfristigen Konsequenzen, noch in seinen Symptomen oder in seinen soziopolitischen Auswirkungen mit anderen traumatischen Ereignissen, wie Erdbeben oder Verkehrsunfällen, vergleichbar (Becker, 2004).

Eine psychische Traumatisierung kann auch durch mehrere auf ein Kind einwirkende Ereignisse, von denen jedes für sich alleine nicht unbedingt traumatische Auswirkungen gehabt hätte, entstehen (Khan, 1963). Khans Konzept der „kumulativen Traumatisierung“ überträgt demnach verschiedene, in einem engen zeitlichen Zusammenhang stehende, für sich alleine nicht unbedingt traumatisierende Situationen in einen als Ganzes zu betrachtenden traumatischen Prozess. Keilson griff die Idee der „extremen“ und der „kumulativen Traumatisierung“ auf und entwickelte hieraus das Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“ (Keilson, 1998). Hierbei beschreibt er in seiner Studie mit jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden besonders die zeitliche Abfolge und Qualität traumatischer Sequenzen. Nach Keilson kommt auch der postexpositorischen Sequenz eine besondere Bedeutung zu. Die unterschiedlichen und über einen längeren Zeitraum verteilten traumatischen Sequenzen bilden einen als ganzes zu betrachtenden traumatischen Prozess.

Bewertet man die Erlebnisse von Kindersoldaten im Lichte des oben Gesagten, so stellt man fest, dass ihre Traumaerfahrung äußerst komplex ist. Die in Kapitel 2.1. beschriebenen Erlebnisse der Kindersoldaten lassen bei einigen von ihnen Parallelen zur „extremen Traumati-

sierung“ erkennen. Für die Kindersoldaten sind viele der erlebten potenziell traumatisierenden Situationen, im Sinne des Typ-II-Traumas nach Terr, zumindest bedingt vorhersehbar und andauernd. Hinzu kommen jedoch auch Situationen wie plötzliches Angegriffenwerden oder die Gefahr, auf eine versteckte Mine zu laufen, die gerade für Kinder mit ihrem eingeschränkten Wissens- und Erfahrungsschatz im Sinne des unerwarteten, (erst-) einmaligen Typ-I-Traumas nach Terr zu beurteilen sind. Die Summe, Qualität und die zeitliche Frequenz sowie Dauer der potenziell traumatisierenden Erlebnisse der Kindersoldaten, die soziopolitischen Rahmenbedingungen ihrer Erlebnisse, das von Gewalt geprägte soziale Umfeld und die meist vorkommende Isolierung von ihrer Familie lassen die Gruppe der Kindersoldaten zu einer besonders gefährdeten Gruppe für die Entwicklung psychischer Traumafolgen werden.

3.2.3 Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung

Fischer und Riedesser (1999) unterstreichen mit ihrem Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung, dass ein psychisches Trauma nicht auf die Folge eines von außen einwirkenden Stimulus reduziert werden darf. Vielmehr sind auch die subjektive Bedeutungszuschreibung des Individuums für das Trauma und die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten und -strategien zu berücksichtigen. Das erlebende Subjekt und seine individuelle Bedeutungszuschreibung werden hierbei in den Mittelpunkt gestellt. Demnach ist ein psychisches Trauma zu definieren als *„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzlosen Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“* (Fischer und Riedesser, 1999, S. 116). Ausgehend von dieser Definition für ein psychisches Trauma ergibt sich das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung, welches die Momente der traumatischen Situation, der (post)expositorischen Reaktion und des traumatischen Prozesses umfasst (Fischer und Riedesser, 1999). Die traumatische Situation ist aus dem Zusammenspiel von Innen- und Außenperspektive, von traumatischen Umweltbedingungen, dem Erleben und Verhalten und der subjektiven Wertung zu verstehen. Die traumatische Reaktion stellt die Verarbeitung der traumatischen Situation, die unter Umständen die Verarbeitungskapazität überschreitet, dar. In der Phase des traumatischen Prozesses versuchen die Betroffenen, die überwältigenden und oft unverständlichen Erfahrungen zu begreifen und sie in ihr Selbst- und Weltbild zu integrieren (Fischer und Riedesser, 1999). Die Phasen des Modells folgen hierbei keiner strengen zeitlich Abfolge, sondern gehen ineinander über oder treten parallel auf (Fischer und Riedesser, 1999). Betrachtet man das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung und den von Fischer und Riedesser gebildeten Traumabegriff, so wird deutlich, dass die Ursache eines psychischen Traumas nicht nur in einer potenziell traumatischen Situation, sondern vielmehr als multifaktorieller Prozess zu sehen ist.

3.2.4 Psychische Traumatisierung und kindliche Entwicklung

Die Bedeutung und Auswirkung, die ein oder mehrere potenziell traumatisierende Ereignisse auf ein Kind haben, sind immer auch abhängig von und zu beurteilen im Lichte der jeweiligen Entwicklungsstufe, auf der sich das Kind befindet (Riedesser, 2003). So kann ein Säugling durch ganz andere Ereignisse traumatisiert werden als ein Jugendlicher (Bürgin, 1998). Eine abrupte längerfristige Trennung von zentralen Bezugspersonen kann z.B. für ein Kleinkind traumatisierend, für einen Adoleszenten jedoch zu bewältigen sein. Genauso gibt es Situationen, wie z.B. das Zeuge-Werden eines Massakers, welches für einen Jugendlichen schwer erschütternd sein kann, bei einem Säugling aber ins „affektive Nichts“ (Piaget, 1975) fällt (Riedesser, 2003).

Nach Resch (Resch, 1996) finden sich in jeder Entwicklungsphase ganz spezielle Anpassungsaufgaben, die für diese bestimmte Lebensperiode typisch sind. Kommt es, z.B. aufgrund eines psychischen Traumas, nicht zu einer Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben, so kann dies die harmonische Weiterentwicklung und die Bewältigung späterer Aufgaben gefährden.

Die primäre Entwicklungs- bzw. Anpassungsaufgabe des Säuglings und Kleinkindes wird in der aktiven Mitwirkung am Aufbau eines kommunikations- und Bindungssystems gesehen (Riedesser et al., 1998). Diese frühen Bindungen schaffen eine innere Landkarte der Welt (Bowlby, 1980). Diese Landkarte entscheidet, welche Bilder das Kind von sich selbst, von seinen Pflegepersonen und davon hat, wie es in der Welt zugeht. Zusammengesetzt sind diese Bilder aus objektivem (kognitivem) und subjektivem (affektivem) Wissen über die Welt (Streek-Fischer, 2005). Das subjektive Wissen (d.h. Gefühle) ist das Bindeglied zwischen der gegenwärtigen Situation und den Verhaltensweisen, die sich in einer früheren vergleichbaren Situationen als effektiv erwiesen haben. Die Fähigkeit, bestimmte Gefühle zu erfassen, ermöglicht es Menschen, die gegenwärtige Situation mit einer persönlichen Bedeutungszuschreibung zu versehen (Crittenden, 1992). Die Eltern bzw. Betreuungspersonen haben die wichtige Aufgabe, ihrem Kind ein Gefühl der „Meisterschaft“ im Umgang mit der Umwelt zu vermitteln, indem sie bei der Regulierung seiner psychologischen Erregung und seines psychischen Unbehagens helfen (van der Kolk, 1998). Die Eltern und/oder Betreuungspersonen tun dies, indem sie ihr Wissen über die Welt an ihr Kind weitergeben. Sie fungieren als das kindliche Rollenmodell und zeigen Verhaltensweisen auf, wie Unbehagen effektiv zu regulieren ist. Beachten die Eltern die Bedürfnisse des Kindes und ersparen ihm übermäßige Frustration, so kann das Kind lernen, seine Erregungen selbst zu regulieren (van der Kolk, 1998). In der Kindheit fällt den Betreuungspersonen also nicht nur die wichtige Aufgabe zu, das Kind vor den Auswirkungen belastender Situationen zu schützen, sondern sie müssen es ihm auch ermöglichen, die Voraussetzungen zur Bewältigung späterer Stresserlebnisse zu entwickeln.

Entwicklungsaufgaben, die während der Adoleszenz zu bewältigen sind, können durch traumatische Erfahrungen behindert werden. Nach Corey (1946) sind während der Adoleszenz folgende fünf Entwicklungsaufgaben zu unterscheiden: (1) die körperlichen Veränderungen vom ursprünglichen Kind zum erwachsenen Körper; (2) die Ablösung von den Eltern; (3) der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen und die Integration sexueller Bedürfnisse; (4) die Entwicklung von Selbstvertrauen in einem neuen Wertesystem; (5) die Gewinnung einer sozialen und beruflichen Identität. Neben aktuellen beeinflussen auch die in der Kindheit gemachten traumatischen Erfahrungen die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Nach Streek-Fischer (2006) sind frühe traumatische Erfahrungen insbesondere in der Adoleszenz von Bedeutung. Es kann es zu einer Reaktivierung infantiler Konflikte kommen. Traumatische Belastungen der Kindheit können in der Entwicklungsphase der Adoleszenz handelnd in Szene gesetzt werden. Hierdurch besteht die Gefahr, dass diese traumatischen Belastungen nicht nur subjektiv wieder erlebt, sondern real wiederhergestellt werden (Streek-Fischer, 2006).

Kinder mit chronischen traumatischen Belastungserfahrungen zeigen Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung und weisen gehäuft Bewusstseins- und Erinnerungsstörungen auf (Streek-Fischer, 2005). Eine frühe Traumatisierung kann die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation stören. Wenn die Betreuungspersonen es nicht schaffen, in Situationen, in denen die Ressourcen eines Kindes zur Bewältigung dieser Situation nicht ausreichen, das Kind zu beruhigen, kann die Entwicklung einer stabilen inneren neurobiologischen Regulationsfähigkeit gefährdet werden. Van der Kolk et al. (1996) halten den Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation für die nachhaltigste Auswirkung eines frühen Traumas auf die Psyche. Hierdurch wird die Fähigkeit, unter Bedrohung Kampf-oder-Flucht- („fight-or-flight“-) Reaktionen zu hemmen, beeinträchtigt, wodurch wiederum die Fähigkeit, sich über die genaue Natur des jeweiligen Reizes klar zu werden und optimal darauf reagieren zu können, gestört wird (van der Kolk, 1998). Ein Mangel an selbstregulierenden Fähigkeiten geht wiederum mit einer gering modulierten Affekt- und Impulskontrolle einher (Streek-Fischer, 2005).

Forschungsergebnisse von van der Kolk et al. (1996) zeigen einen deutlichen Zusammenhang: Je jünger ein Individuum zum Zeitpunkt der Traumatisierung ist und je länger das Trauma dauert, um so höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die betreffende Person langfristig Probleme bei der Regulation von Wut, Angst und sexuellen Impulsen hat. Die Gefühle, die mit dem Trauma verbunden sind, werden auf einer interpersonellen Ebene wiedererlebt. Die betroffenen Individuen führen oft ein Leben, in dem sie sich und andere traumatisieren (van der Kolk, 1998). Dies wird von van der Kolk (1998) als „der Zwang, das Trauma zu wiederholen“, beschrieben. Es entsteht ein Gewaltzyklus. Viele traumatisierte Menschen geraten in soziale Situationen, die denen ähneln, in denen sie traumatisiert wurden. Bei Herstellung solcher Re-Inszenierungen ist es dem Traumatisierten nicht bewusst, dass hier frühere Le-

benserfahrungen wiederholt werden. In der Re-Inszenierung kann nun das traumatisierte Individuum zum Täter oder wieder zum Opfer werden (van der Kolk, 1998).

Kindersoldaten gelten als in ihrer Entwicklung durch psychische Traumata besonders gefährdet. Vielfach wird pauschal angenommen, dass ehemalige Kindersoldaten aufgrund ihrer Erlebnisse keine Möglichkeit hatten, eine Wertevorstellung zu entwickeln, die mit der einer friedlichen Gesellschaft zu vereinbaren ist (Boyden, 2003). Ehemalige Kindersoldaten sollen nicht in der Lage sein, ihre Affekte zu kontrollieren, und stellen so angeblich eine unberechenbare Gefahr für ihre Mitmenschen und die gesamte Gesellschaft dar. Besonders in den Ländern, in denen Kindersoldaten kämpfen und gekämpft haben, ist diese Meinung weit verbreitet (Boyden, 2003). Doch Kinder werden häufig zu Soldaten in einem Alter, in dem sich schon gewisse Selbst- und Objektvorstellungen gefestigt haben können. In vielen nicht westlichen Kulturen übernehmen Kinder bereits in einem frühen Alter wesentliche Aufgaben im Haushalt und tragen zur Versorgung der Familie bei. Boyden (2003) nimmt an, dass hierdurch schon in einem früheren Alter gefestigte Wertevorstellungen entstehen können, die die durch den Einsatz als Kindersoldat beschädigte Entwicklung überdauern und hilfreich bei der Überwindung des psychischen Traumas sind. Auch Boothby und Knudsen (2000) erwähnen, dass die sozialen und moralischen Wertevorstellungen von Kindern in kriegerischen Auseinandersetzungen erstaunlich stabil bleiben. Die Genesungsbemühungen der von Boothby und Knudsen (2000) beobachteten Kindersoldaten in Mozambique wurden stärker durch posttraumatische Belastungsstörungen und Gefühle der Reue als durch antisoziales Verhalten geprägt. Eine in der frühen Kindheit geglückte Entwicklung scheint auch bei diesen Kindern einen günstigen Effekt zu haben. Boothby und Knudsen (2000) räumen jedoch ein, dass Kinder, die länger als ein Jahr bei den bewaffneten Gruppen waren, eine Art „innere Grenze“ überschritten hätten. Ihr eigenes Selbstbild hatte sich an das eines Soldaten angeglichen. Die betroffenen Kinder drückten zwar aus, dass die allgemeine Anwendung von Gewalt falsch sei, jedoch unterließen sie es keineswegs, Gewalt als ihr hauptsächliches Mittel zu gebrauchen, um soziale Kontakte und Hierarchien zu gestalten und Macht gegenüber anderen auszuüben (Boothby und Knudsen, 2000).

Fischer und Riedesser (2003) haben einen entwicklungspsychologischen Referenzrahmen entwickelt, in welchem die jeweilige Entwicklungsphase mit den dazugehörigen Entwicklungsaufgaben, die situationsabhängigen Entstehungsbedingungen eines psychischen Traumas sowie die Symptomatik und mögliche Interventionen nebeneinander dargestellt und zueinander in Beziehung gebracht werden (Riedesser, 2003).

	Entwicklungs- aufgaben	Entwicklungs- schwierigkeiten	Traumatische Situationen	Bewältigungs- versuche	Symptomatik	Intervention
Säugling						
↓						
Kleinkind						
↓						
Vorschulkind						
↓						
Schulkind						
↓						
Jugendliche/r						
↓						
junge/r Erwachsene/r						

Abbildung 4: Entwicklungspsychologischer Referenzrahmen (Riedesser, 2003, S. 245).

Traumatische Belastungen schlagen sich in biologischen, sensomotorischen und affektiv kognitiven Bereichen nieder. Als Zusammenfassung der häufigsten Folgen von psychischem Trauma in der Kindheit siehe Tabelle 1 (van der Kolk, 1998).

Tabelle 1: Häufigste Folgen von psychischem Trauma in der Kindheit, nach van der Kolk (1998, S. 56)

1. Veränderungen in der Affektregulation

- Chronische Affektdysregulation
- Aggression gegen andere
- Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- Schwierigkeiten, sexuelle Bedürfnisse zu regulieren
- Impulsives, riskantes Verhalten

2. Veränderungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- Amnesie
- Dissoziation

3. Somatisierung

4. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, chronische Schuld- und Schamgefühle, Ge-

fühle von Selbstunwert, Unwirksamkeit und Beschädigtsein

- Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten
- Neigung zu Retraumatisierung
- Neigung, andere zu traumatisieren

3.2.5 Neurobiologische Konzepte psychischer Traumatisierung

Die Stressforschung liefert wichtige Hinweise zur Erfassung der Folgen eines psychischen Traumas auf neurobiologischer Ebene. Ein akutes Stressereignis aktiviert über die Projektionen der Amygdala⁵ die Freisetzung von Noradrenalin, Adrenalin und des Neuropeptides Y aus dem Locus coeruleus, welche die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) aktiviert. Die Aktivierung der HHNA führt zur primären physiologischen Stressreaktion. Hierbei wird u.a. vermehrt Cortisol aus der Nebennierenrinde freigesetzt. Cortisol als Endprodukt der HHNA übt nachhaltige Effekte auf nahezu alle Organe des Körpers aus und beeinflusst den Körperstoffwechsel und das Immunsystem. Aber auch komplexe Prozesse, wie Aufmerksamkeit, Vigilanz oder das Gedächtnis, unterliegen einer partiellen Kontrolle durch Cortisol. Stressbedingt erhöhte Cortisolspiegel werden über ein die HHNA hemmendes Feedbacksystem reguliert (vgl. Landolt, 2004).

Eigentlich würde man bei Individuen, die unter den Folgen einer psychischen Traumatisierung leiden, aufgrund der bei ihnen vorliegenden verstärkten zentralen Erregung auch einen dauerhaft erhöhten Cortisolspiegel erwarten. Diese Annahme konnte jedoch nicht bestätigt werden. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung eine übermäßige Freisetzung von Corticotropin-Releasing-Hormon und ein Hypocortisolismus mit einer erhöhten negativen Feedbacksensitivität der Hypophyse und der Nebennierenrinde vorliegt (Ehlert et al., 1999; Ehlert et al., 2001).

Auch neuroanatomische Veränderungen als Folge psychischer Traumatisierung wurden festgestellt. Die Region des Hippocampus ist hierbei von besonderem Interesse. Die Gehirnregion des Hippocampus hat wichtige Funktionen bei komplexen Lern- und Gedächtnisprozessen.

⁵ Die Amygdala wird als der Hauptakteur bei der Verarbeitung eines Traumas eingestuft. Sie ist dasjenige Gehirngebiet, in welchem Reize als bedrohlich eingestuft und die körperliche Reaktion der Angst ausgelöst werden (Lehmann et al., 2005).

sen, also bei solchen Funktionen, die bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beeinträchtigt sind. Es hat sich gezeigt, dass Stress, wie er mit einer psychischen Traumatisierung einhergeht, zu einem neuronalen Zelluntergang führen kann, der sich neurophysiologisch in einer verringerten Gedächtnisleistung widerspiegelt (McEwen, 1998). Mittel- und langfristig sind auch schwerwiegende anatomische und morphologische Veränderungen zu beobachten. In der Mehrzahl der Studien wurde bei PTSD-Patienten ein kleinerer Hippocampus als bei der jeweiligen Kontrollgruppe gefunden (Teicher et al., 2002). Landolt (2004) nimmt an, dass hippocampale Atrophie dazu führt, dass traumaspezifische Reize nicht im expliziten Gedächtnis (Hippocampus), sondern im implizierten Gedächtnis (Amygdala) fragmentiert als zusammenhangslose Sinneseindrücke olfaktorischer, akustischer, visueller und kinästhetischer Art gespeichert werden. In der Amygdala sind die emotionalen Assoziationen geknüpft, so dass jeglicher Reiz, der Bestandteil eines vorausgegangenen traumatischen Ereignisses war, unkontrollierte körperliche Gefühlsreaktionen hervorrufen kann. Dem Gehirn gelingt es folglich nicht, die mit den traumatischen Erinnerungen verbundenen Empfindungen in ein semantisches Gedächtnis zu integrieren (van der Kolk et al., 1998). Allerdings stellt sich aufgrund aktueller Forschungsergebnisse die Frage, ob das bei Patienten mit psychischen Traumata beobachtete kleinere Hippocampusvolumen nicht als Folge des Traumas, sondern vielmehr als prädisponierender Faktor für die Entstehung einer PTSD interpretiert werden muss (Gilbertson et al., 2002).

Rauch et. al. (1996) haben mit Hilfe von Positronen-Emissions-Tomographie- (PET-) Untersuchungen festgestellt, dass unter experimentell induzierten Flashbacks die rechtshemisphärische Amygdala besonders aktiv, das motorische Sprachzentrum der dominanten Hemisphäre (Broca-Areal) jedoch in seiner Aktivität gemindert ist (Rauch et al., 1996). Dies deckt sich mit Schwierigkeiten vieler Traumaopfer, ihr Erlebnis in Worte zu fassen.

3.2.6 Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD)

Als mögliche Folge einer einmaligen oder chronischen psychischen Traumatisierung wird sowohl im diagnostisch-statistischen Manual (DSM IV) der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1994) als auch im internationalen Klassifikationssystem 10 (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die posttraumatische Belastungsreaktion klassifiziert. Das belastende Ereignis bzw. die andauernde belastende Reaktion sind definitionsgemäß der ausschlaggebende Kausalfaktor für die Entstehung der Störung. Gemäß ICD-10 (Dilling et al., 1991) wird dabei ein Trauma definiert als "... ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden". Als mögliche Folgen eines solchen psychotraumatischen Ereignisses werden nach ICD-10 erwähnt:

- die akute Belastungsreaktion (F43.0) als initiale Reaktion auf ein belastendes Ereignis;

- die posttraumatische Belastungsreaktion (F43.1);
- Anpassungsstörungen (F43.2), wie beispielsweise depressive Reaktionen und
- andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung (F62.0).

Hierbei wird nicht zwischen Kindern und Erwachsenen unterschieden.

Im Einklang mit der Mehrzahl der wissenschaftlichen Studien zu posttraumatischen Belastungsstörungen wird auch in dieser Arbeit die Definition der posttraumatischen Belastungsstörungen nach DSM IV zugrunde gelegt. Im Gegensatz zu den Diagnosekriterien von PTSD nach ICD 10 werden nach DSM IV für Kinder- und Jugendliche spezifische Symptome beschrieben. In diesem Zusammenhang weisen Scheeringa et al. (1995 und 2003) darauf hin, dass auch die erweiterten Kriterien nach DSM IV noch keine ausreichende Sensibilität zur Diagnose von PTSD insbesondere bei Kindern unter 48 Monaten haben. Im Folgenden wird näher auf die gültigen diagnostischen Kriterien und die spezifischen Symptome bei Kindern und Jugendlichen eingegangen.

Die posttraumatischen Belastungsstörungen nach DSM IV gehören zu der Gruppe der Angststörungen (Anxiety Disorders). Die Diagnose einer PTSD setzt das Vorhandensein von fünf Kriterien, von A bis E voraus. Kriterium A1 definiert objektiv die traumatische Situation. Hiernach muss das Individuum eines oder mehrere Ereignisse erlebt oder beobachtet haben, den tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzung oder die Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten. Gemäß Kriterium A2 muss die Reaktion des betroffenen Individuums auf das traumatische Ereignis intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen beinhalten. Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern. Im Gegensatz zur Traumadefinition des ICD-10 umfasst die Definition des DSM IV sowohl einen objektiv-situationalen als auch einen subjektiv-situationalen Anteil. Die Symptome der PTSD sind in drei große Gruppen unterteilt. Hierbei muss jeweils eine bestimmte Anzahl von Symptomen aus der jeweiligen Gruppe beim Patienten zur Diagnosestellung vorliegen (siehe Tabelle 2). In Kriterium B1 bis B5 sind Symptome des beharrlichen Wiedererlebens der traumatischen Situation definiert. Die Symptome in C1 bis C7 beschreiben eine anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität, die vor dem Trauma nicht vorhanden war. Die Kriterien D1 bis D5 enthalten Symptome anhaltend erhöhter Erregung. Das Störungsbild aus den Symptomen der Kriterien B, C und D muss länger als einen Monat andauern (Kriterium E) und dabei in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen auslösen.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien B bis D für PTSD nach DSM-IV nach Saß et al. (1998)

B Wiedererleben (mindestens 1 Symptom)**(B1) Gedanken, Bilder, Intrusionen**

Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. *Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.*

(B2) Träume, Alpträume

Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. *Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.*

(B3) Flashbacks

Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt; beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden. *Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.*

(B4) psychische Belastung bei Hinweisreizen

Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder daran erinnern (Angstgefühle, Schuld, Scham, Traurigkeit, Wut, etc.)

(B5) körperliche Reaktionen bei Hinweisreizen

Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder daran erinnern (erhöhte Herzfrequenz, Schwitzen, etc.).

C Vermeidung (mindestens 3 Symptome)**– aktive Vermeidung –****(C1) Vermeidung von Gedanken, Gefühlen**

Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

(C2) Vermeidung von Aktivitäten, Situationen

Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten und Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.

– passive Vermeidung –**(C3) Gedächtnislücken**

Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.

(C4) Interessenverlust

Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten.

(C5) Isolationsgefühl

Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.

(C6) emotionale Taubheit

eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden oder zu weinen).

(C7) keine Zukunftsvorstellungen

Gefühl der eingeschränkten Zukunft (z.B. keine Vorstellung von Karriere, Ehe, Kindern oder normal lange zu leben).

D Arousal/Erregung (mindestens 2 Symptome)**(D1) Einschlaf- und Durchschlafstörungen****(D2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche****(D3) Konzentrationsschwierigkeiten****(D4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)****(D5) übertriebene Schreckreaktion**

Die Lebenszeitprävalenz von PTSD bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung schwankt je nach Studie zwischen 1,3% (Perkonig et al., 2000) und 9,2% (Breslau et al., 1991). In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) fand sich bei den insgesamt untersuchten 1035 Individuen in der Altersgruppe von 12–17 Jahren eine Lebenszeitprävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen von 1,6%. Hierbei berichteten insgesamt 22,5% der Untersuchten, irgendwann in ihrem bisherigen Leben ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Perkonig et al. (2000) untersuchten in einer repräsentativen Stichprobe 3021 14- bis 24-jährige Personen aus der Region München. Die Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörungen betrug in dieser Untersuchung 1,3%. Internationale epidemiologische Studien zeigen teilweise deutlich höhere Lebenszeitprävalenzen. Elklit (2002) untersuchte 390 dänische Jugendliche. Die Rate von PTSD betrug in Elklits Studie 9%. Die Prävalenzrate von PTSD bei Kindern und Jugendlichen liegt bei den zwei amerikanischen Studien bei 6,3% (Giaconia et al., 1995) und 9,2% (Breslau et al., 1991). Die posttraumatischen Belastungsstörungen gehören damit zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Landolt, 2004).

3.2.7 Anwendbarkeit des PTSD Konzepts in nicht westlichen Kulturen

Da in dieser Arbeit posttraumatische Belastungsstörungen bei ehemaligen Kindersoldaten aus Uganda und der D.R. Kongo gemessen werden, wird im Folgenden darauf eingegangen, ob und inwiefern das westliche Konzept der posttraumatischen Belastungsstörungen auch bei nicht westlichen Populationen sinnvoll anwendbar ist.

Obwohl posttraumatische Belastungsstörungen mittlerweile bei Individuen vieler unterschiedlicher Gruppen und Kulturen festgestellt und evaluiert worden sind, so ist die universelle Anwendbarkeit und Gültigkeit des Konzeptes über kulturelle Grenzen hinweg doch umstritten und wird kontrovers diskutiert. Zwei Hauptpositionen haben sich in Bezug auf den Einfluss der Kultur auf die posttraumatischen Belastungsstörungen herausgebildet. Einige Autoren von Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Folgen psychischer Traumatisierung bei Kindern aus unterschiedlichen Kulturen sehr ähnlich sind und dass posttraumatische Belastungsstörungen die Barrieren von Kultur und Sprache überwinden (Sack et al., 1993; Sack et al., 1997).

Die Gegenmeinung geht davon aus, dass die Reaktion auf ein psychisches Trauma insbesondere durch die Kultur, in der dieses stattgefunden hat und zu der das betroffene Individuum gehört, bestimmt wird und sich nicht hinreichend durch das starre Konzept der PTSD kategorisieren und erfassen lässt. Eine Erweiterung und Revision des PTSD-Konzeptes wird daher gefordert (Bracken et al., 1995; Krener und Sabin, 1985; Rousseau et al., 1999). Der Traumaforscher Marsella (2004) definiert in diesem Zusammenhang Kultur als „gelernte und geteilte Verhaltensweisen und Bedeutungen, welche sozial – oft über mehrere Generationen hinweg – mit dem Ziel, Anpassung und Entwicklung zu erhalten, weitergegeben werden. Kul-

tur wird hierbei external über Artefakte (z.B. Nahrung, Kleidung, Kunst), soziale Strukturen und Institutionen (z.B. Familie, Religion, Rechtssystem) und internal über Werte, Haltungen, Glaubenssysteme, Erkenntnistheorien und Bewusstseinsmuster repräsentiert“ (Marsella und Christopher, 2004). Die Kultur soll somit maßgeblich die individuelle Realität und damit auch die Wahrnehmung, Reaktion und Verarbeitung eines psychischen Traumas bestimmen (Marsella und Christopher, 2004).

Für besonders bedeutend für das Verständnis von PTSD in verschiedenen Kulturen hält Draguns (1996) die Individualismus-Kollektivismus-Dichotomie. Je nachdem, ob sich eine Person, geprägt durch ihre Kultur, mehr als Individuum oder als Teil einer Gruppe versteht, wird das psychische Trauma unterschiedlich erlebt und verarbeitet (Draguns, 1996). Hierin sehen Bracken et. al. (1995) auch einen der Hauptgründe für die mangelnde Übertrag- und Anwendbarkeit des PTSD-Konzeptes auf nicht westliche Kulturen. Die Autoren kritisieren, dass das PTSD-Konzept auf der westlichen Vorstellung eines stark individualistischen Verständnisses des menschlichen Seins beruht, in welcher die Gesellschaft als eine Ansammlung einzelner Individuen verstanden wird. Eine solche Vorstellung soll jedoch in vielen nicht westlichen Kulturen nicht vorhanden sein (Bracken et al., 1995). Summerfield (2000) erwähnt, dass insbesondere Krieg kein individuelles Erlebnis sei, sondern die Wahrnehmung der hierbei erlebten potenziell traumatischen Ereignisse erst im kulturellen Kontext mit einer spezifischen Bedeutung versehen werde und deshalb insbesondere die Reaktion auf im Krieg erlebte traumatische Ereignisse kulturspezifisch sei.

Als ein weiteres Argument gegen die universelle Anwendung des PTSD-Konzepts wird angeführt, dass die eine PTSD definierenden Symptome in nicht westlichen Kulturen eine andere Bedeutungszuschreibung haben und Ausdruck anderer Gefühlszustände sein können (Bracken, 1998). Kleinman (1987) führt hierzu aus, dass die Meinung von der kulturellen Universalität psychiatrischer Störungen aus der Konfusion über die Bedeutung von Validität und Reliabilität psychiatrischer Symptome entsteht. Als ein Beispiel hierfür nennt er Alpträume, die bei den meisten Menschen nach einem traumatischen Ereignis auftreten. In westlichen Kulturen haben diese Träume meist nur einen geringen Effekt auf das tägliche Leben. In nicht westlichen Kulturen, in denen Träume oft als Brücke zu einer spirituellen Welt angesehen werden, beeinträchtigen diese das tägliche Leben jedoch häufig stark (Kleinman, 1987). Auch das Auftreten der einzelnen Symptome der PTSD-Symptomkategorien soll durch die jeweilige Kultur beeinflusst werden: Intrusionen und Erinnerungen an das traumatische Ereignis sollen weitgehend unabhängig vom kulturellen Kontext sein, Vermeidungssymptome und Symptome erhöhten Arouselns hingegen stark durch ethnokulturelle Faktoren beeinflusst werden (Marsella et al., 1996). Ferner weisen Marsella et al. (1996) darauf hin, dass Individuen aus nicht westlichen Kulturen häufig mit Somatisierung auf ein psychisches Trauma reagieren. Da Somatisierungssymptome allerdings in den meisten PTSD-Symptomchecklisten nur unzureichend erfasst werden, besteht die Gefahr, ethnokulturelle Unterschiede von PTSD zu übersehen. Eine unkritische Anwendung von Diagnosechecklis-

ten für PTSD nach DSM IV könnte dazu führen, dass im kulturellen Kontext als normal betrachtete Reaktionen pathologisiert werden (Eisenbruch, 1991) und zu einer deutlichen Überschätzung der Zahl von Individuen führen, die tatsächlich psychologische Hilfe benötigen (Summerfield, 2000). Ähnlich auch Rosner (2003), der feststellt, dass, obwohl PTSD in vielen unterschiedlichen Kulturen aufgrund der vorhandenen Symptome diagnostiziert werden kann, PTSD noch lange nicht die am besten zutreffende Diagnose in der jeweiligen Kultur sei. Eine Schlussfolgerung aus dem oben Gesagten wäre, dass die Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis von Individuen aus nicht westlichen Kulturen nicht mit den Kriterien der PTSD nach DSM IV übereinstimmen, sondern eher den „culture-bound syndroms“, wie im Anhang des DSM IV beschrieben, zuzuordnen sind.

Dem oben Gesagten stehen jedoch anderslautende Forschungsergebnisse gegenüber. So kommen Sack et. al. (1997) in ihrer Studie mit kambodschanischen Jugendlichen zu dem Ergebnis, dass PTSD als Folge von vorausgegangenen Kriegstraumata sprachliche und kulturelle Barrieren überwindet („PTSD as a result of prior war trauma appears to surmount the barriers of culture and language ...“). In ihrer Studie konnten die Autoren durch eine Faktorenanalyse nachweisen, dass sich auch innerhalb der Population der untersuchten kambodschanischen Jugendlichen die PTSD-Symptomkategorien (Wiedererleben, Vermeidung und Erregung) finden ließen. Auch in einer vergleichenden Studie mit Jugendlichen aus den USA und aus dem Norden Russlands kommen Ruchkin et al. (2005) zu dem Ergebnis, dass PTSD kein „Culture-Bond“-Phänomen ist und bei beiden Populationen in gleicher Weise feststellbar sei. Darüber hinaus konnte die Wirksamkeit von westlichen Therapieprogrammen zur Behandlung von PTSD-Symptomen bei nicht westlichen Kulturen belegt werden (Goenjian et al., 1997). Auch die, wie oben in diesem Kapitel schon erwähnt, neurobiologischen Folgen und Korrelate einer psychischen Traumatisierung lassen vermuten, dass das PTSD-Konzept unabhängig von ethnokulturellen Unterschieden anwendbar ist (McFarlane, 1997). Eine kulturunabhängige universelle humane Antwort auf ein psychisches Trauma erscheint nach dieser Sichtweise gut möglich zu sein.

Zusammenfassend betrachtet ist das PTSD-Konzept nützlich zur Konzeptualisierung von Reaktionen auf psychische Traumata. Gleichzeitig ist jedoch nicht abzustreiten, dass kulturelle Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf das individuelle Erleben, Interpretieren und Verarbeiten eines psychischen Traumas haben. Es bedarf folglich einer vorsichtigen Interpretation und Wertung von Untersuchungen zu PTSD in nicht westlichen Kulturen. Insbesondere sollte hierbei auch in Betracht gezogen werden, dass PTSD nicht die einzige und kulturspezifisch häufigste Reaktion auf ein psychisches Trauma sein muss. Universelle humanbiologische Eigenschaften und kulturelle Einflüsse müssen gemeinsam betrachtet werden, um die menschliche Reaktion auf ein psychisches Trauma (Barenbaum et al., 2004) zu verstehen. Das PTSD-Konzept vermag, zumindest unter Berücksichtigung der oben gemachten Einschränkungen, die individuelle Reaktion auf ein psychisches Trauma zu erfassen.

3.2.8 Empirische Studien

Im folgenden Abschnitt werden für die vorliegende Arbeit relevante empirische Studien zu psychischem Trauma und PTSD bei Kindern im Krieg vorgestellt. Die ersten Studien zu den Folgen von psychischer Traumatisierung von Kindern im Krieg stammen aus dem Zweiten Weltkrieg. Weitere Studien zum Thema entstanden allerdings erst seit den 80er-Jahren, im Zusammenhang mit dem vermehrten Einsatz von Hilfsorganisationen in Kriegsgebieten (Barenbaum et al., 2004). Die Übersicht über die vorhandenen Studien wurde durch eine Literaturrecherche in den gängigen Datenbanken (PubMed, Medline, Pilots, Psychinfo, Psyn-dex und Embase) gewonnen. Schlüsselbegriffe⁶ zum Thema wurden sowohl in deutscher als auch englischer Sprache in vielfältiger Weise kombiniert und für die Suche in den Datenbanken verwendet. Die Suche wurde auf den Zeitraum bis August 2006 eingegrenzt. Berücksichtigt wurden hierbei nur solche Studien, bei denen

- die Befragten zum Zeitpunkt der Datenerhebung < 18 Jahre waren (eine Ausnahme hierzu bilden die gefundenen Studien zu ehemaligen Kindersoldaten);
- die Kinder direkte, eigene Kriegserlebnisse hatten;
- die befragten Kinder noch in dem Land lebten, in dem sie der kriegerischen Auseinandersetzung ausgesetzt sind oder waren;
- quantitative Methoden zur Datenerfassung angewendet wurden.

Die Altersspanne der Kinder der in diesen Studien untersuchten Stichproben reicht von 5 bis 18 Jahren (ausgenommen die Studien zu ehemaligen Kindersoldaten). Die Stichprobengröße variiert von 56 bis 3030 Teilnehmer. Die meisten Studien zur psychischen Traumatisierung und PTSD von Kindern im Krieg stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Eine verhältnismäßig große Zahl weiterer Studien stammt aus dem nahen Osten, insbes. aus Israel, den Palästinenser-Gebieten sowie aus dem Irak und Kuwait. Einige weitere Studien wurden in Südostasien (Sri Lanka), Afrika (Ruanda, Uganda, D.R. Kongo und Sierra Leone) und Lateinamerika (Kolumbien) durchgeführt.

Zur Erfassung der erlebten potenziell traumatisierenden Erlebnisse (Exposure) wurden unterschiedliche Instrumente eingesetzt. Am häufigsten wurde der War Trauma Questionnaire (WTQ) (Macksoud, 1992) benutzt. Darüber hinaus fanden zahlreiche für die jeweilige Kriegssituation speziell konzipierte Ereignislisten, die zum Teil dem WTQ ähneln, Anwendung. Die Vergleichbarkeit der von den Kindern der unterschiedlichen untersuchten Populationen erleb-

⁶ child*, war, PTSD, conflict, soldier*, armed, trauma, adolescent*, political violence, psycho* trauma, exposure, combatant*

ten potenziell traumatisierenden Situationen ist daher sehr eingeschränkt. Die im Folgenden erwähnten, von den untersuchten Kindern erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse dienen daher in erster Linie explorativen Zwecken.

Zur Erfassung von PTSD-Symptomen wurden der Childhood PTSD-Reaktion Index (CPTSD-RI) (Pynoos et al., 1987), der auch in der vorliegenden Arbeit benutzt wurde, die Revised Impact of Event Scale (RIES) (Dyregrov et al., 1996), das Posttraumatic Stress Symptoms in Children Instrument (PTSS-C) (Ahmad et al., 2000), das Sead Picture Survey Tool (Goldstein et al., 1997), das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (WHO, 1997), das Levonn Cartoon-based Interview for Assessing Children's Distress Symptoms (Paardekooper et al., 1999) und das Questionnaire for Examination of Posttraumatic Stress Reactions in Children (QPTSR-C) (Kuterovac-Jagodic, 2003) verwendet. Die gefundene Prävalenz von PTSD liegt zwischen > 4% und 97%. Diese Werte sind jedoch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen benutzten Instrumente zur Erfassung von PTSD-Symptomen nur eingeschränkt vergleichbar.

Die ersten Studien zum Thema stammen aus dem Zweiten Weltkrieg und sollen, wenngleich auch noch nicht unter Einbeziehung des PTSD-Konzeptes, der Vollständigkeit halber erwähnt werden: Bodman (1941) berichtet, dass nur 4% der Schulkinder, die Bombenangriffen auf London ausgesetzt waren, psychopathologische Auffälligkeiten zeigen. Anna Freud (Freud et al., 1943) merkt in diesem Zusammenhang an, dass die Londoner Kinder die Bombenangriffe und die hiermit verbundenen Erlebnisse als einen Teil ihrer Welt akzeptiert hätten. Hingegen zeigten 61% der Kinder, die bei den Bombenangriffen verletzt wurden und im Krankenhaus behandelt werden mussten, psychopathologische Auffälligkeiten (Bodman, 1941). Der Autor führt dies auf die unmittelbare Nähe zum Ereignis zurück und schlussfolgert, dass die Mehrheit der unmittelbar von Kriegsereignissen betroffenen Kinder psychopathologische Auffälligkeiten entwickeln würde (Bodman, 1941). Dieses letztendlich triviale Ergebnis wurde in vielen späteren Studien bestätigt.

Zur besseren Übersicht und Vergleichbarkeit werden im Folgenden die Studien zu psychischem Trauma und PTSD bei von Krieg betroffenen Kindern tabellarisch dargestellt. In Tabelle 4 werden verschiedene Items der von den Kindern erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse aus den einzelnen Studien aufgeführt. Diese Tabelle beinhaltet nur solche Studien, die zumindest teilweise die gleichen Items zur Erfassung der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse wie in der vorliegenden Arbeit benutzten. Die Studien mit Kindersoldaten werden im Anschluss an die Tabellen noch einmal detaillierter beschrieben.

Tabelle 3: Studien zu psychischem Trauma und PTSD bei von Krieg betroffenen Kindern

	n	Stichprobe	Alter (M)	Wann befragt	Instrument	PTSD-Rate/Anmerkung zur Studie
<i>Studien mit Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien</i>						
Mostar/Bosnien Smith et al. (2002)	2976	Kinder aus Mostar	9–14 (12,1)	2 Jahre nach Kriegsende (1996)	RIES	54%
Sarajevo/Bosnien Allwood et al. (2002)	791	Kinder aus Sarajevo	6–16 (10,9)	während Belagerung (1994)	CPTSD-RI	41%
Zenica/Bosnien Goldstein et al. (1997)	364	Binnenflüchtlinge in Auffanglager	6–12	während des Krieges (1994)	Sead Picture Survey Tool	91%
Osijek/Kroatien Kuterovac-Jagodic (2003)	252	Kinder aus Osijek	(10,6)	1) während des Krieges (1994) 2) 30 Monate nach Kriegsende (1997)	QPTSR-C, (Eigenentwicklung)	1) 84% 2) 64%
Tuzla/Bosnien Hasanovic et al. (2006)	187	Vollwaisen, Halbwaisen und Kinder mit beiden Eltern	9–15 (12,7)	7 Jahre nach Kriegsende	CPTSD-RI	51,6% /Vollwaisen litten signifikant häufiger unter PTSD-Symptomen
Sonstige Studien ohne Nennung von Prävalenzen aus dem ehemaligen Jugoslawien: In zwei weitere Studien (Durakovic-Belko et al., 2003; Kuterovac et al., 1994) mit Kindern und Jugendlichen im ehemaligen Jugoslawien wurden ebenfalls die Anzahl der erlebten potenziell traumatisierenden Kriegereignissen und PTSD-Symptome erhoben.						
<i>Studien mit Kindern aus dem Nahen und Mittleren Osten</i>						
Gazastreifen Thabet und Vostonis (1999)	239	Kinder aus verschiedenen Gebieten des Gazastreifens	6–11 (8,9)	1998 Datenerhebung	CPTSD-RI	5,4% "severe Reactions"
Gazastreifen Thabet et al. (2002)	91	1) Kinder unmittelbar einem Bombenangriff ausgesetzt gewesen 2) Kontrollgruppe	9–18	2001 während Al Aqsa Intifada	CPTSD-RI	1) 56% "severe/very severe Reactions" 2) 25% "severe/very severe Reactions"
Gazastreifen Thabet et al. (2004)	403	Kinder in einem Lager für Binnenflüchtlinge	9–15 (12)	2001 während Al Aqsa Intifada	CPTSD-RI	23,9% "severe/very severe Reactions"
Gazastreifen Qouta et al. (2003)	121	Kinder in bombardiertem Gebiet	6–16 (8,2)	2002 während Al Aqsa Intifada	CPTSD-RI	53,7% "severe/very severe Reactions"

Gazastreifen und Israel Lavi und Solomon (2005)	545	palästinensische Jugendliche 1) im Gazastreifen 2) in Israel	1) 12–14 (13,5) 2) (14,8)	2001, während Al Aqsa Intifada	CPTSD-RI	1) 37,1% "severe/very severe Reactions" 2) 19,7% "severe/very severe reactions"
Nordirak Ahmad et al. (2000)	45	Kinder im Nordirak, betroffen von einer Offensive durch irakische Armee	7–17 (12,4)	1998, 5 Jahre nach der irakischen Offensive „Anfal“	PTSS-C	87%
Bagdad/Irak Dyregrov et al. (2002)	94	Kinder, die Angriff auf Bunker in Bagdad während 1. Golfkrieges überlebten	6–17 (11,4)	1) 1991, 6 Monate nach Angriff 2) 1992, 12 Monate nach Angriff 3) 1993, 24 Monate nach Angriff	RIES	1) 84% 2) 88% 3) 78%
Kuwait Nader et al. (1993)	51	Kinder aus Kuwait	8–21	1991, knapp vier Monate nach der Beendigung der Besetzung durch den Irak	CPTSD-RI	31% "severe/very severe Reactions"
Kuwait Hadi und Llabre (1998)	233	Wohlhabende kuwaitische Kinder, die Krieg in ihren Villen überwiegend unbeschadet verbrachten	8–12 (9,6)	1992, 1 Jahr nach Ende 1. des Golfkrieges	CPTSD-RI	< 4%
<p>Sonstige Studien ohne Nennung von Prävalenzen aus dem Nahen und Mittleren Osten: In einer großen Studie erfasste Macksoud (1992) erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse bei 2220 libanesischen Kindern (3–16 Jahre) aus dem Großraum Beirut. In einer Anschlussstudie mit 224 libanesischen Kindern konnten Macksoud und Aber (1996), diesmal durch direkte Befragung der Kinder, eine ähnlich hohe Belastung an erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen feststellen. Die Autoren berichten, dass viele Kinder unter anhaltenden PTSD litten. Paradoxerweise fanden die Autoren ein gesteigertes prosoziales und altruistisches Verhalten bei solchen Kindern, die von ihren Eltern getrennt wurden oder Zeuge von Gewalttaten waren.</p>						
<i>Studien mit Kindern aus Afrika</i>						
Ruanda Dyregrov et al. (2000)	3030	Überlebende des Völkermordes in verschiedenen Regionen Ruandas	8–19	1995, 13 Monate nach dem Genozid	IES	79%

Ruanda Schaal und Elbert (2006)	68	Waisenkinder, Überlebende des Völkermordes	13–23	2004, 10 Jahre nach dem Genozid	CIDI	44%/Kinder, die zum Zeitpunkt der Be- fragung in einem Waisenhaus lebten, zeigten signifikant weniger PTSD- Symptome als Kin- der, die ihren eige- nen Haushalt führ- ten (child-headed households).
Sonstige Studien ohne Nennung von Prävalenzen aus Afrika: Paardekooper et al. (1999) führten 1995 und 1996 eine Studie mit 193 sudanesischen Kindern durch, die auf der ugandischen Seite der ugandisch-sudanesischen Grenze in Flüchtlingslagern lebten. Die Autoren stellten fest, dass die sudanesischen Kinder im Vergleich zu einer aus ugandischen Kindern gebildeten Kontrollgruppe signifikant mehr PTSD-Symptome aufwiesen.						
<i>Studien mit Kindern aus anderen Teilen der Welt</i>						
Sri Lanka Somasundaram (2002)	625	Tamilische Schulkinder, im vom Bürgerkrieg betroffenen Teil Sri Lankas	n.a.	1995, während des Bürgerkrieges in Sri Lanka	n.a.	31%
Kolumbien Perez-Olmos et al. (2005)	493	Kinder in vom Bürgerkrieg und nicht vom Bür- gerkrieg betref- fenen Gebieten Kolumbiens	5–14	2002, während des Konfliktes	n.a.	1) 23,2% bei Kin- dern im vom be- waffneten Konflikt betroffenen Orten 2) 1,2% Kinder in nicht betroffenen Gebieten
<i>Studien mit ehemaligen Kindersoldaten (siehe auch ausführlich im Text)</i>						
Norduganda Derluyn et al. (2004)	71	Ehemalige Kin- dersoldaten in Norduganda	12–28 (18,4)	2002, während des Konfliktes	IES-R	97%

Tabelle 4: Häufigkeiten ausgewählter Exposure-Items aus relevanten Studien mit Kindern im Krieg

Ort Autor	Eigene Verwun- dung	Geglaubt zu verhungern oder zu ver- dursten	Mit Tod bedroht worden	Zeuge von Tötung	Zeuge von Schusswech- seln oder Bombardie- rungen aus nächster Nähe	Familienmit- glied oder Freund im Krieg verloren	Eigenes Haus oder Besitz ge- plündert worden
<i>Studien mit Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien</i>							
Mostar/Bosnien Smith et al. (2002)	6%	41%	20%	24%	92%	52%	
Sarajevo/Bosnien Allwood et al. (2002)	6%			21%	73%	79%	
Zenica/Bosnien Goldstein et al. (1997)			17%		35%		41%
Tuzla/Bosnien Hasanovic et al. (2006)				16%	55%	74%	
Sarajevo/Bosnien Durakovic-Belko et al., 2003			11%		94%		
Zagreb/Kroatien Kuterovac et al., 1994			.	0%	58%	.	
<i>Studien mit Kindern aus dem Nahen und Mittleren Osten</i>							
Gazastreifen Quata et al. (2003)					97%		
Beirut/Libanon Macksoud, 1992	1%	54%			82%	21%	
<i>Studien mit Kindern aus Afrika</i>							
Ruanda Dyregrov et al. (2000)	12%		60%	69%	38%	78%	82%
Ruanda Schaal und Elbert (2006)	17%			76%			
<i>Studien mit Kindern aus anderen teilen der Welt</i>							
Sri Lanka Somasundaram (2002)	7%		25%			32%	

<i>Studien mit ehemaligen Kindersoldaten (siehe auch ausführlich im Text)</i>							
Norduganda	48%			77%			
Derluyn et al. (2004)							

Anmerkung: Leere Felder bedeuten, dass keine Häufigkeiten für das entsprechende Exposure-Item in der jeweiligen Studie angegeben wurde.

Bis August 2007 waren nur zwei empirische Studien zu psychischem Trauma und PTSD bei ehemaligen Kindersoldaten veröffentlicht. Im Jahr 2002 untersuchten Derluyn et al. (2004) 301 ehemalige Kindersoldaten der LRA in Norduganda. Die ehemaligen Kindersoldaten waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 12 und 28 Jahre alt (Durchschnitt 18,4 Jahre) und im Durchschnitt seit etwa drei Jahren demobilisiert. Das Eintrittsalter in die bewaffnete Gruppe lag zwischen 9 und 22 Jahren und im Mittel bei 12,9 Jahren. Die Befragten waren im Mittel für eine Dauer von etwa zwei Jahren Kindersoldaten. 18% der Untersuchten waren Mädchen. Die Autoren befragten die ehemaligen Kindersoldaten nach ihren während der Zeit bei den Rebellen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen mit einem selbsterstellten Fragebogen: 77% der Kinder wurden Zeuge der Tötung eines Menschen, 63% nahmen aktiv an Kampfhandlungen teil, 63% brandschatzten Häuser von Zivilisten, 39% töteten selbst einen anderen Menschen und 39% mussten andere Kinder entführen und zwangsrekrutieren. 35% der Mädchen gaben an, dass sie sexuell missbraucht worden seien. Diese Frage wurde männlichen ehemaligen Kindersoldaten nicht gestellt. 71 der ehemaligen Kindersoldaten wurden mit der RIES zu PTSD untersucht. Die Prävalenz für PTSD lag bei 97%. Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Auftretenshäufigkeit von PTSD zwischen Jungen und Mädchen. Das Alter der ehemaligen Kindersoldaten, die Länge der Zeitspanne bei den Rebellen und die Länge des Zeitraums seit der Demobilisierung hatten keinen Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit von PTSD-Symptomen.

Kanagaratnam et al. (2005) untersuchten 20 ehemalige Kindersoldaten, die im Alter zwischen 13 und 17 Jahren für eine der tamilischen Befreiungsgruppen gekämpft hatten. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren die Teilnehmer der Studie zwischen 23 und 37 Jahren alt und lebten im norwegischen Exil. Die Autoren fragten mit einer zwölf Items umfassenden Skala nach den im Krieg erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen. 100% der ehemaligen Kindersoldaten sahen getötete Menschen, verloren einen Freund oder Angehörigen und befanden sich während des Krieges in Situationen, in denen sie dachten, sterben zu müssen. 85% gaben an, selbst gekämpft, 45% selbst getötet und 25% an Misshandlungen teilgenommen zu haben. Auch in dieser Studie konnte kein Zusammenhang zwischen der Auftretenshäufigkeit von PTSD-Symptomen und Länge des Zeitraums bei Rebellen oder Alter des Eintritts in die bewaffnete Gruppe festgestellt werden. Ehemalige Kindersoldaten, die eine starke „ideologische Überzeugung“ für den Kampf der tamilischen Befreiungsbewegungen hatten, zeigten weniger PTSD-Symptome. Die Autoren nannten keine Prävalenzen für klinisch relevante PTSD.

Das Grundergebnis der oben beschriebenen Studien ist eindeutig: Die vom Krieg betroffenen Kinder zeigen gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten. Die Auswirkungen des Krieges können Kinder zu „kompletten psychischen und sozialen Wracks“ werden lassen (Somasundaram, 2002). Die Prävalenzen von PTSD sind insbesondere abhängig von der individuell erlebten Konfliktintensität und -situation, auch wenn die gefundenen Zahlen aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Anamneseinstrumente nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die Beschreibung der Studien mit der repetitiven Erwähnung von potenziell traumatisierenden Erlebnissen und Prävalenzen von PTSD-Symptomen wirkt schnell ermüdend. Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, dass mit jeder dieser Studien Kinderpsychiater und -psychologen dazu beitragen, Menschenrechtsverletzungen und ihre Folgen aufzudecken und bekannt zu machen.

3.2.9 Der Dosiseffekt und spezielle potenziell traumatisierende Ereignisse

Eines der Kernkonzepte der posttraumatischen Belastungsstörungen ist die Vorstellung, dass jedes Individuum, unabhängig von der individuellen Prädisposition, diese Störung entwickeln kann (Yule, 2003). Voraussetzung ist, dass ein potenziell traumatisierendes Ereignis einen bestimmten Schweregrad erreicht (Yule, 2003). In einer Reihe von Studien mit Kindern im Krieg konnte, wie oben bereits erwähnt, gezeigt werden, dass je größer die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse ist, desto stärker die Ausprägung der posttraumatischen Reaktion (dose-relationship) (u.a. Ahmad et al., 2000; Allwood et al., 2002; Hadi und Llabre, 1998; Paardekooper et al., 1999; Schaal und Elbert, 2006; Smith et al., 2001; Thabet und Vostanis, 1999; Thabet und Vostanis, 2000).

Den einzelnen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen wird ein unterschiedlich starker Einfluss auf die Schwere der Ausprägung der posttraumatischen Symptome zugeschrieben. Verschiedene Autoren (Smith et al., 2001; Dyregrov et al., 2000; Schaal und Elbert, 2006) stellen in ihren Studien mit von Krieg betroffenen Kindern in Bosnien-Herzegowina und in Ruanda fest, dass eine Situation mit direkt empfundener Bedrohung für das eigene Leben die größte Korrelation aller potenziell traumatischen Ereignisse mit der Ausprägung von PTSD-Symptomen zeigt. Schaal und Elbert (2006) benennen darüber hinaus noch das Zeuge-werden der Ermordung der eigenen Eltern als ein traumatisches Erlebnis, welches hoch mit späteren PTSD korreliert. Noch genauer beschreiben Macksoud und Aber (1996) in ihrer Studie an vom libanesischen Bürgerkrieg betroffenen Kindern einzelne traumatische Ereignisse, die bei ihrem Erleben mit einer erhöhten Zahl von PTSD-Symptomen einhergehen sollen. Im Einzelnen werden von den Autoren der Verlust von Angehörigen, eine eigene Verletzung während eines Angriffes und das einem Bombenangriff Ausgesetztsein genannt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Allwood et al. (2002). Sie identifizieren in ihrer während des Jugoslawienkrieges 1994 durchgeführten Studie mit Kindern aus Sarajevo, dass das Zeuge-werden von Tötungen, das Selbst-verletzt-werden durch einen Scharfschützen und die Verletzung oder der Verlust eines Familienmitgliedes oder

Freundes besonders hoch mit der Ausprägung von PTSD-Symptomen korreliert. Nader et al. (1993) identifizieren in ihrer Studie mit kuwaitischen Kindern, die vom ersten Golfkrieg betroffen waren, eine eigene Gewaltanwendung als ein potenziell traumatisierendes Ereignis, welches die größte Ausprägung posttraumatischer Symptome nach sich zieht.

Trotz dieser Identifizierung von speziellen traumatischen Erlebnissen, die einen besonderen Einfluss auf die Ausbildung posttraumatischer Symptome haben können, fasst Shaw (2003) in seiner Übersichtsarbeit zusammen, dass die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse wichtiger für die Entstehung von PTSD bei vom Krieg betroffenen Kindern sei als ein spezielles traumatische Erlebnis. Noch weiter gehen Neuner et al. (2004) in ihrer Studie mit vom Krieg betroffenen Erwachsenen in Norduganda und dem Südsudan. Die Autoren stellen nicht nur einen klaren Dosiseffekt zwischen der Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse und dem Schweregrad von PTSD fest, sie postulieren sogar, dass ab einem bestimmten Level von erlebten traumatisierenden Ereignissen jedes Individuum, unabhängig von anderen Faktoren, eine PTSD entwickelt (Neuner et al., 2004).

Einen derartigen direkten und eindeutigen Zusammenhang zwischen potenziell traumatisierenden Erlebnissen und der Ausprägung von PTSD-Symptomen ist jedoch umstritten und konnte in einigen Studien nicht nachgewiesen werden (z.B. Abdalla und Elklit, 2001; Angel et al., 2001; Derluyn et al., 2004). So weist Summerfield (2000) darauf hin, dass ein solcher Zusammenhang nicht als eindeutig bestehend angenommen werden darf und der mitentscheidende Einfluss weiterer Faktoren berücksichtigt werden muss. („... the relation between traumatic experiences and outcomes is not a clearcut“). In einer Literaturanalyse konnte die Traumaforscherin Bowman (1999) zeigen, dass individuelle Unterschiede, wie das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus, Überzeugung, Emotionen, Ursachen von Gefahren und Intelligenz, stärkere Vorhersagen für PTSD machen können als Charakteristiken potenziell traumatischer Erlebnisse. Nach McFarlane (1995) sollen Individuen mit einer schon vor dem Konflikt bestehenden psychiatrischen Prädisposition eine erhöhte Vulnerabilität für die Ausprägung von PTSD haben.

Auch Derluyn et al. (2004) konnten in ihrer Studie mit ehemaligen ugandischen Kindersoldaten keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der erlebten potenziellen traumatischen Ereignisse und der Ausprägung von PTSD-Symptomen feststellen. Den Autoren zufolge sind eine subjektive Bedeutungszuschreibung der Erlebnisse sowie kulturelle, politische und soziale Aspekte und Rahmenbedingungen, in denen das Individuum das oder die potenziell traumatisierenden Ereignisse erlebt hat, mitentscheidend für die Ausprägung von PTSD-Symptomen. Insbesondere für eine lang anhaltende PTSD sollen die Persönlichkeitsmerkmale der vom Krieg betroffenen Kinder und das posttraumatische Lebensumfeld die wichtigsten Prädiktoren sein (Kuterovac-Jagodic, 2003). Ähnlich auch Angel et al. (2001) in ihrer Studie mit Kindern aus Bosnien Herzegowina. Die Autoren stellen fest, dass nicht von einem simplen „Eins-zu-eins“-Zusammenhang zwischen traumatisierendem Erlebnis während des Kriegs und der Entwicklung von PTSD-Symptomen

Kriegs und der Entwicklung von PTSD-Symptomen ausgegangen werden kann. Neben der erlebten traumatischen Situation sollen noch weitere, nicht näher spezifizierte Faktoren auf der individuellen Ebene des Kindes, auf der Ebene der Familie und soziale und kulturelle Aspekte für die Ausprägung von PTSD-Symptomen entscheidend sein (Angel et al., 2001).

Zusammenfassend ergibt sich aus dem oben Gesagten, dass der in vielen Studien mit Kindern im Krieg festgestellte Zusammenhang zwischen der Ausprägung von PTSD-Symptomen sowie Anzahl und Qualität erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse vermutlich tatsächlich besteht. Wann und in welchem Ausmaß allerdings andere Faktoren, wie individuelle Persönlichkeitsmerkmale, die Prädisposition für psychiatrische Krankheiten, das soziale und kulturelle Umfeld, und weitere Faktoren diesen direkten Zusammenhang zwischen traumatischer Situation und Symptomausprägung überlagern oder sogar entscheidend für die Symptomausprägung werden, ist unklar. Darüber hinaus müssen bei der Interpretation der Ergebnisse der Studien zu diesem Thema die unterschiedlichen methodischen Ansätze zur Erfassung der potenziell erlebten traumatischen Ereignisse berücksichtigt werden (vgl. Netland, 2005).

3.2.10 Ausgewählte Einflussfaktoren für die Entwicklung von PTSD

Obwohl PTSD in einem direkten ätiopathogenetischen Zusammenhang mit potentiell traumatischen Erlebnissen steht, gibt es, wie im letzten Abschnitt angesprochen, eine Vielzahl von Faktoren, welche die Entstehung und den Verlauf einer PTSD mit beeinflussen. In einer Metaanalyse von 77 Studien konnten Brewin et al. (2000) Faktoren, die einen signifikant prädiktiven Wert hinsichtlich der Entwicklung einer PTSD haben, identifizieren. Hierzu zählen allgemeine Faktoren wie Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, ethnische Zugehörigkeit, Bildungsniveau, vorausgegangene Traumatisierung, Mangel an sozialer Unterstützung, niedrige Intelligenz, eine psychiatrische Prädisposition, ein niedriger sozioökonomischer Status und andere Faktoren. Weitere Einflussfaktoren, die die Wertigkeit eines potenziell traumatisierenden Ereignisses beeinflussen, sind die Nähe des Kindes zum Geschehen, das Erwarten oder Überraschtwerden von dem Ereignis, die Art und Enge der Beziehung zu Tätern und Opfern, das Ausmaß der körperlichen Schmerzen und das subjektive Schuldgefühl, ausgelöst durch beispielsweise Phantasien über versäumte eigene Interventionen (Pynoos et al., 1995).

Im Folgenden wird detaillierter auf die in der vorliegenden Untersuchung hypothesenbildenden Einflussvariablen Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung und Dauer der Traumatisierung eingegangen.

3.2.10.1 Einfluss des Alters

Zur Bedeutung des Alters für die Entwicklung von PTSD gibt es in der Literatur widersprüchliche Befunde. In einer Reihe von Studien mit vom Krieg betroffenen Kindern wurde festgestellt, dass ältere Kinder vulnerabler für das Auftreten einer PTSD waren (Ahmad et al., 2000; Goldstein et al., 1997; Schaal und Elbert, 2006). Als ältere Kinder galten Kinder zwischen 8 und 13 Jahren im Vergleich mit 3- bis 7-Jährigen (Schaal und Elbert, 2006), Kinder älter als 12 Jahre (Ahmad et al., 2000) und die „älteren“ Kinder in einer Gruppe 6–12-Jähriger (Goldstein et al., 1997). Entwicklungspsychopathologisch wird hierzu die Hypothese aufgestellt, dass der Stand der kognitiven Entwicklung entscheidend für die Ausbildung von PTSD sei. Ein jüngeres Alter könne protektiv wirken, da ein Teil der potenziell traumatisierenden Ereignisse noch nicht als solche interpretiert werden kann (Schaal und Elbert, 2006). Nur durch ein Verständnis für die Konsequenzen eines potenziell traumatisierenden Ereignisses soll eine „Alarmreaktion“ ausgelöst werden können. Diese „Alarmreaktion“ wird als eine Voraussetzung für das Entstehen einer PTSD betrachtet (Elbert und Schauer, 2002).

Andere Studien wiederum haben Gegenteiliges festgestellt (Garbarino und Kostelny, 1996; Kuterovac-Jagodic, 2003). Ein jüngeres Alter zum Zeitpunkt des psychischen Traumas soll ein Risikofaktor für das Auftreten von PTSD sein (6- bis 8-Jährige im Vergleich mit 9- bis 10-Jährigen [Kuterovac-Jagodic, 2003]; 6- bis 9-Jährige im Vergleich mit 12- bis 15-Jährigen [Garbarino und Kostelny, 1996]). Auch diese Befunde werden durch entwicklungspsychopathologische Hypothesen zu erklären versucht. Jüngere Kinder sollen aufgrund der noch geringer entwickelten neurologischen Ressourcen (... less mature neurological resources ... [Garbarino und Kostelny, 1996]) schlechter in der Lage sein, mit Symptomen der Übererregtheit (Arousel) und Stress im Allgemeinen umgehen zu können. Auch ihre geringere Fähigkeit, die Folgen einer bedrohlichen Situation zu erfassen, soll jüngere Kinder vulnerabler für die Entwicklung einer PTSD machen (Garbarino und Kostelny, 1996). Garbarino und Kostelny (1996) vertreten darüber hinaus die Ansicht, dass ältere Kinder bisher einen längeren Lebensabschnitt ohne psychische Traumatisierung erlebten und dies protektiv wirken könne. Pynoos (1994) argumentiert hierzu sehr allgemein, dass eine Traumatisierung in jüngerem Alter schwerwiegendere Folgen auf die Entwicklung hat, da das kleine Kind in seiner Entwicklung noch nicht gefestigt sei.

Wie sind diese unterschiedlichen Forschungsergebnisse zu bewerten? Landolt (2004) begründet die inkonsistenten Ergebnisse der bisherigen Forschungsarbeiten damit, dass der Einfluss des Alters auf die Ausbildung posttraumatischer Symptome von der Art des Traumas abhängig sei. Betrachtet man den Einfluss des Alters im Lichte des im obigen Abschnitt „Psychische Traumatisierung und kindliche Entwicklung“ Gesagten, so lässt sich vermuten, dass Kriegstrauma, um eine PTSD auslösen zu können, einen bestimmten kognitiven Entwicklungsstand voraussetzen. Ab einem bestimmten Alter sind die kognitiven Fähigkeiten des Individuums wiederum so weit entwickelt, dass der Einfluss potenziell traumatisierender

Erlebnisse schwächer wird. Ganz junge Kinder hingegen haben noch nicht die kognitiven Fähigkeiten entwickelt, um die Konsequenzen vieler potenziell traumatisierender Kriegsergebnisse zu begreifen. Das potenziell traumatische Erlebnis könnte so in Anlehnung an Piaget (1975) ins „affektive Nichts“ fallen. Postuliert man nun, dass Kinder im Alter von etwa 6 bis 12 Jahren besonders vulnerabel, ältere und jüngere Kinder aber weniger anfällig für die Entwicklung einer PTSD sind, so sind die meisten der oben genannten Forschungsergebnisse zumindest in der Tendenz zu erklären.

3.2.10.2 Einfluss des Geschlechts

In Bezug auf den Geschlechtsunterschied bei Kindern im Krieg sind die empirischen Befunde einheitlicher. In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass Mädchen mehr PTSD-Symptome aufwiesen als Jungen (Dyregrov et al., 2002; Dyregrov et al., 1996; Kardiner, 1941; Kuterovac et al., 1994; Qouta et al., 2003; Schaal und Elbert, 2006; Shaw, 2003; Smith et al., 2002; Vizek-Vidovic et al., 2000). Ob diese Ergebnisse damit zusammenhängen, dass Mädchen in bewaffneten Konflikten häufiger Opfer von sexuellen Übergriffen werden und diese eventuell einen besonders großen Einfluss auf die Entwicklung posttraumatischer Symptome haben, ist nicht geklärt. Smith et al. (2002) weisen ferner darauf hin, dass nicht bekannt sei, ob diese Ergebnisse auf Unterschieden in der emotionalen Wahrnehmung eines potenziell traumatisierenden Ereignisses oder auf bereitwilligerem und offenerem Antwortverhalten von Mädchen bei der Erfassung der Symptome oder auf einer Mischung von beidem zurückzuführen seien. Auch in Bezug auf Geschlechterunterschiede für Depressionen nach einem psychischen Trauma gilt das oben Gesagte: Mädchen entwickeln häufiger und mehr Depressionssymptome als Jungen (Smith et al., 2002).

3.2.10.3 Einfluss der Dauer der Traumatisierung

Berücksichtigt man die im Abschnitt 3.2.9. zum Dosisseffekt gemachten Ausführungen, so ist es wahrscheinlich, dass über einen längeren Zeitraum andauernde, wiederholte und chronisch psychische Traumatisierung zu einem gehäuftem Auftreten von PTSD führt. Wiederholte, chronische psychische Traumata (Typ-II-Traumata [Terr, 1991]) führen zudem oft zu komplexeren Störungen und haben eine höhere Komorbidität zur Folge.

3.2.11 Depressionen als komorbide Störungen der PTSD

PTSD tritt häufig komorbid mit anderen psychischen Störungen, wie zum Beispiel Angststörungen, affektiven Störungen und Depressionen, auf (Pfefferbaum, 2002). Da in der vorliegenden Arbeit auch depressive Symptome erfasst wurden, wird im Folgenden auf Depressionen als komorbide Störungen der PTSD eingegangen.

In vielen epidemiologischen Studien mit vom Krieg betroffenen Kindern stellten die Autoren eine hohe Prävalenz von komorbiden PTSD und Depressionen fest (Ajdukovic, 1998; Mghir et al., 1995; Smith et al., 2001; Stein et al., 1999; Thabet et al., 2004). Auch Kinder, die Naturkatastrophen und andere, nicht kriegsbedingte, potenziell traumatisierende Situationen erlebten, zeigten in verschiedenen Studien eine hohe Prävalenz komorbider PTSD und Depressionen (Bolton et al., 2000; Carrion et al., 2002; Goenjian et al., 1995; Yule und Udwin, 1991).

PTSD und Depressionen treten somit häufig gemeinsam nach einem psychischen Trauma auf. Dies führt zu der Frage, ob PTSD und Depressionen nach einem psychischen Trauma jeweils getrennte Störungen oder Teile einer einzelnen, allgemeinen Reaktion auf ein psychisches Trauma sind. Für Letzteres spricht, dass einige Symptome des PTSD-Konstrukts depressiven Symptomen sehr ähneln und so die hohe Komorbidität bei Traumaopfern erklären könnten (Mollica, 2000). In der Literatur wird dieses Phänomen durch eine „Theorie der überlappenden Symptome“ (Thabet et al., 2004) erklärt. Betrachtet man die bei durch Krieg psychisch traumatisierten Menschen häufig zu findende Hilflosigkeit, so kann dies ein Symptom sowohl depressiver als auch posttraumatischer Störungen sein. Genauso kann auch Schuldempfinden als Symptom beider Störungen gedeutet werden, da traumatisierte Individuen oft eine Überlebensschuld gegenüber den Verstorbenen empfinden oder sich schuldig fühlen, wenn sie gezwungen wurden, anderen gegenüber Gewalt anzuwenden. Auch das „emotionale Betäubtsein (emotional numbing)“ ist als ein mögliches gemeinsames Symptom von PTSD und Depressionen zu betrachten (Constans et al., 1997).

Brent et al. (1995) schlussfolgern, dass wenn PTSD- und Depressionssymptome sich überlappen, ein psychisches Trauma demzufolge sowohl zu (1) PTSD und Depressionen führen kann oder (2) Depressionen nur ein Artefakt von PTSD seien oder (3) das Kernkonzept der PTSD zu weit gefasst ist. Goenjian et al., (1995) haben in ihrer Studie andere Ergebnisse gefunden. Sie konnten einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung von PTSD und Depressionen auch bei PTSD-Symptomen finden, die nicht mit Depressionssymptomen überlappen. Einige Autoren postulieren daher, dass PTSD die direkte Folge eines psychischen Traumas sei und lang andauernde und schwere PTSD dann zu einer depressiven Symptomatik führen könnten (Goenjian et al., 1995; Najarian et al., 1996; Terr et al., 1999).

Dem stehen allerdings die Ergebnisse einer Langzeitstudie mit kambodschanischen Flüchtlingen in den USA entgegen. Hiernach ging die Prävalenz von PTSD-Symptomen bei der untersuchten Population von 50% im Jahre 1984 auf 38% im Jahre 1990 zurück. Im gleichen Zeitraum ging die Prävalenz von depressiven Erkrankungen von 50% auf 6% zurück (Hubbard et al., 1995; Kinzie et al., 1986; Sack et al., 1993). In einer anderen Studie mit kambodschanischen Flüchtlingen konnte sogar, genau wie zwischen traumatischem Ereignis und PTSD, ein Dosiseffekt für Depressionen festgestellt werden (Mollica et al., 1998). Auch dies könnte ein Beleg dafür sein, dass Depressionen eine unmittelbare Folge eines psychi-

schen Traumas sein können und neben PTSD Teil einer komplexen Traumareaktion sind. Auch diesem Ergebnis lässt sich erneut ein widersprechendes entgegensetzen. In einer Studie von Durakovic-Belko et al. (2003) mit von Krieg betroffenen Kindern und Jugendlichen in Sarajevo waren individuelle und Faktoren des sozialen Umfeldes die besten Prädiktoren für das Auftreten depressiver Symptome.

Trotzdem steht fest, dass besonders chronisch traumatisierte Individuen häufig unter sehr komplexen Störungen leiden, welche nur mit den Kriterien der PTSD nicht adäquat beschrieben werden können (Landolt, 2004). Um diesen komplexen Zustandsbildern besser gerecht werden zu können, schlägt van der Kolk (1996) das Konzept der „disorders of extreme stress not otherwise specified (DENOS)“ vor. Das vorläufige Konzept dieses Syndroms beinhaltet eine Vielfalt von Symptomen, die die Folgen einer extremen und chronischen Traumatisierung, wie zum Beispiel bei ehemaligen Kindersoldaten, besser erfassen sollen. Das DENOS-Konzept beinhaltet unter anderem depressive Symptome, verstärkte Dissoziationen, Affektdysregulationen, Somatisierungstendenzen und Veränderungen des Charakters und des Bedeutungssystems der betroffenen Individuen (van der Kolk et al., 2005).

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Reaktionen eines Individuums auf ein psychisches Trauma vielfältig sind und über die mit dem PTSD-Konzept erfassten Symptome hinausgehen können. Depressionen treten häufig komorbid mit PTSD auf. Ob nun Depressionen eine unmittelbare Folge der traumatischen Situation sind, sich als Folge länger andauernder PTSD entwickeln oder als Folge schwieriger äußerer Lebensbedingungen nach dem traumatisierenden Ereignis entstehen, kann durch die bisherige Forschung nicht beantwortet werden. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, das Konzept der PTSD unter Berücksichtigung von Depressionen als mögliche komorbide Störung anzuwenden.

3.3 Versöhnung und psychisches Trauma

Die von den Kindern erlebten bewaffneten Konflikte hinterlassen neben emotionalen Wunden auch vielfältige Ängste, Gefühle von Hass und sozialen Verwerfungen, die zu einer Fortsetzung der Gewalt führen können. Psychische Symptome wie Aggression, Wut und Hass können beim Umgang mit schrecklichen Erfahrungen hilfreich sein, andererseits kann durch diese Symptome und Gefühle der Wiederaufbau von Gesellschaften, die durch bewaffnete Konflikte oder Gewalt in ihrer Struktur erschüttert wurden, erschwert oder unmöglich gemacht werden (Adam et al., 2004). Wessels (2004) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass psychosozialer Wiederaufbau und Versöhnung erforderlich sind, um „Kulturen der Gewalt in Kulturen des Friedens“ zu transformieren. Vielleicht gerade weil Kindersoldaten so unmittelbar die Auswirkungen der bewaffneten Konflikte und organisierten Gewalt zu spüren bekommen und unter diesen leiden, aber auch aktiv an der Gewaltanwendung beteiligt waren und sind, kommt ihnen und ihrem zukünftigen Verhalten eine besondere Bedeutung beim Wiederaufbau der Gesellschaft und der Herstellung eines dauerhaften Friedens zu. Ob es hierbei einen Zusammenhang zwischen psychischem Trauma und der Fähigkeit zur Versöhnung gibt, ist bisher nur wenig untersucht worden. Im Folgenden werden daher zunächst der Begriff Versöhnung und einige hierzu bestehende Modelle erläutert, um anschließend auf Versöhnung nach psychischem Trauma einzugehen. Abschließend werden Beispiele zu Versöhnungsprozessen aus dem Kulturkreis der an dieser Studie teilnehmenden Kindersoldaten und Studien zu Versöhnung im Zusammenhang mit psychischem Trauma vorgestellt.

3.3.1 Modelle von Versöhnung – Begriffe und Definitionen

Eine einheitliche Definition oder ein einheitliches Konzept von Versöhnung gibt es nicht. Fest steht, dass Versöhnung auf verschiedenen Ebenen stattfinden kann: gesellschaftliche, interpersonelle und intrapsychische Versöhnung.

Der israelische Psychologe Bar-Tal (2000) beschreibt Versöhnung auf gesellschaftlicher Ebene zwischen zwei Gruppen nach lang andauernden und mit Gewalt ausgetragenen Konflikten. Als Beispiele hierfür nennt der Autor sowohl zwischenstaatliche als auch innerstaatliche Konflikte und Bürgerkriege. Versöhnung ist nach Bar-Tal ein Prozess, bei dem die Konfliktparteien eine Beziehung der friedlichen Koexistenz, basierend auf gegenseitiger Akzeptanz und Vertrauen, Kooperation und Anerkennung gegenseitiger Bedürfnisse, formen. Versöhnung ist für Bar-Tal die einzige Möglichkeit, in einem langjährigen Konflikt gewachsenen Hass und Vorurteile zu überwinden, insbesondere wenn Generationen in einem Klima des Konfliktes aufgewachsen sind und keine andere Realität kennen. Versöhnung ist demzufolge nach Bar-Tal ein „soziokultureller Prozess, der die Mehrheit der Mitglieder der Gesellschaft einschließt und zu einem neuen Verständnis gegenüber dem ehemaligen Gegner, der eigenen Gesellschaft und der Beziehung zwischen den beiden Gruppen führt“.

Auch Lederach (1997) beschäftigte sich mit Konflikten auf gesellschaftlicher Ebene. Er räumt jedoch der interpersonellen, zwischenmenschlichen Beziehung die größte Bedeutung zur Beilegung von Konflikten ein. Lederach geht davon aus, dass die menschliche Beziehung sowohl die Basis als auch die Lösung eines Konfliktes sei. Versöhnung beinhaltet nach Lederachs Modell vier Komponenten: (1) Wahrheit („truth“), die eine Aufarbeitung der Vergangenheit beinhalten muss; (2) Gnade („mercy“), verbunden mit Verzeihen und Akzeptanz; (3) Gerechtigkeit („justice“), einhergehend mit Wiedergutmachung und sozialer Restrukturierung sowie (4) Frieden („peace“), verbunden mit einer gemeinsamen Zukunft sowie Wohlbefinden und Sicherheit für alle Gruppen der Gesellschaft.

Borris und Diehl (1998) betrachten, ähnlich wie Lederach, eine Versöhnung auf interpersoneller Ebene als eine unabdingbare Voraussetzung für eine Versöhnung auf gesellschaftlicher Ebene. Nach diesen Autoren ist Versöhnung „der Prozess der Wiederherstellung einer Beziehung derer, die durch einen Konflikt zu Fremden wurden, mit dem Zweck, erneut eine Gemeinschaft zu bilden“ (Borris und Diehl, 1998). Die erste Stufe in diesem Prozess soll die Überwindung von Misstrauen und Antipathien sein. Das endgültige Ziel des Versöhnungsprozesses ist „Frieden“, wobei Frieden von den Autoren als eine innere Einstellung mit der Bereitschaft zu Gutmütigkeit, Vertrauen und Gerechtigkeit betrachtet wird.

Auf der interpersonellen Ebene beschreibt auch Hawk (2001) Versöhnung. Hawk (2001) definiert Versöhnung als einen Prozess der „Wiederherstellung einer Beziehung und der Beilegung von Differenzen, so dass die Empfindlichkeiten und das Misstrauen überwunden werden.“ In diesem Zusammenhang weist Hawk (2001) auch auf den Unterschied von Verzeihen und Versöhnung hin, zwei Begriffe, die oft gemeinsam in Publikationen zum Thema auftauchen. Verzeihen sei ein internaler Prozess, der den Konfliktgegner von den Konsequenzen seines Handelns befreit. Verzeihen soll weder vom Verzeihenden Versöhnung verlangen, noch soll Verzeihen notwendig für Versöhnung sein. Versöhnung spiegelt hierbei nur das gegenseitige Interesse und die Bereitschaft zweier Parteien wider, erneut eine Beziehung zueinander einzugehen, mit der Überzeugung, dass zukünftige Verletzungen unwahrscheinlich sind und die Vorteile der Beziehung die Risiken überwiegen (Hawk, 2001). Mit seiner Definition von Versöhnung und Verzeihen kommt Enright (1994) zu einer ähnlichen Unterscheidung: Versöhnung ist hiernach ein Verhalten des Sich-Annäherns zweier oder mehrerer Personen; Verzeihen hingegen ein internaler Prozess und eine psychologische Antwort auf eine Verletzung. Dem Autor zufolge soll es möglich sein, zu verzeihen, ohne sich zu versöhnen, aber nur schwer, sich zu versöhnen, ohne zu verzeihen.

Aus dem oben Gesagten wird deutlich, dass eine weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass Versöhnung zwingend die Wiederherstellung einer zerbrochenen Beziehung beinhaltet, sei es auf gesellschaftlicher oder auf interpersoneller Ebene. Es bestehen jedoch unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Art und Tiefe einer Beziehung für Versöhnung notwendig ist. De la Rey (2001) erwähnt in Bezug auf den Versöhnungsprozess in Südafrika,

dass eine friedliche Koexistenz die realistischste, wenn auch schwächste Form von Versöhnung nach lang andauernden Konflikten sei. Es erscheint also sinnvoll, neben der Ebene, auf der Versöhnung stattfinden kann, auch unterschiedliche Niveaus von Versöhnung zu berücksichtigen. Dies tut Kleiter (2003) in seinem Modell von Versöhnung als hierarchischem Prozess. Kleiter (2003) unterscheidet in seinem Modell drei Hauptniveaus von Versöhnung: Niveau 1: Racheverzicht und Befriedung, Niveau 2: Verstehen des anderen und Toleranz (Hassverzicht, Koexistenz) und Niveau 3: Verzeihen oder Entschuldigen. Verzeihen ist hierbei für Kleiter mehr als für eine Versöhnung erforderlich. Es stellt vielmehr einen sehr anspruchsvollen Schritt dar, der für eine friedliche Koexistenz nicht unbedingt erforderlich ist. In seinem Modell differenziert Kleiter ferner zwischen Versöhnungsbereitschaft als der Einstellung zur Versöhnung, dem Versöhnen als die Versöhnungshandlung und dem Ergebnis dieser Handlung, der Versöhnung als Endzustand.

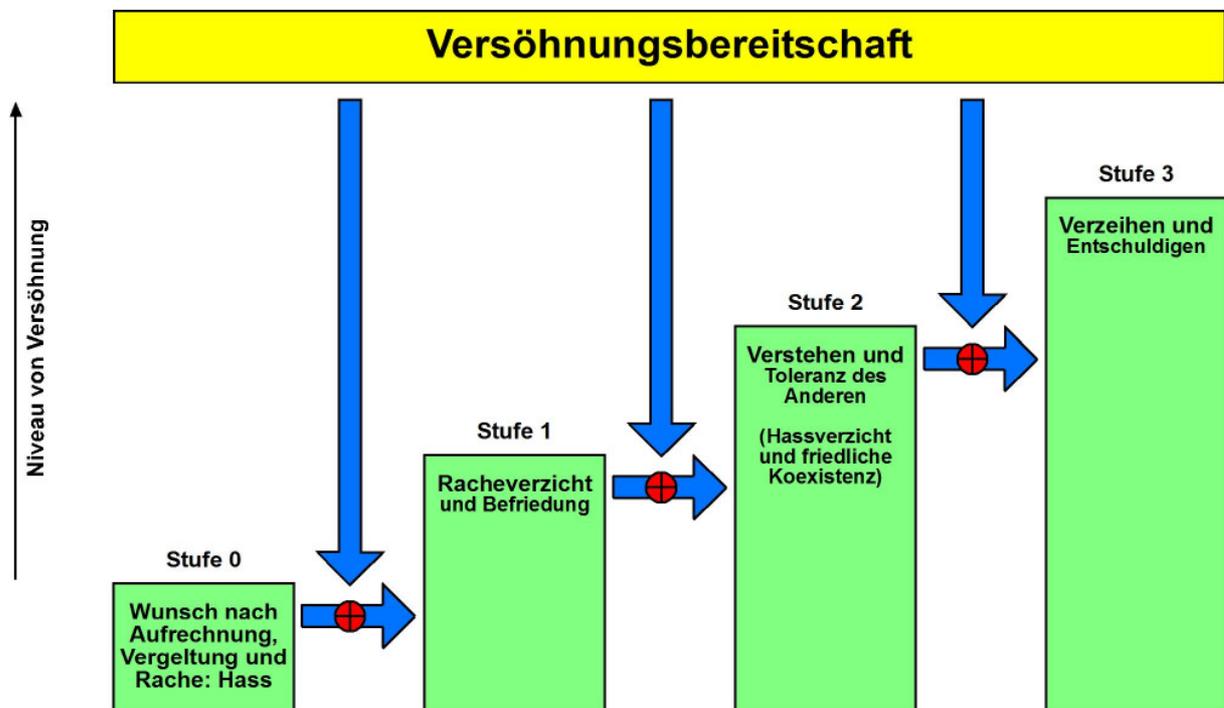


Abbildung 5: Stufenmodell der Versöhnung, in Anlehnung an Kleiter (2003, S. 59)

Versöhnungsbereitschaft und der Wunsch nach Rache, individuelle Einstellungen, die in der vorliegenden Arbeit als Indizien für die Versöhnungsfähigkeit der untersuchten Kindersoldaten operationalisiert werden, sind auch wichtige Faktoren in Kleiters Versöhnungsmodell. Rache- und Hassverzicht sind Voraussetzungen für das Erreichen der ersten Niveaus von Versöhnung. Durch Rache- und Hassverzicht wird der gegenseitige Aufschaukelungsprozess der Konflikteskalation unterbrochen. Dominieren jedoch kreisende Rechtfertigungs-, Rache- und Vergeltungsphantasien, die die ganze Energie der Person beanspruchen und eine produktive Konfliktlösung blockieren, kann kein Versöhnungsprozess stattfinden (Kleiter, 2003). Der gesamte Prozess der Versöhnung wird nach Kleiter von der Versöhnungsbereitschaft der

am Konflikt beteiligten Individuen bestimmt. Versöhnungsbereitschaft wird hierbei definiert als „Gegenpol zur Unversöhnlichkeit, der vor, während und nach einem Konflikt eine antizipatorische Wirkung ausübt, in dem der Versöhnungsbereite den versöhnten Zustand mental vorwegnimmt und anstrebt“ (Kleiter, 2003). Versöhnungsbereitschaft meint nach Kleiter somit die Einstellung, die Disposition und die Neigung zu Versöhnung sowie den Wesenszug der Versöhnung. Der Wunsch nach Konflikt und Aggression auf der Basis von Unversöhnlichkeit einerseits und der Wunsch nach Frieden und produktiver Konfliktlösung auf der Basis von Versöhnungsbereitschaft andererseits entscheiden darüber, ob sich ein Konflikt zur destruktiven oder konstruktiven Seite wendet. „... Versöhnungsbereitschaft ist zwar nicht als einzige, aber als die wesentliche Voraussetzung zur Durchbrechung der Eskalationsspirale zu sehen“ (Kleiter, 2003, S. 47).

Durch die Betonung der Versöhnungsbereitschaft und des Rache- und Hassverzichtes als wesentliche Elemente im Versöhnungsprozess weist Kleiter indirekt auch auf die Bedeutung einer Versöhnung im Inneren, einer Versöhnung mit sich selbst, hin. Einige Autoren betonen daher zu Recht, dass Versöhnung auch einen hochkomplexen intrapsychischen Prozess beinhaltet (Adam et al., 2004; Becker, 2005). Dieser intrapsychische Versöhnungsprozess geht einher mit dem Verarbeiten und Akzeptieren der Vergangenheit, mit einer Vernetzung und Einordnung von Zuneigung, Hass, Ärger und Angst und vor allem mit der Schaffung einer Beziehung nicht nur in der äußeren, sondern vor allem in der inneren Welt (Becker, 2005).

Versöhnung kann nach den oben gemachten Ausführungen somit als ein Prozess zur Wiederherstellung einer zerbrochenen Beziehung aufgefasst werden. Dieser Prozess kann auf gesellschaftlicher, interpersoneller und auf intrapsychischer Ebene stattfinden. Wichtige Voraussetzungen für den Versöhnungsprozess und das Erreichen eines gewissen Niveaus von Versöhnung sind ein Rache- und Hassverzicht und eine generelle Versöhnungsbereitschaft.

3.3.2 Versöhnung nach psychischer Traumatisierung

Individuen, die psychisch traumatisierenden Situationen ausgesetzt sind oder waren, bei Kindersoldaten vielfach verbunden mit grausamen Misshandlungen, aber auch eigener Gewaltanwendung, verlieren häufig das Vertrauen in sich selbst. Das psychische Trauma beeinflusst die Fähigkeit der Betroffenen, intensive Affekte zu regulieren, mit Konflikten umzugehen, und beschädigt das Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen und in die soziale Gemeinschaft (Spitz, 2006). Die Psychiaterin Judith Herman (1992) weist darauf hin, dass bei psychisch traumatisierten Menschen der Kontakt und die Beziehung zur sozialen und äußeren Welt gestört ist. Dies geht einher mit einer Zerstörung des Glaubens in eine „sichere“ Welt und in das eigene Selbstwertgefühl (Herman, 1992). Eine Überwindung des psychischen Traumas beinhaltet daher nach Spitz (2006) eine Akzeptanz der schrecklichen Ereignisse, aber insbesondere auch eine Versöhnung mit sich selbst, mit anderen Individuen und mit der äußeren Welt (Spitz, 2006).

Adam et al. (2004) berichten aus ihrer Erfahrung bei der Arbeit mit Flüchtlingskindern, dass bei der Bewältigung der auftretenden Probleme nach einem psychischen Trauma die Verarbeitung von Schuld und Hass sowie die Bereitschaft, sich mit dem Gegner, aber auch mit sich selbst zu versöhnen, eine wichtige Rolle spielen. Auch viele ehemalige Kindersoldaten leiden wegen der von ihnen begangenen Taten und erlebten Grausamkeiten unter Schuldgefühlen und inneren Konflikten, bei deren Bewältigung eine intrapsychische Versöhnung von Bedeutung ist. Eine intrapsychische Versöhnung muss nach Adam et al. (2004) einem Versöhnungsprozess in der äußeren Welt vorangehen. Adam et al. (2004) definieren Versöhnung daher als „die prozesshafte Wende zu einer beiderseitigen oder allseitigen, dauerhaften Grundhaltung des gegenseitigen Vertrauens. Sie manifestiert sich auf der intrapsychischen, interpersonalen und soziokulturellen Ebene, geht einher mit einem Wandel von Emotionen wie Hass und Rachewunsch zu Respekt und Empathie, impliziert die Bereitschaft zur konstruktiven Konfliktlösung und zum (Wieder-)Aufbau der zerbrochenen Beziehung und erfordert die Entwicklung neuer Einstellungen gegenüber der eigenen Rolle im Konflikt, gegenüber dem Feind und der eigenen Gesellschaft.“

Eine Versöhnung mit sich selbst, aber auch eine interpersonelle und soziokulturelle Versöhnung hat somit, wie oben dargestellt, eine große Bedeutung bei der Bewältigung eines psychischen Traumas. Vice versa kann jedoch auch die Überwindung eines psychischen Traumas als ein bedeutender Faktor für einen dauerhaften Versöhnungsprozess, insbesondere auf interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene, betrachtet werden.

3.3.3 Beispiele von Versöhnung in Afrika

Im Kulturkreis der in dieser Arbeit untersuchten ehemaligen Kindersoldaten kommt der Dorfgemeinschaft eine große Bedeutung beim Versöhnungsprozess zu. Der Prozess der traditionellen Versöhnung, der vorwiegend auf interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene einzuordnen ist, ist geprägt von Rede und Gegenrede. Während dieses Prozesses erfolgt eine verbindliche Anhörung der Konfliktparteien, unter Teilnahme der gesamten Familie, der Dorfgemeinschaft oder sogar mehrerer Dorfgemeinschaften. Dieses Miteinanderreden zielt auf Gewaltverzicht. Das Wort soll die Angst bändigen, die Gewalt abwenden und somit die Spirale von Gewalt, Rache und Vergeltung stoppen. Eine Vergeltung erfolgt nicht durch Gewalt, sondern in Form von monetärem Ausgleich oder in symbolischer Form durch Opfertgaben und Geschenke. Der erzielte Konsens wird meist akzeptiert, da die Konfliktparteien sich der Gemeinschaft gegenüber verpflichtet fühlen und nur durch Akzeptanz des Konsenses eine Wiedereingliederung in die Gemeinschaft gewährleistet wird. Im formellen Sinne abgeschlossen wird der Prozess der traditionellen Versöhnung durch eine rituelle Feier (Koudissa, 2004).

Die Grundprinzipien dieses Prozesses der traditionellen Versöhnung wurden auch von der Kommission für Wahrheit und Versöhnung („Truth and Reconciliation Commission“, TRC)

bei ihrer Arbeit zur Aufdeckung des Unrechts während des Apartheidregimes in Südafrika berücksichtigt. Auch die in Ruanda zur Aufarbeitung des Völkermordes von 1994 in großer Zahl wiedereingeführten Dorfgerichte („Gacacas“) beruhen auf den Prinzipien des traditionellen Versöhnungsprozesses. Kritiker halten den heutigen Gacacas jedoch entgegen, dass sie sich nicht, wie traditionell, mit lokalen Disputen auseinandersetzen, sondern hunderttausende Anklagen nach einem staatlich organisierten Völkermord verhandeln müssen, was die Kompetenz der Dorfgerichte überfordert und zu großem Unrecht führt (Amnesty International, 2002).

Kehren ehemalige Kindersoldaten in Norduganda in ihre Dorf- und Clangemeinschaften zurück, unterziehen sie sich häufig verschiedenen Versöhnungs- und Reinigungsritualen. Als „mato oput“ wird eine traditionelle Versöhnungszeremonie bezeichnet, bei der Opfer und Täter unter der Aufsicht der Familien- oder Clanoberen zusammen kommen. Die begangenen Taten werden offengelegt, eine Kompensation wird ausgehandelt und zum Abschluss ein bitterer Saft getrunken, der die „Verbitterung“ der Konfliktparteien hinwegspülen und deren Versöhnung symbolisieren soll. Ein anderes häufig benutztes Ritual ist das „Nyono tong gweno“. Hierbei treten die Kinder auf ein Hühnerrei, welches auf einem Pfad vor einer Hütte liegt. Beim Eintritt in die Hütte werden die Kinder mit Wasser übergossen und anschließend wird eine Opfergabe vollbracht. Nach diesem Ritual gelten die Kinder als von den Geistern derer, die sie getötet oder dessen Tod sie mitzuverantworten haben, und als von den begangenen Taten gereinigt (Veale und Stravrou, 2003).

In vielen afrikanischen Ländern ist der Glaube verbreitet, dass Menschen, die getötet, an Tötungen beteiligt waren oder sahen, wie ein Mensch umgebracht wurde, von erzürnten Geistern der Toten befallen werden. Auch für die Symptome eines psychologischen Traumas nach einem solchen Erlebnis sollen die verärgerten Geister verantwortlich sein. Viele Menschen in Afrika glauben, dass diese Geister nicht nur das betroffene Individuum, sondern auch seine Familie oder Dorfgemeinschaft bedrohen (Gbla, 2003). Eine Versöhnung oder vielmehr Versöhnungshandlung des Individuums ist somit häufig geprägt durch die Erwartungen der Familie oder Dorfgemeinschaft und maßgeblich bestimmt durch den Wunsch der Gemeinschaft und nicht durch den Wunsch des Individuums, zu einem bestimmten Zeitpunkt eine solche Versöhnungs- und Reinigungshandlung durchzuführen. Nach Becker (2005) ist eine aufgezwungene Versöhnung nach einem psychischen Trauma vergleichbar mit Folter, da hierbei erneut ein externer Wille und fremde Gefühle dem traumatisierten Individuum aufgezwungen werden, ohne hierbei Raum für die Verarbeitung des Traumas zu gewähren. So ist es auch wenig verwunderlich, dass viele ehemalige Kindersoldaten nach einem solchen Reinigungsritual berichten, dass sie nach wie vor unter Symptomen eines psychischen Traumas leiden (Veale und Stravrou, 2003).

3.3.4 Studien zu Versöhnung und psychischem Trauma

Bislang gibt es nur wenige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von psychischem Trauma und Versöhnung beschäftigen. In bisher nur einer Arbeit wird dieser Zusammenhang bei Kindern untersucht. Einige weitere Studien gehen auf den Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, zu verzeihen („forgiveness“), und psychischem Trauma bzw. psychopathologischen Auffälligkeiten ein.

Kaminer et al. (2001) untersuchten mit Hilfe von Fragebögen 134 erwachsene Opfer des Apartheidregimes in Südafrika. Individuen, die vor der Wahrheits- und Versöhnungskommission aussagten und einen niedrigen Wert für die Bereitschaft, zu verzeihen, im entsprechenden Fragebogen erreichten, litten signifikant häufiger unter PTSD und Depressionen. Die Autoren der Studie folgern hieraus, dass „ein Mangel an ‚forgiveness‘ ein wichtiger Prädiktor für das Risiko der Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten bei Opfern von Menschenrechtsverletzungen sein könnte“ (Kaminer et al., 2001).

Snyder und Heinze (2005) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Frage, ob „forgiveness“ ein Mediator des Zusammenhangs zwischen PTSD und Feindseligkeit sei. Hierzu befragten sie 79 Erwachsene, die in einem Alter von 15 Jahren und jünger sexuell oder physisch misshandelt wurden, mit Fragebögen zu PTSD, Feindseligkeit und „forgiveness“. „Forgiveness“ wurde hierbei in drei Subskalen „forgiveness“ gegenüber sich selbst („self“), gegenüber anderen Personen („others“) und einer bestimmten Situation gegenüber („situations“) unterteilt. Die Autoren verstehen „forgiveness“ gegenüber sich selbst „als das Neubewerten einer persönlichen Handlung, so dass diese Handlung nicht länger das Modell vom eigenen Selbst verletzt“ (Snyder und Heinze, 2005). „Self forgiveness“ kann nach der Definition von Snyder und Heinze somit als Bestandteil eines intrapsychischen Versöhnungsprozesses betrachtet werden. Als Ergebnis ihrer Studien fanden die Autoren, dass „forgiveness“ ein wichtiger Mediator des Zusammenhangs von PTSD und Feindseligkeit ist. Insbesondere „self forgiveness“ und „situational forgiveness“ korrelieren deutlich negativ mit PTSD-Symptomen. Die Autoren schlussfolgern hieraus, dass eine therapeutische Intervention zur Überwindung des Traumas bei der untersuchten Population mehr auf ein Verzeihen sich selbst und bestimmten Situationen gegenüber als einer bestimmten Person gegenüber zielen sollte.

Lavi und Solomon (2005) betrachteten in ihrer Studie einen Aspekt gesellschaftlicher Versöhnung. Hierfür untersuchten die Autoren den Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung gegenüber den Friedensgesprächen zwischen Israelis und Palästinensern und PTSD-Symptomen bei 545 palästinensischen Jugendlichen. Es zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der PTSD-Symptome und einer positiven Einstellung gegenüber den Friedensgesprächen. Diese Korrelation konnte allerdings nur bei solchen Jugendlichen festgestellt werden, die zum Zeitpunkt der Befragung in Palästinensergebieten lebten.

In einer ausführlichen Studie zum Zusammenhang zwischen Trauma, PTSD und Versöhnung befragten Pham et al. (2004) insgesamt 2074 erwachsene Ruander. In dieser acht Jahre nach dem Genozid durchgeführten Untersuchung wurden die Teilnehmer der Studie mit Fragebögen zu ihren Erlebnissen während des Völkermordes, zu individuellen Symptomen einer PTSD und zu ihrer Einstellung gegenüber Versöhnung befragt. Die Autoren definierten hierbei Versöhnung als „einen Prozess, in dem Individuen, soziale Gruppen und Institutionen [in eckigen Klammern Zustimmungsraten der Befragten zum jeweiligen Faktor]: (1) eine Vision einer gemeinsamen Zukunft entwickeln (Faktor „community“) [48,2%]; (2) Verbindungen und Verpflichtungen über soziale Demarkationslinien hinweg etablieren (Faktor „interdependance“) [64,7%]; (3) individuelle Rechte, die Rechtsordnung, soziale und ethnische Unterschiede und allgemeine Chancengleichheit akzeptieren und fördern („social justice“) [63,6%]; (4) nicht gewalttätige Konfliktlösungsalternativen sich zu eigen machen („nonviolence“) [44,6%]“ (Pham et al., 2004). Die Autoren entwickelten zu diesen vier Faktoren einen Fragebogen mit insgesamt 29 Items. Die vier Faktoren konnten in einer Faktorenanalyse bestätigt werden. Individuen, die die Diagnosekriterien einer PTSD erfüllten (24,8%), erreichten geringere Werte auf den Versöhnungssubskalen „community“ und „interdependance“ als Individuen, welche die Diagnosekriterien einer PTSD nicht erreichten. Die Anzahl der von den Befragten erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse korrelierte ebenfalls negativ mit den Versöhnungssubskalen zu den Faktoren „community“ und „interdependance“. Pham et al. (2004) schlussfolgern, dass erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse, PTSD und Versöhnung, hier betrachtet auf interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene, zusammenhängen.

Erstmals bei Kindern untersuchte Adam (2006) den Zusammenhang zwischen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen, psychopathologischen Auffälligkeiten (PTSD, Depressionen, Angststörungen, u.a.) und Versöhnung. Adam (2006) befragte 215 in Hamburg lebende Flüchtlingskinder im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. Die Kinder stammten aus Afghanistan, Bosnien und dem Kosovo und hatten alle ihr Heimatland aufgrund von Krieg und Verfolgung verlassen. In seiner Studie betrachtete Adam (2006) Versöhnung auch auf einer intrapsychischen Ebene, indem er unter anderem nach Rachegefühlen und dem subjektiven Wunsch der Kinder nach Versöhnung fragte. Zum Konstrukt Versöhnung bzw. Versöhnungsfähigkeit entwickelte Adam einen Fragebogen mit insgesamt 33 Items, der die Einstellung der Kinder gegenüber ihrem Gegner⁷ ermittelte. Dieser Fragebogen umfasst vier Skalen: (1) die Bereitschaft zur friedlichen Lösungssuche; (2) den Rachewunsch; (3) eine generelle Ver-

⁷ Wer als Gegner betrachtet wurde, war den Kindern selbst überlassen. Die Kinder wurden aufgefordert, bei der Beantwortung des Fragebogens an die Person oder Personengruppe zu denken, die ihnen oder ihrer Familie Böses antat.

söhnungsbereitschaft und (4) eine Vermeidungstendenz. Im Ergebnis zeigte sich insbesondere für die auch in der vorliegenden Arbeit benutzten Skalen zum „Rachewunsch“ und zu einer „generellen Versöhnungsbereitschaft“ ein Zusammenhang mit PTSD und für den Faktor „Rachewunsch“ sowie den Faktor „Bereitschaft zur friedlichen Lösungssuche“ ebenfalls ein Zusammenhang mit depressiven Symptomen. Ein ausgeprägter Rachewunsch bzw. eine geringe Versöhnungsbereitschaft gehen hierbei mit einer größeren Anzahl von PTSD-Symptomen einher. Auch die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse korrelierte positiv mit dem Faktor Rachewunsch.

Adam (2006) konnte somit erstmals auch bei Kindern und bei Betrachtung von Versöhnung auf einer intrapsychischen Ebene zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Versöhnung, psychopathologischen Auffälligkeiten und erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen besteht.

3.3.5 Zusammenfassung

Aus dem oben Gesagten wird deutlich, dass es sich bei Versöhnung um einen Prozess zur Wiederherstellung einer zerbrochenen Beziehung handelt. Dieser Versöhnungsprozess kann auf intrapsychischer, interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene stattfinden. Versöhnung ist zudem ein hierarchischer Prozess. Das Erreichen eines bestimmten Niveaus von Versöhnung ist dabei wesentlich abhängig von einem Hass- und Racheverzicht, der Bereitschaft zu verzeihen und der Versöhnungsbereitschaft allgemein.

Besonders eine intrapsychische Versöhnung, die Versöhnung mit sich selbst, soll zur Überwindung eines psychischen Traumas maßgeblich beitragen. Vice versa könnte ein unüberwundenes psychisches Trauma die Bereitschaft zur Versöhnung negativ beeinflussen und Hass- und Rachegefühle verstärken. Studien zum Zusammenhang von psychischem Trauma und Versöhnung sind bisher selten. Es wurden zwar einige wenige Arbeiten zu psychischem Trauma und „Forgiveness“ veröffentlicht, doch nur zwei Studien zum Zusammenhang von erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen, psychopathologischen Auffälligkeiten und Versöhnung. Die Ergebnisse dieser Studien deuten jedoch darauf hin, dass je mehr potenziell traumatisierende Ereignisse erlebt wurden und je größer die psychopathologischen Auffälligkeiten waren, desto geringer war die Bereitschaft zur Versöhnung bzw. desto ausgeprägter waren Gefühle von Hass und der Wunsch nach Rache. Somit ist zu postulieren, dass ein unüberwundenes psychisches Trauma einem Versöhnungsprozess entgegensteht. Übertragen auf die Situation ehemaliger Kindersoldaten, die eine besonders vulnerable Gruppe zur Ausprägung eines psychischen Traumas, gleichzeitig aber auch geübt in der Anwendung von Gewalt sind, bekommt der festgestellte Zusammenhang eine besondere Tragweite. Ein unüberwundenes psychisches Trauma könnte den nachhaltigen Wiederaufbau der von Krieg und Gewalt zerstörten Gesellschaft besonders negativ beeinflussen.

4 Fragestellungen der Studie

Zwar konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass von Krieg und bewaffneten Konflikten betroffene Kinder sehr häufig psychisch traumatisierenden Situationen ausgesetzt sind und unter psychopathologischen Auffälligkeiten leiden, doch gibt es erst eine Studie (Derluyn et al., 2004), in der dieser Zusammenhang bei ehemaligen Kindersoldaten untersucht wurde. Ob sich ein psychisches Trauma auf die Versöhnungsfähigkeit und die Bereitschaft zur Versöhnung eines Individuums auswirkt bzw. ob Versöhnung einen Beitrag zur Überwindung eines psychischen Traumas leisten kann, ist, wie im Abschnitt 3 dieser Arbeit gezeigt, gleichermaßen wenig untersucht. Diese Frage ist aber von großer Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass eine gelungene psychische und soziale Rehabilitation ehemaliger Kindersoldaten einen großen Einfluss auf den Friedensprozess nach einem die zivile Gesellschaft in ihren Grundzügen erschütternden bewaffneten Konflikt hat.

4.1 Fragen und Hypothesen

In der vorliegenden Studie stehen daher folgende vier Fragen mit den dazugehörigen Hypothesen im Mittelpunkt der Untersuchung:

I. Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure) und PTSD

Wie wirkt sich der Missbrauch von Kindern als Soldaten auf die Prävalenz⁸ von PTSD aus?

H 1 Die untersuchten ehemaligen Kindersoldaten zeigen im Vergleich zu Kindern aus Stichproben vom Krieg betroffener Kinder, die keine Kindersoldaten waren, eine höhere Prävalenz für PTSD.

⁸ Anmerkung: In dieser Studie, genau wie auch in den in Abschnitt 3.2.8. vorgestellten Studien, wurden PTSD-Symptome mit Hilfe von Fragebögen gemessen. Genau genommen ist es nur möglich, durch ein klinisches Interview die Diagnose einer PTSD zu stellen. Der Begriff Prävalenz wird zwar in der Literatur häufig auch bei durch Fragebögen ermittelten „PTSD-Diagnosen“ verwendet, doch müsste genau genommen von „Zustimmungshäufigkeit zu PTSD-Symptomen oberhalb eines Cut-Off-Wertes, der sehr hoch mit einer durch ein klinisches Interview festgestellten PTSD-Diagnose korreliert“, gesprochen werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit, Einfachheit und im Einklang mit der Literatur wird auch in dieser Arbeit der Begriff „Prävalenz“ synonym für Zustimmungshäufigkeiten zu PTSD-Symptomen oberhalb des Cut-Off-Wertes verwendet. Gleiches gilt für den Begriff Prävalenz von Depressionen.

H 2 Je größer die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse, desto größer ist die Summe der PTSD-Symptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

H 3 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konfliktes glaubten, verhungern oder verdursten zu müssen, oder so krank waren, dass sie glaubten, sterben zu müssen, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht glaubten, sterben zu müssen.

H 4 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konfliktes verletzt wurden, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht verletzt wurden.

II. PTSD und komorbide Depressionen

In welchem Zusammenhang stehen Depressionssymptome mit PTSD-Symptomen bei ehemaligen Kindersoldaten?

H 5 Je größer die Summe der PTSD-Symptome, desto größer ist die Summe der Depressionssymptome bei den untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

III. Psychopathologie und soziodemografische Einflussfaktoren:

In welchem Zusammenhang stehen bestimmte soziodemografische Größen mit der Auftrenshäufigkeit von PTSD- und Depressionssymptomen?

H 6 Kinder, die in einem Alter zwischen 7 und 12 Jahren als Kindersoldaten in einer bewaffneten Gruppe gedient haben und den damit verbundenen potenziell traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren, zeigen mehr PTSD-Symptome als Kinder, die in einem Alter jünger 7 oder älter 12 Jahren als Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen waren.

H 7 Die Dauer des Missbrauchs der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten korreliert positiv mit dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik.

H 8 Ehemalige weibliche Kindersoldaten zeigen bei vergleichbarem Ausmaß an erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen mehr PTSD- und Depressionssymptome.

IV. PTSD, Depressionen, Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch:

In welchem Zusammenhang stehen das Ausmaß der PTSD-Symptomatik und Depressionssymptomatik mit der Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch?

H 9 Je größer die Summe der vorhandenen PTSD-Symptome bzw. Depressionssymptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten, desto größer ist ihr Rachewunsch und desto geringer ist ihre Versöhnungsbereitschaft.

H 10 Ehemalige Kindersoldaten, die Symptomsummenwerte im PTSD- (Depressions-) Fragebogen erreichen, die größer oder gleich dem Cut-Off-Wert für eine hohe Korrelation mit einer klinisch gestellten PTSD- (Depressions-) Diagnose sind, zeigen einen signifikant größeren Rachewunsch und eine signifikant geringere Versöhnungsbereitschaft als Kinder, deren PTSD-Symptomsummenwerte kleiner als der Cut-Off-Wert sind.

4.2 Operationalisierung

Zur Operationalisierung der einzelnen Hypothesen wurden nach Möglichkeit international vergleichbare und transkulturell validierte Instrumente eingesetzt, die im Folgenden kurz benannt und im Kapitel Methodik ausführlich dargestellt werden.

- PTSD-Symptomatik und Prävalenz – gemessen anhand des Scores des Childhood PTSD Reaction Index (Steinberg et al., 2004)
- Depressionssymptomatik und Prävalenz – gemessen anhand des Scores der Depression Self-Rating Scale for Children (Birlleson, 1981)
- Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure) – gemessen anhand des Summenscores des Exposure-Fragebogens
- Eigene Verwundung – gemessen anhand Item 8 des Exposure-Fragebogens
- Geglaubt, sterben zu müssen – gemessen anhand der Items 2 und 4 des Exposure-Fragebogens
- Versöhnungsbereitschaft – gemessen anhand des Scores des Versöhnungsbereitschaftsfragebogens (Adam, 2006)
- Rachewunsch – gemessen anhand des Scores des Rachewunschfragebogens (Adam, 2006)
- Soziodemografische Einflussfaktoren – gemessen anhand des jeweiligen Items aus dem Fragebogen zu soziodemografischen Daten.

5 Methodik

Im folgenden Kapitel wird auf die Wahl des Forschungsdesigns, Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung, die damit verbundenen Schwierigkeiten sowie die benutzten Messinstrumente eingegangen.

5.1 Wahl des Forschungsdesigns

In der vorliegenden Untersuchung galt es eine möglichst große Zahl ehemaliger Kindersoldaten mit international häufig angewendeten und transkulturell validierten Instrumenten zu untersuchen. Zudem sollten die eingesetzten Instrumente möglichst standardisiert sein und eine Vergleichbarkeit mit Ergebnissen anderer Studien zulassen. Daher wurde zu Beantwortung der Fragen dieser Studie ein quantitatives Querschnittsdesign gewählt. Die Daten sollten hierbei mittels Fragebögen gewonnen werden. Dass es sich hierbei um ein quasiexperimentelles Design handelt, ergibt sich aus der Natur der Stichprobe. Auf eine anfangs erwogene Untersuchung einer Kontrollgruppe wurde aus mehreren Gründen verzichtet. Zum einen ist für die Beantwortung der Frage nach der Bedeutung verschiedener Einflussgrößen auf psychopathologische Auffälligkeiten eine Kontrollgruppe nicht unbedingt erforderlich. Zum anderen gibt es bereits Vergleichsdaten aus anderen Konflikten mit von bewaffneten Auseinandersetzungen betroffenen Kindern, die keine Kindersoldaten waren. Sicherlich wäre ein direkter Vergleich von ehemaligen Kindersoldaten mit Kindern, die denselben Konflikt nicht als Kindersoldaten erlebt haben, trotz allem sehr interessant gewesen. Eine methodisch korrekte Untersuchung einer Kontrollgruppe hätte jedoch einen unter den gegebenen Umständen kaum zu bewältigenden Aufwand bedeutet. Dieser Mehraufwand hätte in keinem Verhältnis zu dem zusätzlichen Informationsgewinn gestanden, so dass auf die Untersuchung einer Kontrollgruppe verzichtet wurde.

5.2 Vorbereitung der Studie

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (Unicef) und die Hilfsorganisation World Vision betreiben in Norduganda (World Vision) und im Osten der D.R. Kongo (Unicef) Übergangszentren für ehemalige Kindersoldaten. In diesen Zentren finden ehemalige Kindersoldaten, nachdem sie die bewaffneten Gruppen verlassen haben, eine erste Zufluchtsstätte. Hier erhalten die Kinder Essen, Kleidung, medizinische und psychologische Betreuung. Während des Aufenthalts sind Unterricht, Spiel und Sport Baustein der Betreuung. Durchschnittlich sollen die Kinder drei Monate in den Zentren verbringen. Sollte es nach dieser Zeit nicht gelungen sein, eine Familie oder Pflegefamilie zu finden, oder sollte eine weitere intensive medizinische und psychologische Betreuung notwendig sein, bleiben die Kinder in Einzelfällen auch deutlich länger in den Übergangszentren. Ehemalige Kindersoldaten werden in Uganda hauptsächlich von der nationalen ugandischen Armee (UPDF) in die Obhut der Hilfsorganisation übergeben. Die Kinder konnten entweder von den Rebellen fliehen und haben sich der

UPDF gestellt oder sind von dieser während Kämpfen gefangen genommen worden. Bevor die Kinder allerdings ins Übergangszentrum gebracht werden, werden sie einige Tage von der UPDF verhört. Strafrechtliche Folgen drohen den ehemaligen Kindersoldaten nicht, denn es gilt in Uganda seit 1999 eine Amnestie (Amnesty International, 2003) für ehemalige LRA-Kämpfer. In der D.R. Kongo werden die Kinder von den verschiedenen Milizen und Rebellen Gruppen meist direkt, zum Teil im Rahmen von offiziellen Demobilisierungsprogrammen, Unicef-Vertretern übergeben, die sie dann zu den Übergangszentren bringen.

Im November 2004 wurde Kontakt mit Unicef und World Vision Deutschland mit der Bitte aufgenommen, die geplante Untersuchung in den Auffangzentren in Uganda und im Kongo durchzuführen. Nachdem die Organisationen ein generelles Interesse an der Studie bekundet hatten, wurde ihnen in persönlichen Gesprächen das Projekt detailliert vorgestellt. Nachdem auch die Länderbüros in Uganda und im Kongo sowie die Leiter der Übergangszentren ihr Interesse und Einverständnis an der Durchführung der Studie gegeben hatten, wurde eine Kooperation vereinbart. Dies beinhaltete, dass vonseiten der Kinderhilfsorganisationen dem Autor logistische Unterstützung, wie Zugang zu den Kinderzentren, Bereitstellung eines Übersetzers sowie Nutzung der Infrastruktur der Organisationen, in den Gastländern gewährt wurde. Im Gegenzug sollten die Ergebnisse der Arbeit sowie bei der Studie gesammelte Text- und Fotomaterialien den kooperierenden Organisationen zur medialen Verwertung zugänglich gemacht werden. Eine finanzielle Unterstützung zur Durchführung der Forschungsarbeit durch Unicef und World Vision war nicht möglich. Die Finanzierung der Studie konnte durch ein Promotionsstipendium der Werner-Otto-Stiftung gesichert werden. Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt (Referenznummer 2671).

Unmittelbar vor Beginn der Studiendurchführung, im Mai 2005, musste das Projekt in Uganda den örtlichen Regierungsvertretern in Gulu, Uganda vorgestellt werden. Nachdem es gelang, anfängliche Bedenken zu zerstreuen, wurde die Studiendurchführung formlos genehmigt. Die Entrichtung einer Gebühr war nicht erforderlich und zu keiner Zeit Gegenstand der Diskussion. In der D.R. Kongo, in der es zum Zeitpunkt der Datenerhebung ohnehin kaum eine öffentliche Verwaltung gab, bedurfte die Studie nicht der Genehmigung durch staatliche Stellen.

5.3 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Mai bis August 2005 in Gulu (Norduganda, Provinz Gulu) in Kooperation mit World Vision und in Goma und Bukavu (Ostkongo, Provinzen Nord- und Südkivu) in Kooperation mit Unicef statt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich in den einzelnen Übergangszentren zwischen 44 und 159 ehemalige Kindersoldaten. Das Übergangszentrum in Gulu/Uganda wurde bereits 1995 gegründet und hat seitdem insgesamt etwa 10 000 ehemaligen Kindersoldaten eine erst Zufluchtsstätte geboten. Die Zentren

in der D.R. Kongo bestanden zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen erst wenigen Monaten und bis zu 4 Jahre. Dementsprechend lag auch die Zahl der bis dahin dort insgesamt aufgenommenen ehemaligen Kindersoldaten mit knapp 1000 Kindern in dem am längsten bestehenden Zentrum deutlich niedriger.

Bevor der Verfasser der Arbeit mit den eigentlichen fragebogenbasierten Interviews begann, wurde probiert, zumindest in Ansätzen ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern aufzubauen. Dies begann mit einer Vorstellung den Kindern gegenüber durch Mitarbeiter der Zentren. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass der Autor, anders als manche anderen Besucher und Journalisten, auch in den folgenden Tagen und Wochen anwesend sein würde. Ferner wurde darauf geachtet, dass genügend Zeit für gemeinsames Fußballspielen, Malen und andere spielerische Aktivitäten blieb. Ein häufiges gemeinsames Mittagessen mit den Kindern und ihren Betreuern war selbstverständlich.

Während der Datenerhebung wurden die Kinder jeweils einzeln befragt. Die Fragebögen, die in die Muttersprache der Kinder, Luo (Uganda) und Swahili (D.R. Kongo), übersetzt vorlagen, wurden den Kindern von einem Betreuer in Anwesenheit des Autors vorgelesen. Die Betreuer der Kinder (sog. „Counsellors“ in Uganda bzw. „Encadreur“ in der D.R. Kongo), die zusammen mit dem Autor die Interviews durchführten und dolmetschten, hatten Muttersprachenkenntnisse in Luo und Englisch (Uganda) bzw. in Swahili und Französisch (D.R. Kongo). Die Betreuer waren überwiegend studierte Sozialarbeiter und Pädagogen. Die Fragebögen wurde vor den Interviews mit den Betreuern diskutiert. Es wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass es aus methodischen Gründen sehr wichtig sei, jedes Item genau in seinem Wortlaut vorzulesen und nur bei Verständnisschwierigkeiten der Kinder einzelne Items mit eigenen Worten zu erklären. Darüber hinaus wurden die Betreuer mit dem PTSD- Konzept vertraut gemacht.

Zu Beginn des Interviews mit den Kindern stellte sich der Autor noch einmal vor und erläuterte das Ziel der Befragung, insbesondere, dass es darum gehe, etwas über die Erlebnisse, Gefühle und psychische Befindlichkeit der ehemaligen Kindersoldaten zu erfahren. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme an der Befragung rein freiwillig sei, keine materielle Gegenleistung für die Teilnahme am Interview erfolgt und das Interview jederzeit unterbrochen werden könne. Darüber hinaus wurde den Kindern mitgeteilt, dass ihnen kein Nachteil in irgendeiner Weise entstünde, sollten sie sich gegen eine Teilnahme am Interview entscheiden oder es vorzeitig abbrechen wollen. Außerdem wurde den Kindern gesagt, dass sie jederzeit Fragen, wozu auch immer, stellen könnten. Dies taten einige Kinder auch gerne, so dass der Interviewer erst einmal zum Befragten wurde. Darüber hinaus wurde versichert, dass die gesammelten Daten absolut vertraulich behandelt würden und durch ein System der Codierung anonymisiert seien. Viel Wert wurde auf die genaue Erklärung der unterschiedlich skalierten Antwortmöglichkeiten gelegt. Wenn nötig, wurde dies anhand von Beispielen erläutert. Abschließend wurde noch einmal nachgefragt, ob auch alles verstanden

worden sei und weitere Fragen beständen. Verständnisfragen während des Interviews wurden umgehend beantwortet. Außerdem fragten der teilnehmende Betreuer und der Autor nach, wenn diese den Eindruck hatten, dass es Verständnisprobleme gab. Am Ende des Interviews wurde den Kindern noch einmal für ihre Teilnahme gedankt und sie darauf hingewiesen, dass auch nach dem Interview ein Betreuer oder auch der Verfasser für Fragen zur Verfügung stünden.

Die Interviews fanden in einem Raum oder an einer Stelle der Übergangszentren statt, wo die Privatsphäre und Ungestörtheit gewährt waren. Ein Interview dauerte zwischen 30 und 90 Minuten, im Mittel etwa 60 Minuten.

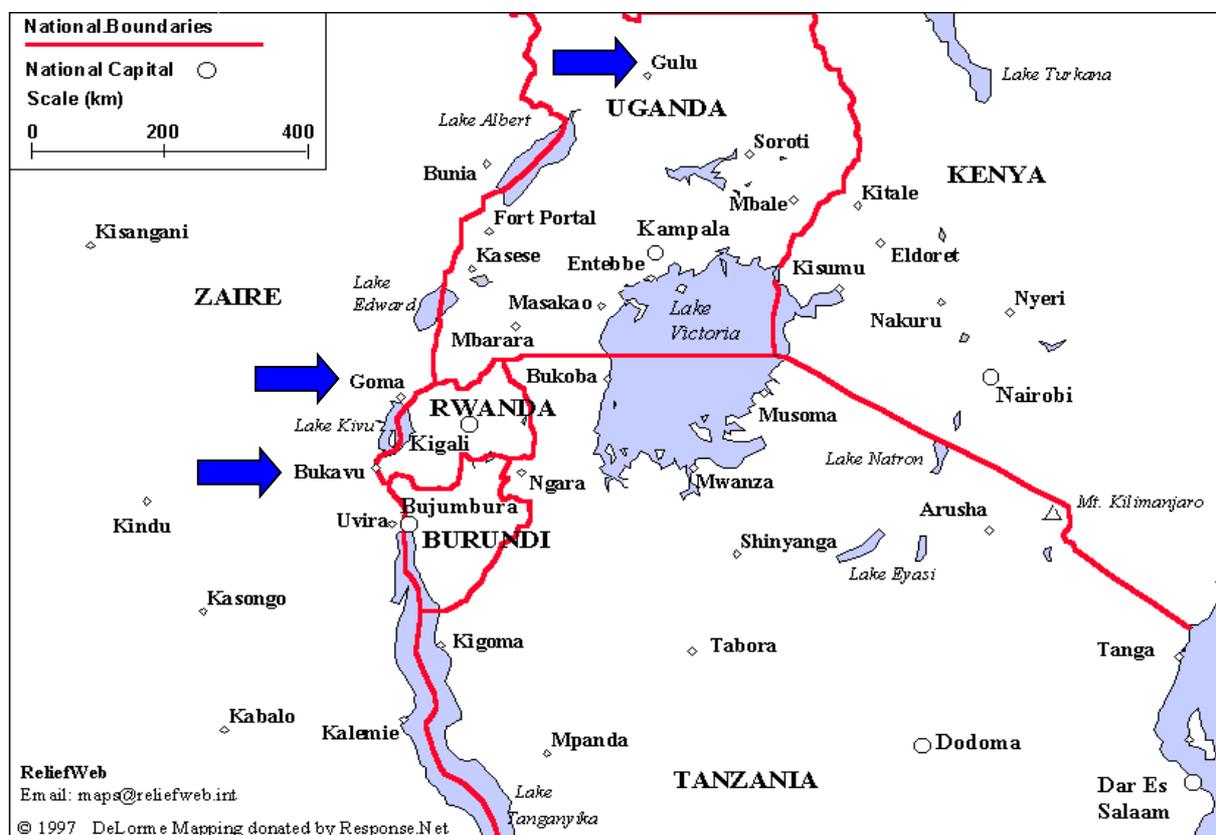


Abbildung 6: Karte – Region der Afrikanischen Großen Seen (Orte der Datenerhebung mit blauen Pfeilen markiert).

Quelle: [http://www.reliefweb.int/mapc/afr_east/gl_reg/reg.html]. 20.01.2007.

5.4 Schwierigkeiten bei der Durchführung

Zunächst einmal bleibt festzustellen, dass es viel weniger Schwierigkeiten bei der Durchführung der Studie gab als im Vorfeld befürchtet. Insbesondere waren die ehemaligen Kindersoldaten sehr viel offener, interessierter und viel zugänglicher als angenommen. Ehemalige Kindersoldaten aus wissenschaftlichem Interesse heraus zu befragen, weckt die Befürchtung, die Befragung könnte frühere Erfahrungen reaktualisieren und dadurch selbst erneut

traumatisierend wirken. Auch wenn die Forschung zu diesem Thema noch in den Kinderschuhen steckt, zeigen die bisher zu diesem Thema durchgeführten Studien, dass Kinder Befragungen zu traumatischen Erlebnissen überwiegend als positiv erleben (Dyregrov et al., 2000; Kassam-Adams und Newman, 2002; Schönhöfer et al., 2005). Auch während der Datenerhebung für die vorliegende Studie wurden keine negativen Auswirkungen der Befragung auf die Kinder beobachtet. Die Kinder hatten meist großes Interesse und eine bemerkenswerte Ausdauer und Geduld bei der Beantwortung der Fragen. Aber auch die Betreuer der Kinder, für die die Durchführung der Studie eine deutliche Mehrarbeit bedeutete, kooperierten überwiegend gerne. Wiederholt äußerten sie, dass die Fragebögen auch ihnen geholfen hätten, mehr über die Kinder zu erfahren.

Das größte Problem während der Untersuchung war die Sprachbarriere. Da nur wenige Kinder Englisch- bzw. Französischkenntnisse hatten, war eine freie Konversation, abseits der strukturierten Fragebogeninterviews, nicht einfach.

Die benötigte Gesamtdauer für die Durchführung eines Interviews war teilweise grenzwertig lang. Eine anfangs erwogene Einbeziehung von Fragebögen zu weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten wurde daher nicht umgesetzt.

Die Sicherheitslage vor Ort war insbesondere in der D.R. Kongo problematisch. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde der Osten der D.R. Kongo von der Rassemblement Congolais pour la Démocratie-Goma („Kongolesische Vereinigung für Demokratie-Goma“) bzw. RCD-Goma – früher eine Rebellenbewegung, heute eine politische Partei und Mitglied der kongolesischen Übergangsregierung – beherrscht. Immer wieder kam und kommt es in den ländlichen Gebieten zu Kämpfen zwischen rivalisierenden bewaffneten Gruppen und zu Massakern an der Zivilbevölkerung. Die Fahrten zwischen den Orten der Datenerhebung, Goma und Bukavu, konnten daher nur zusammen und unter dem Schutz von Unicef-Mitarbeitern unternommen werden. Auch in den Orten der Datenerhebung war die Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt. So war eine Fortbewegung offiziell nur mit Fahrzeugen der Organisation und nicht zu Fuß oder mit lokalen Verkehrsmitteln gestattet. Nach Zusammenstößen von rivalisierenden Armeegruppen am nationalen Unabhängigkeitstag im Stadtzentrum von Goma wurde die Datenerhebung für einige Tage unterbrochen. Ein weiteres Mal musste die Datenerhebung in Goma unterbrochen werden, nachdem ehemalige Kindersoldaten in einem Übergangszentrum die gerade anwesenden Betreuer für einige Tage festhielten. Die Kinder verlangten eine sofortige Entlassung aus dem Zentrum und Überführung in ihre Heimatdörfer. In Gulu/Uganda war die Sicherheitslage wesentlich besser. Die Möglichkeit der freien Bewegung beschränkte sich jedoch auf das Stadtzentrum, da außerhalb des Ortes wiederholt Übergriffe der Rebellen der LRA stattfanden.

5.5 Stichprobenbildung

Die an der Studie teilnehmenden Kinder wurden mit Hilfe einer Namenliste der zum Zeitpunkt der Datenerhebung in dem jeweiligen Übergangszentren lebenden Kinder ausgewählt. Dabei wurde zunächst jedes zweite Kind auf dem Namensindex ausgewählt. Nach Befragung von 50% der in dem Übergangszentrum lebenden Kindern wurden weitere Studienteilnehmer wieder nach dem gleichen Prinzip bestimmt.

Neben der freiwilligen Zustimmung zur Teilnahme mussten die Kinder folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- Die Kinder mussten ehemalige Kindersoldaten nach der Definition der Cape Town Principles (Vereinte Nationen, 1997) sein (siehe zu den Cape Town Principles auch Abschnitt 3.1.2.).
- Die Kinder mussten zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einem der Übergangszentren leben.
- Die Teilnehmer durften zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht älter als 18 Jahre sein.
- Sie mussten eine der lokalen Sprachen, Luo in Uganda und Swahili im Ostkongo, sprechen.

Von den 276 Kindern, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung insgesamt in den Übergangszentren lebten, wurden 172 gefragt, an der Studie teilzunehmen. Nur drei Kinder lehnten dies ab. Die Kinder mussten keine Gründe für die Ablehnung nennen. Mindestens 52% der in dem jeweiligen Übergangszentrum lebenden Kinder nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmerzahlen nach Übergangszentrum sind in Tabelle 5 dargestellt. Da alle Interviews einzeln durchgeführt wurden, konnte erfolgreich darauf geachtet werden, dass alle Items der Fragebögen beantwortet wurden. Ein Ersatz fehlender Werte war somit nicht erforderlich. Die Geschlechter- und Länderverteilung der Stichprobe ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 5: Teilnehmerzahlen nach Übergangszentren

	Uganda		D.R. Kongo		Gesamt
	Gulu		Goma	Bukavu	
Kinder im Übergangszentrum insgesamt n (%)	93 (100)		159 (100)	44 (100)	296 (100)
Studienteilnehmer n (%)	58 (62)		88 (55)	23 (52)	169 (100)
Gesamt n (%)	58 (62)		111 (55)		169 (57)

Tabelle 6: Geschlechter- und Länderverteilung der Stichprobe

	Uganda	D.R. Kongo	Gesamt
männlich n	35	106	141
weiblich n	23	5	28
Gesamt n	58	111	169

5.6 Messinstrumente

Die in dieser Studie verwendeten Fragebögen sind alle speziell für Kinder entwickelt und teilweise bereits in vielen verschiedenen Kulturen angewendet und validiert worden. Insgesamt bestand das für diese Arbeit zusammengestellte Fragebogenset aus fünf Teilen:

1. Soziodemographische Informationen (Eigenentwicklung)
2. Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Eigenentwicklung, basierend auf Fallberichten über erlebte potenziell traumatisierende Erlebnisse von Kindersoldaten und Fragebögen aus der Literatur [War Trauma Questionnaire (Smith et al., 2002), Exposure to War Trauma Questionnaire (Adam und Aßhauer, 2001), Traumatic Experiences Questionnaire (Derluyn et al., 2004)]).
3. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Childhood PTSD-Reaktion Index [CPTSD-RI] [Pynoos et al., 1987])
4. Depressionssymptome (Depression Self-Rating Scale for Children [Birleson, 1981])
5. Fragebögen zur Versöhnungsbereitschaft und zum Rachewunsch (Adam und Aßhauer, 2001)

Die Fragebögen zu PTSD, Depressionen, Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft und Teile des Bogens zu erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen sind auch in der Fragebogenzusammenstellung des „Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution“ (HQCWO) (Adam und Aßhauer, 2001) enthalten. Auf dem Deckblatt der in dieser Studie verwendeten Fragebögen war nochmals einer Kurzanleitung zum Ausfüllen der Bögen, zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zur Vertraulichkeit der gegebenen Antworten abgedruckt. Die Fragebögen sind im Anhang der Arbeit enthalten.

5.6.1 Soziodemographische Informationen

Der erste Abschnitt der Untersuchung enthält soziodemografische Fragen zu Geschlecht, Alter, Religion, Ethnie und Schulbildung. Außerdem sind in diesem Abschnitt Fragen zum

Eintrittsalter und der Aufenthaltsdauer bei den bewaffneten Gruppen sowie zum Zeitpunkt der Demobilisierung enthalten. Darüber hinaus wird gefragt, ob zum Zeitpunkt der Datenerhebung Kontakt mit der eigenen Familie bestand.

5.6.2 Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure)

Die Exposure-Skala dient zur Erfassung von erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen während des bewaffneten Konfliktes. Die selbst entwickelte Skala ist dabei so zusammengestellt, dass sie die spezielle Situation der Kindersoldaten während der Konflikte in Uganda und der D.R. Kongo berücksichtigt. Als Grundlage für die Erstellung der Skala dienten Berichte über Erlebnisse der Kindersoldaten (International Labour Organisation, 2003), Berichte von lokalen NGO-Mitarbeitern und bereits in anderen Studien mit Kindern im Krieg angewandte Fragebögen. Zu nennen sind der War Trauma Questionnaire (WTQ) (Smith et al., 2002) und der Exposure to War Questionnaire (Adam und Aßhauer, 2001). Der WTQ wurde bereits in verschiedenen Studien verwendet, so dass Vergleichsmöglichkeiten für die gewonnenen Daten bestehen. Weitere Items sind dem Traumatic Experiences Questionnaire (Derluyn et al., 2004) entnommen, der in einer Studie mit ehemaligen Kindersoldaten der LRA benutzt wurde. Von den insgesamt 17 Items des in der vorliegenden Arbeit verwendeten Exposure-Fragebogens stammen sechs aus dem WTQ (Smith et al., 2002) (Items Nr. 2, 6, 7, 8, 9, 10), drei aus dem Exposure to War Questionnaire (Adam und Aßhauer, 2001) (Items Nr. 3, 5, 14) und fünf Items aus dem Exposure Questionnaire von Derluyn et al. (Items Nr. 4, 11, 12, 13, 17). Hierzu kommen noch drei für die Situation in Uganda und der D.R. Kongo spezifische eigene Items (Items Nr. 1, 15, 16).

Der Exposure-Fragebogen der vorliegenden Arbeit ist dichotom, mit „Ja“/„Nein“-Antworten konstruiert, wobei „Ja“-Antworten mit 1 und „Nein“-Antworten mit 0 gewertet werden. Der mögliche Gesamtscore des Fragebogens liegt zwischen 0 und 17.

Für die Auswertung des Fragebogens ergab sich das Problem, in welcher Weise einzelne Items sinnvoll zu Subskalen gruppiert werden sollten. Es wurde daher versucht, wie in zahlreichen anderen Arbeiten (z.B. Kuterovac-Jagodic, 2003; Macksoud, 1992) mit Hilfe von statistischen Methoden eine Kategorisierung vorzunehmen. Eine durchgeführte Faktorenanalyse konnte jedoch keine klare Struktur innerhalb des Fragebogens aufdecken. Es wurde daher entschieden, einzelne Subskalen anhand von inhaltlichen und thematischen Gesichtspunkten zu bilden. Diese Methode wurde auch von den Autoren anderer Studien mit Exposure-Fragebögen angewandt (z.B. Allwood et al., 2002; Goldstein et al., 1997; Nader et al., 1993).

Für die inhaltliche Kategorisierung der Items spielten folgende Überlegungen eine Rolle: Handelte es sich um am eigenen Körper erfahrene Gewalt oder um das Zeuge-Werden von Gewalt? Wurde persönlich Gewalt angewendet? Handelte es sich um Erlebnisse, verbunden

mit dem Verlust oder Verwundung von anderen Menschen, oder um Erlebnisse, verbunden mit Vertreibung und materiellem Verlust? Demzufolge wurden fünf Kategorien gebildet: (1) Opfer von Gewalt, (2) Zeuge von Gewalt, (3) eigene Gewaltanwendung, (4) Verlust und Verwendung von Angehörigen und Freunden, (5) Vertreibung und materieller Verlust. Eine Übersicht über die genaue Kategorisierung der Items findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Subskalen des Exposure-Fragebogens

	Itemnr.	Anzahl
Opfer von Gewalt		7
Zwangsrekrutierung	1	
Geglaubt, zu verhungern oder zu verdursten	2	
So krank gewesen, dass geglaubt zu sterben	3	
Zu sexuellem Kontakt gezwungen	4	
Eigene Verwundung im Krieg	7	
Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe schwer geschlagen	11	
Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe mit dem Tod bedroht	15	
Zeuge von Gewalt		3
Zeuge von Schusswechseln oder Bombardierung aus nächster Nähe	6	
Zeuge von Verwundung oder Tod eines anderen Menschen	10	
Zeuge von Bestrafung eines anderen Kindes mit schwerer Verletzung oder Tod als Folge	16	
Eigene Gewaltanwendung (Täterschaft)		4
Selbst einen anderen Menschen getötet	12	
Häuser von Zivilisten geplündert und angezündet	13	
Selbst im Krieg gekämpft	14	
Gezwungen worden, andere Kinder zu bestrafen oder zu entführen	17	
Verlust und Verwundung von Angehörigen und Freunden		2
Familienmitglied oder Freund im Krieg verwundet	8	
Familienmitglied oder Freund im Krieg verloren	9	
Vertreibung und materieller Verlust		1
Eigenes Haus und Besitz geplündert	5	
Gesamtskala		17

5.6.3 Childhood PTSD Reaction Index (CPTSD-RI)

Der Childhood PTSD-Reaction Index (CPTSD-RI) (Pynoos et al., 1987) ist eines der im Bereich der Kinderpsychotraumatologie am längsten und häufigsten eingesetzte Screeninginstrument zur Erfassung von PTSD-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (Hawkins und Radcliffe, 2006). Unter anderen wurde das Instrument in Studien mit von bewaffneten Konflikten betroffenen Kindern in Bosnien, Mozambique, Kuwait, Israel, Libanon und weiteren Ländern benutzt (Allwood et al., 2002; Laor et al., 2001; Macksoud und Aber, 1996; Thabet und Vostanis, 1999).

Der CPTSD-RI fragt nach individuellen Reaktionen auf ein potenziell traumatisierendes Erlebnis. Die Items sind dabei so konstruiert, dass sie von Kindern ab einem Alter von etwa sechs Jahren verstanden werden können. Das Instrument kann als Interview oder als Fragebogen eingesetzt werden. Die erste Version des CPTSD-RI war noch dichotom konstruiert und enthielt 17 Items (Nader et al., 1990; Pynoos et al., 1987). Die hierauf folgenden und aktuell benutzten Versionen des CPTSD-RI enthalten 17, 20 bzw. 22 Items (z.B. Pynoos et al., 1993; Pynoos und Nader, 1988; Roussos et al., 2005; Steinberg et al., 2004). Zur Erfassung der Auftretenshäufigkeit der einzelnen Symptome während des letzten Monats wird eine 5-stufige Antwortskala verwendet: niemals, gewertet mit = 0; selten = 1; manchmal = 2; oft = 3; meistens = 4. Durch Summierung der einzelnen Itemwerte wird ein Gesamtscore errechnet. Von den 20 bzw. 22 Items Versionen des CPTSD-RI gehen jedoch nur die gleichen 17 Items in die Summierung ein, die auch die 17 Items umfassende Version des CPTSD-RI bilden. Die übrigen Items erfassen andere Symptome, die nicht den PTSD-Symptomkategorien zugeordnet werden. Der Gesamtscore der Skala liegt zwischen 0 und 68. In verschiedenen Stichproben konnte gezeigt werden, dass Summenscores größer oder gleich einem Cut-Off-Wert von 35 hoch mit einer klinisch festgestellten PTSD-Diagnose korrelieren (Brymer, 2001). Alternativ zur kategorialen Zuordnung anhand des Cut-Off-Wertes können die Summenwerte folgenden Schweregrade einer posttraumatischen Belastungsreaktion zugeordnet werden (Goenjian et al., 1995):

- Summenwert 12 bis 24: leichte posttraumatische Belastungsreaktion;
- Summenwert 25 bis 39: mittelschwere posttraumatische Belastungsreaktion;
- Summenwert 40 bis 59: schwere posttraumatische Belastungsreaktion;
- Summenwert > 59: sehr schwere posttraumatische Belastungsreaktion.

Darüber hinaus können mit der CPTSD-RI durch Gruppierung der einzelnen Items auch Subskalenwerte für die Symptomkategorien B, C und D einer PTSD nach DSM IV berechnet werden (Goenjian et al., 1994):

- Symptomkategorie B (Wiedererleben) : Items 2, 3, 5, 6, 16
- Symptomkategorie C (Vermeidung) : Items 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17

- Symptomkategorie D (Überregung) : Items 1, 4, 11, 12, 14

Eine Reihe von Studien belegt eine hohe interne Konsistenz des Screeninginstrumentes (z.B. Cronbach's Alpha = 0,78 [Nader und Fairbanks, 1994]). Für die vorliegende Stichprobe betrug die interne Konsistenz des CPTSD-RI für Cronbach's Alpha = 0,68. Die Summenwerte der CPTSD-RI-Gesamtskala und sämtlicher Subskalen zeigten bei der vorliegenden Stichprobe keine signifikante Abweichung von einer Normalverteilung (Überprüfung auf Normalverteilung mit Kolmogorov-Smirnov-Test).

5.6.4 Birmleson Depression Self-Rating Scale (DSRS)

Die Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS) wurde von Birmleson (1981) als Screeninginstrument zur Erfassung von depressiven Symptomen bei Kindern entwickelt. Das Instrument ist bis heute in zahlreichen Studien mit Kindern erfolgreich eingesetzt worden (z.B. Asarnow und Carlson, 1985; Firth und Chaplin, 1987; Robertson et al., 2006; Yule und Udwin, 1991). Der Test wird mittlerweile als ein reliables und valides Instrument zur Messung von Depressionen bei Kindern betrachtet.

Auch die DSRS kann als Interview oder selbst auszufüllender Fragebogen verwendet werden. Insgesamt umfasst die DSRS 18 Items, die von Kindern ab einem Alter von 7 Jahren verstanden werden können (Firth und Chaplin, 1987). Die 18 negativ und positiv gepolten Items sind als kindgerechte Aussagen zu spezifischen Situationen formuliert. Die Kinder sollen auf einer dreistufigen Antwortskala angeben, wie häufig die jeweilige Aussage innerhalb der letzten Woche auf sie zutraf (niemals, gewertet mit = 0, manchmal = 1, meistens = 2). Durch Summierung der einzelnen Itemwerte wird ein Gesamtscore (0–36) gebildet. In verschiedenen Studien wurden Cut-Off-Werte zwischen ≥ 11 und ≥ 15 als am höchsten korrelierend mit der klinischen Diagnose einer Depression vorgeschlagen (Asarnow und Carlson, 1985; Birmleson et al., 1987; Ivarsson et al., 1994; Robertson et al., 2006). In der vorliegenden Arbeit wurde ein mittlerer Cut-Off-Wert von ≥ 13 benutzt.

Das Screeninginstrument zeigte eine hohe Übereinstimmungsvalidität mit anderen Instrumenten zur Depressionsmessung, wie dem Child Depression Inventory ($r = 0,81$, $p < 0,001$) (Asarnow und Carlson, 1985) und dem Beck'schen Depressionsinventar ($r = 0,79$, $p < 0,01$) (Ivarsson et al., 1994). Auch die interne Konsistenz für Cronbach's Alpha des DSRS mit $\alpha = 0,73$ (Asarnow und Carlson, 1985) und $\alpha = 0,90$ (Ivarsson et al., 1994) ist gut. Für die vorliegende Stichprobe beträgt die interne Konsistenz des DSRS für Cronbach's Alpha = 0,71. Die Summenwerte der DSRS waren bei der vorliegenden Stichprobe normal verteilt (Überprüfung auf Normalverteilung mit Kolmogorov-Smirnov-Test).

5.6.5 Versöhnung: Rachewunsch- und Versöhnungsbereitschaftsfragebogen

In Abschnitt 3.3 wurde bereits ausführlich auf Versöhnung eingegangen. Es konnte gezeigt werden, dass Versöhnung ein hierarchischer Prozess ist, der auf intrapsychischer, interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene stattfindet. Dabei wird dieser Prozess maßgeblich positiv beeinflusst durch eine ausgeprägte intrapsychische Bereitschaft zur Versöhnung und negativ durch einen Wunsch nach Rache. Zur Erfassung von Versöhnungsbereitschaft bzw. der Einstellung zu Versöhnung und dem Rachewunsch wurden von Adam (2006) Fragebögen speziell für von Krieg und politischer Gewalt betroffene Kinder entwickelt.

Nach einer umfangreichen Literaturrecherche zu Versöhnung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen stellte Adam zunächst 49 Items zusammen. Diese Items bildeten den ursprünglichen „Versöhnungsfragebogen“. Aus Teilen dieses Bogens gingen später die in der vorliegenden Arbeit benutzten Fragebögen zu Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch hervor. Bei der Erstellung des ursprünglichen Fragebogens spielte auch das Konstrukt „Forgiveness“ eine wichtige Rolle. Einige Items des Fragebogens sind daher angelehnt an Items aus Skalen zur Messung von Forgiveness anderer Autoren (Freedman und Enright, 1996; Hargrave und Sells, 1997; McCullough et al., 1998). Keines der Items wurde jedoch direkt übernommen, sondern dem kindlichen Sprachgebrauch und dem Kontext von Krieg und politischer Gewalt angepasst. Alle Items sind in Form von Statements formuliert. Solche Statements eignen sich nach Bortz und Döring (2002) besonders gut zur Erkundung von Positionen, Meinungen und Einstellungen. Als Antwortmöglichkeiten sind „stimmt nicht“ (gewertet mit = 0) und „stimmt“ (= 1) vorgegeben. Hierdurch soll der Fragebogen auch für jüngere Kinder leicht zu bewältigen sein und eine Antworttendenz zur Mitte vermieden werden.

Die Instruktion zur Bearbeitung des Fragebogens lautet: „Bitte denke an die Person oder Personen, die Dir während des Krieges Böses getan haben. Es geht nun darum, was Du über diese Person(en) denkst und fühlst. Kreuze bitte für jede Aussage das Kästchen unter „stimmt nicht“ oder „stimmt“ an. Es gibt keine richtigen Antworten und keine falschen Antworten. Manchmal kann es sein, dass eine Aussage nicht so gut passt. Mache bitte trotzdem bei jeder Aussage ein Kreuz.“ Die Aufforderung, bei der Beantwortung des Fragebogens an eine bestimmte Person oder Personen zu denken, soll die Spezifität und Validität der Aussagen erhöhen.

Ein Pretest des Fragebogens wurde im Jahr 2001 bei einer Stichprobe mit 112 albanischen Kindern im Alter von 8 bis 15 Jahren in einer Dorfgrundschule im Kosovo durchgeführt (Österreicher, 2001). Die Kinder waren während des Kosovo-Krieges zusammen mit ihren Familien vor einem Angriff serbischer Milizen auf ihr Dorf, bei dem Menschen getötet und zahlreiche Gebäude zerstört wurden, geflohen. Die interne Konsistenz des Fragebogens war hoch und lag bei Cronbach's Alpha = 0,90.

In seiner Studie wendet Adam (2006) den Fragebogen bei einer Stichprobe von $n = 215$ in Hamburg lebenden Flüchtlingskindern in einem Alter zwischen 12 und 18 Jahren an. Die Kinder stammten aus Afghanistan, Bosnien und dem Kosovo und waren vor Krieg und politischer Gewalt aus ihren Heimatländern geflohen. Der Versöhnungsfragebogen wurde bei dieser Studie nochmals einer ausführlichen Itemanalyse und Faktorenanalyse unterzogen. Infolgedessen entstanden aus dem ursprünglichen Versöhnungsfragebogen vier einzelne Skalen zu verschiedenen Komponenten des Konstruktes Versöhnung: (1) Einstellung zur friedlichen Lösungssuche (9 Items); (2) Rachewunsch (8 Items); (3) Versöhnungsbereitschaft (8 Items) und (4) Vermeidungstendenz (8 Items). Die interne Konsistenz der vier neu gebildeten Skalen lag im Bereich von Cronbach's Alpha = 0,70 bis 0,80.

Da der Gesamtumfang der für die vorliegende Studie ausgewählten Fragebögen zu soziodemographischen Informationen, Exposure, PTSD und Depressionen bereits eine kritische Länge erreicht hatte, wurde auf die Anwendung aller vier Skalen zum Konstrukt Versöhnung verzichtet. Unter Berücksichtigung der durch die Literatur hervorgehobenen besonderen Bedeutung von Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch für den Prozess der Versöhnung sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Studie von Adam (2006) wurden die Skalen zu diesen beiden Komponenten von Versöhnung für die vorliegende Studie ausgewählt.

Die interne Konsistenz für die Skala zum Rachewunsch beträgt für die vorliegende Stichprobe Cronbach's Alpha = 0,87 bzw. $\alpha = 0,81$ für die Skala zur Versöhnungsbereitschaft. Bei der Testung auf Normalverteilung der Summenscores mit Kolmogorov-Smirnov zeigt sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung sowohl beim Rachewunsch- als auch beim Versöhnungsbereitschaftsfragebogen. Dies wurde bei der Anwendung und Auswahl statistischer Testverfahren für die Datenanalyse berücksichtigt.

5.7 Übersetzung der Messinstrumente

Die Messinstrumente wurden aus dem Englischen in Luo für die Stichprobe in Uganda und in Swahili für die Stichprobe in der D.R. Kongo übersetzt. Die Übersetzung in Luo wurde von einer studierten Luo-Sprachwissenschaftlerin, die Muttersprachlerin in Luo und Englisch ist, vorgenommen. Die Übersetzung der Messinstrumente in Swahili erfolgte durch zwei studierte Afrikanistinnen. Eine Prüfung der übersetzten Fragebögen auf Verständlichkeit und mögliche sprachliche Genauigkeit geschah vor Ort in Uganda und der D.R. Kongo durch die Betreuer der ehemaligen Kindersoldaten. Traten Unklarheiten auf, so wurden diese diskutiert und gegebenenfalls die Übersetzung angepasst.

5.8 Datenerfassung und statistische Auswertung

Die Erfassung und Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS 11.0 für Windows. Die Überprüfung auf Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (exakte Testung). Um Verteilungshäufigkeiten-, Rangsummen- beziehungsweise Mittelwertunterschiede zwischen einzelnen Gruppen bezüglich verschiedener Variablen zu analysieren, wurden der Chi-Quadrat-Test für nominale Variablen, der Mann-Whitney-U-Test für ordinal skalierte und metrische, nicht normal verteilte Variablen sowie der t-Test für metrische, normalverteilte Variablen verwendet. Zum Vergleich von mehr als zwei Gruppen wurde für normal verteilten Variablen eine einfaktorielle Anova, für nicht normal verteilten Variablen der H-Test nach Kruskal und Wallis durchgeführt. Korrelationen wurden bei normalverteilten Variablen mit Pearson's r und bei nicht normalverteilten Variablen mit Spearman's rho berechnet. Signifikanzen wurden, sofern nicht anders berichtet, zweiseitig getestet. Das Signifikanzniveau betrug für die statistischen Tests $\alpha = 0,05$. Zusätzlich zum Signifikanzniveau wurde die dem Verfahren entsprechende Effektstärke ex post bestimmt, um so die Korrelationskoeffizienten ihrer Größe nach zu klassifizieren und vergleichbar zu machen. Die Klassifikation der Effektstärken erfolgt in der vorliegenden Arbeit nach Cohen (1988) gemäß Tabelle 8.

Tabelle 8: Klassifikation der Effektstärken

Korrelationskoeffizient r bzw. rho	Effektgröße d (ES)	Klassifikation
$r < 0,12$	$d < 0,20$	kein substanzieller Effekt
$0,12 \leq r < 0,30$	$0,20 \leq d < 0,50$	kleiner Effekt
$0,30 \leq r < 0,46$	$0,50 \leq d < 0,80$	mittlerer Effekt
$0,46 \leq r$	$0,80 \leq d$	großer Effekt

Ferner wurden multiple lineare Regressionen zur Errechnung von Faktoren zur Vorhersagbarkeit von PTSD, Depressionen, Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch durchgeführt.

6 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Daten zunächst deskriptiv dargestellt und es wird über festgestellte, nicht hypothesenbasierte Gruppenunterschiede (Gruppen: Geschlecht, Land) berichtet. Anschließend werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung dargestellt. Teilweise werden über die Hypothesenprüfung hinausgehende, im Zuge der Datenanalyse gefundene interessante Effekte und Ergebnisse, zu denen keine theoretischen Vorüberlegungen angestellt wurden, berichtet. Dies beinhaltet u.a. eine Übersicht der Korrelationen ausgesuchter Variablen und die Darstellung von Regressionsanalysen zur Ermittlung möglicher Prädiktoren für PTSD, Depressionen, Versöhnungsbereitschaft und den Rachewunsch.

6.1 Deskriptive Ergebnisdarstellung

Die deskriptive Ergebnisdarstellung beginnt mit den soziodemografischen Variablen, gefolgt von den erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen. Anschließend werden die Ergebnisse der Fragebögen zu den psychopathologischen Auffälligkeiten (PTSD, Depressionen) und dem Versöhnungsbereitschafts- und dem Rachewunschfragebogen berichtet.

6.1.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 169 ehemalige Kindersoldaten im Alter zwischen 11 und 18 Jahren untersucht (\bar{X} 15,3 Jahre). 58 der Untersuchten stammten aus Uganda und 111 aus der D.R. Kongo. 141 der ehemaligen Kindersoldaten waren männlich und 28 weiblich. Die Kinder traten in einem Durchschnittsalter von 12,1 Jahren in die bewaffnete Gruppe ein und dienten dort im Mittel für 3,2 Jahre. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die ehemaligen Kindersoldaten im Durchschnitt seit erst 2,3 Monaten nicht mehr bei den bewaffneten Gruppen. 23,7% der befragten ehemaligen Kindersoldaten sind niemals zur Schule gegangen. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 59,2% der Kinder Kontakt zu ihrer Familie.

In Tabelle 9 sind die soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe mit Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten (M), Standardabweichungen (SD) sowie, wenn vorhanden, erreichte Minimal- und Maximalwerte angegeben.

Tabelle 9: Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe

Geschlecht <i>n (%)</i>		
männlich	141 (83,4)	
weiblich	28 (16,6)	
Land <i>n (%)</i>		
Uganda	58 (34,3)	
D.R. Kongo	111 (65,7)	
Alter zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Jahren <i>M (SD)</i>	15,3 (1,6)	Min. – Max. = 11 – 18
Alter bei Eintritt in die bewaffneten Gruppen in Jahren <i>M (SD)</i>	12,1 (2,0)	Min. – Max. = 5 – 17
Zeit bei den bewaffneten Gruppen in Monaten <i>M (SD)</i>	38,3 (24,1)	Min. – Max. = 1 – 96
Dauer seit Demobilisierung in Monaten <i>M (SD)</i>	2,3 (2,4)	Min. – Max. = 13 – 18
Religion <i>n (%)</i>		
Christentum	163 (96,4)	
Islam	3 (1,8)	
Sonstige	3 (1,8)	
Schulbildung <i>n (%)</i>		
keine Schulausbildung	40 (23,7)	
Grundschulausbildung	125 (74)	
weiterführende Schulbildung	4 (2,3)	
Familienkontakt <i>n (%)</i>	100 (59,2)	

Bei einem Vergleich der Stichprobe nach Ländern (siehe auch Tabelle 10) fällt zunächst auf, dass in der insgesamt zahlenmäßig größeren Stichprobe aus der D.R. Kongo nur 4,5% der ehemaligen Kindersoldaten weiblich sind. In Uganda sind dies hingegen 39,7%. Dieser Geschlechterunterschied entspricht etwa auch der augenscheinlichen Geschlechterverteilung, wie sie in den Übergangslagern zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestand, steht aber im krassen Gegensatz zu einem geschätzten Anteil von 30% weiblicher Kindersoldaten an der Gesamtheit der Kindersoldaten in der D.R. Kongo (Unicef, 2006). Ferner waren die Kinder in Uganda zum Zeitpunkt der Datenerhebung signifikant jünger (Altersmittelwert Jahre: 14,5 vs. 15,8, Mann-Whitney-U = 1756,00, $p < 0,001$) und erst etwas kürzer nicht mehr bei den Rebellen (Mittelwert Monate: 1,9 vs. 2,5, Mann-Whitney-U = 2498,50, $p < 0,05$). Im Mittel gehörten die ehemaligen Kindersoldaten in der D.R. Kongo 41,3 Monate den bewaffneten Grup-

pen an. Dies ist signifikant länger als in Uganda mit einem Mittelwert von 32,5 Monaten (Mann-Whitney-U = 2378,00, $p < 0,05$). Erwartungsgemäß unterscheidet sich das Bildungsniveau signifikant zugunsten der Kinder in Uganda ($\chi^2 = 20,05$, $p < 0,001$). Seit 1997 ist hier die Grundschulausbildung für die ersten vier Kinder einer Familie, abgesehen von Schulmaterialien, kostenfrei. Dies ist in der D.R. Kongo nicht der Fall. Darüber hinaus haben die Kinder in Uganda häufiger Kontakt zu ihren Familien (70,7% vs. 53,1%, $\chi^2 = 4,85$, $p < 0,05$). Alle weiteren populationsbeschreibenden soziodemografischen Variablen zeigten im Ländervergleich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 10: Soziodemographische Stichprobencharakteristik nach Ländern

	Land		Statistik*	p
	Uganda (n = 58)	D.R. Kongo (n = 111)		
Geschlecht <i>n (%)</i>				
männlich	35 (60,3)	106 (95,5)	$\chi^2 = 34,05$	< 0,001
weiblich	23 (39,7)	05 (04,5)		
Alter zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Jahren <i>M (SD)</i>	14,5 (1,8)	15,8 (1,3)	Mann-Whitney-U = 1756,00	< 0,001
Alter bei Eintritt in die bewaffnete Gruppe in Jahren <i>M (SD)</i>	11,7 (2,5)	12,2 (1,6)	t = -1,574	n.s.
Zeit bei den bewaffneten Gruppen in Monaten <i>M (SD)</i>	32,5 (27,6)	41,3 (21,5)	Mann-Whitney-U = 2378,00	< 0,05
Dauer seit Demobilisierung in Monaten <i>M (SD)</i>	1,9 (2)	2,5 (2,6)	Mann-Whitney-U = 2498,50	< 0,05
Religion <i>n (%)</i>				
Christentum	57 (98,3)	106 (95,5)	$\chi^2 = 1,60$	n.s.
Islam	1 (1,7)	2 (1,8)		
Sonstige	0 (0)	3 (2,7)		
Bildung <i>n (%)</i>				
keine Schulausbildung	3 (5,2)	37 (33,3)	$\chi^2 = 20,05$	< 0,001
Grundschulausbildung	55 (94,8)	70 (63,1)		
weiterführende Schulbildung	0 (0)	4 (3,6)		
Familienkontakt <i>n (%)</i>	41 (70,7)	59 (53,1)	$\chi^2 = 4,85$	< 0,05

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

In Tabelle 11 ist die ethnische Zugehörigkeit der untersuchten Stichprobe nach Ländern aufgeschlüsselt dargestellt. Die gewonnenen Daten zur ethnischen Zugehörigkeit spiegeln die Tatsache wider, dass in Norduganda fast alle Menschen der Volksgruppe der Acholi angehören. Im Osten der D.R. Kongo hingegen leben viele unterschiedliche ethnische Gruppen.

Tabelle 11: Häufigkeiten der Angehörigkeit zu verschiedenen ethnischen Gruppen nach Ländern

Ethnisch Gruppen <i>n</i> (%)	Uganda (n = 58)	D.R. Kongo (n = 111)
Acholi	54 (32,0)	
Hunde		21 (12,4)
Muhutu		49 (29,0)
Mushi-Kongo		18 (10,7)
Nande		10 (5,9)
Sonstige	4 (2,4)	13 (7,7)

In Tabelle 12 wird die Stichprobencharakteristik nach Geschlechtern verteilt wiedergegeben. Es bestanden keine signifikanten Geschlechterunterschiede für die erhobenen soziodemografischen Variablen.

Tabelle 12: Ausgewählte Stichprobencharakteristika nach Geschlecht

	Geschlecht		Statistik*	p
	männlich (n = 141)	weiblich (n = 28)		
Alter zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Jahren <i>M</i> (<i>SD</i>)	15,3 (1,6)	15,5 (1,7)	Mann-Whitney- U = 1860,50	n.s.
Alter bei Eintritt in die bewaffnete Gruppe in Jahren <i>M</i> (<i>SD</i>)	11,9 (1,9)	12,7 (2,4)	t = -1,96	n.s.
Zeit bei den bewaffneten Gruppen in Monaten <i>M</i> (<i>SD</i>)	39,3 (23,5)	33,2 (26,6)	Mann-Whitney- U = 1628,50	n.s.
Dauer seit Demobilisierung in Monaten <i>M</i> (<i>SD</i>)	2,4 (2,5)	1,9 (1,7)	Mann-Whitney- U = 1736,50	n.s.
Bildung <i>n</i> (%)				
keine Schulausbildung	38 (27,0)	2 (7,1)	$\chi^2 = 5,14$	n.s.
Grundschulausbildung	100 (70,9)	25 (89,3)		
weiterführende Schulbildung	3 (2,1)	1 (3,6)		

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

6.1.2 Potenziell traumatisierende Erlebnisse

Im Mittel erlebten die ehemaligen Kindersoldaten 11,33 von insgesamt 17 möglichen potenziell traumatisierenden Ereignissen. Zur weiteren deskriptiven Darstellung sind in Tabelle 13 Mittelwerte, Standardabweichungen sowie erreichte Minimal- und Maximalwerte der Summenscores des Exposure-Fragebogens und seiner Subskalen wiedergegeben.

Tabelle 13: Deskriptive Statistik des Exposure-Fragebogens (n = 169)

Subskalen	M (SD)	Min. – Max.
Opfer von Gewalt	4,17 (1,44)	0 – 7
Zeuge von Gewalt	2,51 (0,70)	0 – 3
Eigene Gewaltanwendung (Täterschaft)	2,37 (1,30)	0 – 4
Verlust und Verwundung von Angehörigen und Freunden	1,35 (0,80)	0 – 2
Vertreibung und materieller Verlust	0,92 (0,61)	0 – 1
Exposure Summenscore	11,33 (2,98)	3 – 17

In Tabelle 14 wird die Zustimmungshäufigkeit zu den Items des Exposure-Fragebogens, kategorisiert nach Subskalen, wiedergegeben. Die hohen Zustimmungsraten zu den einzelnen Items, die fast immer über 50% lagen, lassen das Ausmaß der von den Kindern erlebten Grausamkeiten erahnen. Von den 169 untersuchten ehemaligen Kindersoldaten wurden 157 (92,9%) Zeuge von Verwundung und Tod eines anderen Menschen und 116 (68,6%) Zeuge der Bestrafung eines Kindes mit schwerer Verwundung oder Todesfolge. Fast die Hälfte der Kinder wurde während des bewaffneten Konfliktes selbst verletzt (74, 43,8%). Viele Kinder verloren ein Familienmitglied oder einen Freund (120, 71,0%). Aktiv an Kampfhandlungen nahmen 124 (73,4%) der ehemaligen Kindersoldaten teil. 92 (54%) bejahten die Frage, ob sie selbst einen anderen Menschen getötet hätten.

Tabelle 14: Zustimmungshäufigkeit zu den Items des Exposure-Fragebogens (n = 169)

Nr.	Subskalen und Items	n (%)	
		Ja	Ja
Opfer von Gewalt			
1	Zwangsrekrutierung	109	64,5
2	Geglaubt, zu verhungern oder zu verdursten	106	62,7
3	So krank gewesen, dass geglaubt zu sterben	107	63,3
4	Zu sexuellem Kontakt gezwungen	47	27,8
7	Eigene Verwundung im Krieg	74	43,8
11	Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe schwer geschlagen	142	84,0
15	Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe mit dem Tod bedroht	119	70,4
Zeuge von Gewalt			
6	Zeuge von Schusswechseln oder Bombardierung aus nächster Nähe	157	92,9
10	Zeuge von Verwundung oder Tod eines anderen Menschen	152	86,9
16	Zeuge von Bestrafung eines anderen Kindes mit schwerer Verletzung oder Tod als Folge	116	68,6
Eigene Gewaltanwendung (Täterschaft)			
12	Selbst einen anderen Menschen getötet	92	54,4
13	Häuser von Zivilisten geplündert und angezündet	94	55,6
14	Selbst im Krieg gekämpft	124	73,4
17	Gezwungen worden, andere Kinder zu bestrafen oder zu entführen	91	53,8
Verlust und Verwundung von Angehörigen und Freunden			
8	Familienmitglied oder Freund im Krieg verwundet	108	63,9
9	Familienmitglied oder Freund im Krieg getötet	120	71,0
Vertreibung und materieller Verlust			
5	Eigenes Haus und Besitz geplündert	122	72,2

In Tabelle 15 sind die ermittelten signifikanten Unterschiede der Häufigkeitsverteilung der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse nach Ländern dargestellt. Hierbei fällt auf, dass in Uganda 100% (n = 58) der ehemaligen Kindersoldaten und in der D.R. Kongo nur 54,1% (n = 60) zwangsrekrutiert wurden. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass die Rebellenbewegung der LRA, in der sich alle in Uganda untersuchten ehemaligen Kindersoldaten befanden, so gut wie keinen Rückhalt in der Bevölkerung hatte und vor allem keine bessere Versorgung mit Lebensmitteln, Medikamenten usw. bieten konnte. Somit bestand kaum Anreiz, sich „freiwillig“ der Gruppe anzuschließen. Die mit der Zwangsrekrutierung verbundene

extrem repressive Struktur innerhalb der LRA zeigte sich auch daran, dass signifikant mehr ehemalige Kindersoldaten in Uganda von Mitgliedern der bewaffneten Truppe mit dem Tode bedroht und signifikant mehr Kinder schwer geschlagen wurden als untersuchte Kinder in der D.R. Kongo (96,6% vs. 63%, $\chi^2 = 28,96$, $p < 0,001$; 94,8% vs. 78,5%, $\chi^2 = 7,68$, $p < 0,05$). Dies soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in der D.R. Kongo Gewalt die gängige Methode ist, Kinder gefügig zu machen. Signifikant mehr Kinder in der D.R. Kongo als in Uganda verloren während des Konflikts ein Familienmitglied oder einen Freund (77,5% vs. 58,6%, $\chi^2 = 6,58$, $p < 0,05$). Zwischen den Mittelwerten der insgesamt erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse bestand kein signifikanter Länderunterschied.

Tabelle 15: Signifikante Unterschiede der Häufigkeitsverteilung von Exposure nach Ländern

Subskalen und Items	Land		Statistik*	p
	Uganda	D.R. Kongo		
	(n = 58) n Ja (%)	(n = 111) n Ja (%)		
Opfer von Gewalt <i>M (SD)</i>	4,81 (1,07)	3,83 (1,50)	Mann-Whitney- U = 1971,50	< 0,001
Zwangsrekrutierung	58 (100)	60 (54,1)	$\chi^2 = 48,61$	< 0,001
Geglaubt, zu verhungern o. zu verdursten	29 (50,0)	77 (69,4)	$\chi^2 = 6,11$	< 0,05
Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe schwer geschlagen	55 (94,8)	87 (78,4)	$\chi^2 = 7,68$	< 0,05
Von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe mit dem Tod bedroht	56 (96,6)	63 (56,8)	$\chi^2 = 28,96$	< 0,001
Zeuge von Gewalt (<i>M</i>) <i>SD</i>	2,64 (0,64)	2,45 (0,72)	Mann-Whitney- U = 2742,00	n.s.
Zeuge von Bestrafung eines anderen Kindes mit Verletzungs-/Todesfolge	46 (79,3)	70 (63,1)	$\chi^2 = 4,67$	< 0,05
Verlust und Verwundung von Angehörigen und Freunden (<i>M</i>) <i>SD</i>	1,16 (0,83)	1,45 (0,76)	Mann-Whitney- U = 2587,50	< 0,05
Familienmitglied oder Freund im Krieg getötet	34 (58,6)	86 (77,5)	$\chi^2 = 6,58$	< 0,05
Exposure Summenscore <i>M (SD)</i>	11,72 (2,72)	11,13 (3,69)	Mann-Whitney- U = 2887,50	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Aus Tabelle 16 lassen sich die Häufigkeitsverteilungen von Exposure nach Geschlecht entnehmen. Dargestellt sind nur solche Items, bei denen ein signifikanter Geschlechterunterschied bestand. Erwartungsgemäß wurden Mädchen häufiger zu sexuellem Kontakt gezwungen als Jungen (57,1% vs. 22%, $\chi^2 = 14,38$, $p < 0,001$). Ehemalige männliche Kindersoldaten gaben hingegen bei den meisten Items der Subskala „eigene Gewaltanwendung“ signifikant häufiger an, selbst gekämpft zu haben (81,6% vs. 32,1%, $\chi^2 = 29,20$, $p < 0,001$), einen anderen Menschen getötet (61,0% vs. 21,4%, $\chi^2 = 14,74$, $p < 0,001$) und Häuser von Zivilisten geplündert und angezündet zu haben (59,6% vs. 35,2%, $\chi^2 = 5,39$, $p < 0,05$). Es bestand jedoch kein signifikanter Geschlechtsunterschied beim Vergleich der Mittelwerte der Subskalen und des Exposure-Gesamtsummenscores.

Tabelle 16: (Signifikante) Unterschiede der Häufigkeitsverteilung von Exposure nach Geschlecht

Subskalen und Items	Geschlecht		Statistik*	p
	männlich	weiblich		
	(n = 141) n Ja (%)	(n = 28) n Ja (%)		
Opfer von Gewalt M (SD)	4,04 (1,46)	4,82 (1,19)	Mann-Whitney- U = 1381,50	< 0,05
Zu sexuellem Kontakt gezwungen	31 (22,0)	16 (57,1)	$\chi^2 = 14,38$	< 0,001
Eigene Gewaltanwendung M (SD)	2,58 (1,23)	1,32 (1,19)	Mann-Whitney- U = 936,50	< 0,001
Selbst einen anderen Menschen getötet	86 (61,0)	6 (21,4)	$\chi^2 = 14,74$	< 0,001
Häuser von Zivilisten geplündert und angezündet	84 (61,0)	10 (35,2)	$\chi^2 = 5,39$	< 0,05
Selbst gekämpft im Krieg	115 (81,6)	9 (32,1)	$\chi^2 = 29,20$	< 0,001
Exposure-Summenscore M (SD)	11,33 (3,15)	11,52 (2,51)	Mann-Whitney- U = 1968,00	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

6.1.3 PTSD und Depressionen

Bei der Auswertung der Fragebögen zu den untersuchten psychopathologischen Auffälligkeiten, PTSD und Depressionen, zeigten sich für beide Störungsbilder hohe Prävalenzen. 34,9% der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten erreichten einen Summenwert auf dem Childhood PTSD Reaction Index (CPTSD-RI), der über dem Cut-Off-Wert von 35 lag. Werte über 35 korrelieren stark mit der klinisch festgestellten Diagnose einer PTSD (Brymer, 2001). Ähnlich hohe Prävalenzen wurden auch für Depressionen festgestellt. 31,1% der Kinder erreichten auf der Depression Self rating Scale for Children (DSRS) Summenwerte größer oder gleich dem Cut-Off-Wert von 13, welcher auf eine klinisch relevante Depression hinweist (Robertson et al., 2006). Die einzelnen Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Minimal- und Maximalwerte der Summenscores des CPTSD-RI und der dazugehörigen Subskalen sowie des DSRS können Tabelle 17 entnommen werden.

Tabelle 17: Deskriptive Statistiken der Skalen zu PTSD, PTSD-Symptomkategorien und Depressionen (n = 169)

	M (SD)	Min. – Max.	% über Cut-Off
PTSD Gesamtsummenwert	29,02 (9,11)	9 – 51	34,9
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	9,19 (4,07)	0 – 18	n.a. *
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	10,47 (4,40)	0 – 22	n.a. *
PTSD Übererregung DSM Kriterium D	9,36 (3,44)	2 – 20	n.a. *
Depressionen Summenwert	10,59 (4,90)	0 – 24	33,1

* n.a. = keine Cut-Off-Werte vorhanden

Bei der Analyse der Mittelwerte der Summenscores des CPTSD-RI und seiner Subskalen konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede festgestellt werden. Anders bei der DSRS (Depressions-Skala), bei der Mädchen signifikant höhere Summenwerte erreichten. Es zeigten sich sowohl beim Vergleich der Mittelwerte der Summenscores als auch beim Vergleich der absoluten Häufigkeit derjenigen Individuen, die einen Summenscore erreichten, der über dem Cut-Off-Wert für eine klinisch relevante Depression liegt, signifikante Geschlechterunterschiede zuungunsten der Mädchen (10,22 vs. 12,46, $t = -2,224$, $p < 0,05$; 29,1% vs. 53,6%, $\chi^2 = 6,33$, $p < 0,05$). In Tabelle 18 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenscores sowie die absoluten Häufigkeiten der Summenscores über den jeweiligen Cut-Off-Werten, die eine klinisch relevante PTSD bzw. Depression anzeigen.

Tabelle 18: Deskriptive Statistiken der Skalen zu PTSD, PTSD-Symptomkategorien und Depressionen nach Geschlecht

	Geschlecht		Statistik*	p
	männlich (n = 141)	weiblich (n = 28)		
PTSD Gesamtsummenwert <i>M (SD)</i>	28,06 (8,82)	31,14 (10,35)	t = -1,215	n.s.
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B <i>M (SD)</i>	8,94 (4,01)	10,46 (4,01)	t = -1,773	n.s.
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C <i>M (SD)</i>	10,43 (4,39)	10,68 (4,50)	t = -0,265	n.s.
PTSD Übererregung DSM Kriterium D <i>M (SD)</i>	9,23 (3,44)	10,00 (3,41)	t = -1,084	n.s.
PTSD über Cut-Off <i>n (%)</i>	45 (31,9)	14 (50)	$\chi^2 = 3,36$	n.s.
Depressionen Summenwert <i>M (SD)</i>	10,22 (4,84)	12,46 (4,83)	t = -2,224	< 0,05
Depressionen über Cut-Off <i>n (%)</i>	41 (29,1)	15 (53,6)	$\chi^2 = 6,33$	< 0,05

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Im Ländervergleich zeigten sich keine Unterschiede für PTSD- bzw. PTSD-Subskalen- und Depressionssummenwerte.

6.1.4 Versöhnung: Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

In Tabelle 19 und 20 sind die absoluten und prozentualen Zustimmungshäufigkeiten zu den Items des Rachewunsch- und Versöhnungsbereitschaftsfragebogens wiedergegeben.

Tabelle 19: Zustimmungshäufigkeit zu den Items der Skala „Rachewunsch“ (n = 169)

Nr.	Item	n stimmt	% stimmt
1	Ich möchte, dass dem Gegner das Gleiche passiert.	38	22,5
5	Ich werde eines Tages mit dem Gegner abrechnen.	31	18,3
6	Ich habe das Recht, mich zu rächen.	31	18,3
13	Ich will, dass es dem Gegner schlecht geht.	30	17,8
7	Ich glaube, ich fühle mich besser, wenn ich mich gerächt habe.	29	17,2
10	Ich will, dass der Gegner tot ist.	27	16,0
11	Ich werde es dem Gegner eines Tages heimzahlen.	24	14,2
12	Es ist meine Pflicht, mich zu rächen.	18	10,7

Tabelle 20: Zustimmungshäufigkeit zu den Items der Skala „Versöhnungsbereitschaft“ (n = 169)

Nr.	Item	n stimmt	% Stimmt
16	Man sollte dem Feind vergeben.	155	91,7
8	Ich bin bereit, dem Gegner zu verzeihen.	149	88,2
3	Ich glaube, wir könnten irgendwann wieder normal miteinander reden.	145	85,8
14	Ich kann mit dem Gegner mitfühlen.	141	83,4
4	Ich bin zur Versöhnung mit dem Gegner bereit.	140	82,8
9	Ich glaube, die Probleme zwischen uns können wir lösen.	134	79,3
2	Auch der Gegner soll fair behandelt werden.	129	76,3
15	Ich glaube, der Gegner würde mich nicht mehr absichtlich verletzen.	120	71,0

Bei beiden Fragebögen zum Thema Versöhnung lagen die Mittelwerte der Summenscores nah an der minimal (Rachewunsch) bzw. maximal (Versöhnungsbereitschaft) zu erreichenden Punktzahl (vgl. Tabelle 21). Der Mittelwert der erreichten Summenscores der Rachewunschskala lag bei 1,35 (SD 2,18). Dies bedeutet, dass die untersuchten ehemaligen Kindersoldaten den verschiedenen Aussagen zu einem bestehenden Rachewunsch sehr häufig nicht zustimmten. Trotzdem reichte die Spannweite der erreichten Summenscores von 0 bis 8. Ein ähnliches Antwortverhalten zeigte sich bei der Skala für Versöhnungsbereitschaft. Hier stimmten die Kinder den Statements zu einer bestehenden individuellen Versöhnungsbereitschaft meist zu (M 6,95, SD 1,98). Jedoch gab es einige Kinder, die den Aussagen vollständig nicht zustimmten. Die Spannweite der erreichten Summenwerte reicht von 0 bis 8. Dementsprechend ergab sich für die Skalen Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft bei den Tests auf Normalverteilung eine Mittelwertverschiebung nach links (Rachewunsch) bzw. rechts (Versöhnungsbereitschaft). Bei Auswahl und Anwendung der statistischen Methoden wurde diese Abweichung von der Normalverteilung berücksichtigt.

Tabelle 21: Deskriptive Statistik zu den Skalen Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft

Skalen	M (SD)	Min. – Max.
Rachewunsch	1,35 (2,18)	0 – 8
Versöhnungsbereitschaft	6,59 (1,98)	0 – 8

In Tabelle 22 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenwerte des Rachewunsch- und Versöhnungsbereitschaftsfragebogens nach Geschlechtern getrennt aufgeführt. Hierbei fällt auf, dass die weiblichen ehemaligen Kindersoldaten signifikant seltener eine individuelle Versöhnungsbereitschaft bejahenden Aussagen zustimmen. Ein solcher Unterschied findet sich für den Rachewunsch nicht.

Tabelle 22: Deskriptive Statistik der Skalen Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft nach Geschlecht

	Geschlecht		Statistik*	p
	männlich (n = 141)	weiblich (n = 28)		
Rachewunsch <i>M (SD)</i>	1,31 (2,16)	1,54 (2,30)	Mann-Whitney- U = 1879,50	n.s.
Versöhnungsbereitschaft <i>M (SD)</i>	6,70 (1,98)	6,00 (1,89)	Mann-Whitney- U = 1396,50	< 0,05

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des angegebenen Rachewunsches und der Versöhnungsbereitschaft zwischen den einzelnen Ländern oder Ethnien (vgl. Tabellen 23 und 24).

Tabelle 23: Deskriptive Statistik der Skalen Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft nach Ländern

	Land		Statistik*	p
	Uganda (n = 58)	D.R. Kongo (n = 111)		
Rachewunsch <i>M (SD)</i>	1,00 (1,71)	1,53 (2,37)	Mann-Whitney- U = 2893,00	n.s.
Versöhnungsbereitschaft <i>M (SD)</i>	6,69 (1,30)	6,53 (2,26)	Mann-Whitney- U = 2844,00	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Tabelle 24: H-Test nach Kruskal und Wallis für Gruppenunterschiede bei Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft zwischen den ethnischen Gruppen

	Chi-Quadrat	Statistik*	p
Rachewunsch	8,49	df = 5	n.s.
Versöhnungsbereitschaft	8,15	df = 5	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

6.2 Hypothesenprüfung, Korrelationen und Regressionsanalysen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung, geordnet nach Fragekomplex und Hypothesennummer, berichtet. Dem schließt sich eine über die reine Hypothesenprüfung hinausgehende Darstellung weiterer Korrelationen einiger Hauptvariablen und Regressionsanalysen zur Ermittlung von Prädiktoren für PTSD, Depressionen, Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch an.

6.2.1 Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure) und PTSD

Fragekomplex: Wie wirkt sich der Missbrauch von Kindern als Soldaten auf die Prävalenz von PTSD aus?

H 1 Die untersuchten ehemaligen Kindersoldaten zeigen im Vergleich zu Kindern aus Stichproben vom Krieg betroffener Kinder, die keine Kindersoldaten waren, eine höhere Prävalenz für PTSD.

Die Prävalenz beziehungsweise der Anteil untersuchter ehemaliger Kindersoldaten, die einen Gesamtsummenwert für PTSD erreichten, der hoch mit einer klinischen Diagnose für eine PTSD korreliert, lag in der vorliegenden Studie bei 34,9%. Zum annäherungsweisen Vergleich und zur Einschätzung der festgestellten Prävalenz wurden andere Studien mit Kindern im Krieg herangezogen, in denen Prävalenzen für PTSD ebenfalls mit CPTSD-RI und mit vergleichbarem Cut-Off-Wert ermittelt wurden (vgl. Tab. 3). Es wurde nun der Mittelwert der in anderen Studien gefundenen Prävalenzen für klinisch relevante PTSD gebildet und, wie in Tabelle 25 dargestellt, mit dem Wert aus dieser Studie verglichen. Die Spannweite der festgestellten Prävalenzen in den für den Vergleich herangezogenen Studien reichte von > 4% (Hadi und Llabre, 1998) bis 56% (Thabet et al., 2002).

Tabelle 25: Prävalenzen für PTSD

	Eigene Studie	Andere Studien (Mittelwert)
PTSD Gesamtsummenwert über Cut-Off	34,9%	33,7%

Die gefundenen Werte sind nahezu identisch. Die Hypothese konnte dementsprechend nicht bestätigt werden. Der durchgeführte Vergleich hat jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft. Eine ausführliche Besprechung des Ergebnisses erfolgt im Diskussionsteil unter 7.2.

H 2 Je größer die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse, desto größer ist die Summe der PTSD-Symptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

Zur Prüfung dieser Hypothese wurde der PTSD-Gesamtsummenwert, die Summenwerte der PTSD-Subskalen Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung mit dem Summenwert der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse korreliert (Tab. 26).

Tabelle 26: Korrelation der Summenwerte von PTSD und der PTSD-Symptomsgruppen mit den Summenwerten der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse (Exposure)

n = 169	Summenwerte							
	PTSD Gesamt		Wiedererleben		Vermeidung		Übererregung	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Exposure	0,07	n.s.	0,07	n.s.	- 0,01	n.s.	0,10	n.s.

r = Pearson's Korrelationskoeffizient

Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Weder der PTSD-Gesamtsummenscore noch die Summenscores der einzelnen PTSD-Subskalen korrelierten mit dem Summenwert der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse. Somit steht dieses Ergebnis im Gegensatz zu den Ergebnissen vieler anderer Studien, in denen eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik und der Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse (Dosiseffekt) nachgewiesen werden konnte.

H 3 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konfliktes glaubten, verhungern oder verdursten zu müssen, oder so krank waren, dass sie glaubten, sterben zu müssen, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht glaubten, sterben zu müssen.

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Wie in Tabelle 27 zu sehen, zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik und erlebten Situationen, in denen die ehemaligen Kindersoldaten glaubten, sterben zu müssen.

Tabelle 27: Vergleich der PTSD-Summenwerte von Kindern, die Situationen erlebten, in denen sie glaubten, sterben zu müssen, mit denen von Kindern, die solche Situationen nicht erlebten.

	Geglaubt, sterben zu müssen		Statistik*	p
	ja (n = 134)	nein (n = 35)		
PTSD Gesamtsummenwert <i>M (SD)</i>	29,51 (8,86)	27,14 (9,91)	t = -1,38	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

H 4 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konflikts verletzt wurden, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht verletzt wurden.

Die Hypothese konnte, wie in Tabelle 28 zu sehen, nicht bestätigt werden. Kinder, die Verletzt wurden, zeigten kein höheres Ausmaß an PTSD-Symptomen als solche, die nicht verletzt wurden.

Tabelle 28: Vergleich der PTSD Summenwerte von Kindern die selbst während des Krieges verwundet wurden, mit denen von Kindern, die nicht verwundet wurden.

	Eigene Verwundung		Statistik*	p
	ja (n = 74)	nein (n = 95)		
PTSD Summenwert <i>M (SD)</i>	29,32 (9,40)	28,79 (8,91)	t = -0,37	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

In einer explorativ durchgeführten Prüfung auf Korrelation zeigte sich, dass auch keines der anderen einzelnen Exposure-Items mit dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik korrelierte.

6.2.2 PTSD und komorbide Depressionen

Fragekomplex: In welchem Zusammenhang stehen Depressionssymptome mit PTSD-Symptomen bei ehemaligen Kindersoldaten?

H 5 Je größer die Summe der PTSD-Symptome, desto größer ist die Summe der Depressionssymptome bei den untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

Die Hypothese konnte bestätigt werden. Es besteht eine deutlich signifikante Korrelation zwischen dem Ausmaß der PTSD- und Depressionssymptomatik ($r = 0,32$; $p < 0,001$). Dies entspricht einer mittleren Effektstärke nach Cohen (1988) Eine signifikante Korrelation findet sich ebenfalls für die PTSD-Subskalen Wiedererleben und Vermeidung mit Depressionen. Die PTSD-Subskala Übererregung weist keine Korrelation mit dem Ausmaß der Depressionssymptomatik auf (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Korrelation der Summenwerte von PTSD und der PTSD-Symptomsubgruppen mit den Depressions-Summenwerten

n = 169	Summenwerte							
	PTSD Gesamt		Wiedererleben		Vermeidung		Übererregung	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Depressionen (Summenwert)	0,32	< 0,001	0,30	< 0,001	0,279	< 0,001	0,15	n.s.

r = Pearson's Korrelationskoeffizient

Bei einer weitergehenden Analyse zur Komorbidität zeigte sich, dass 18,3% der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten Gesamtsummenwerte sowohl für PTSD als auch für Depressionen erreichten, die oberhalb der Cut-Off-Werte für eine klinisch signifikante PTSD und Depression lagen. 52,5% der Kinder mit klinisch relevanten PTSD-Symptomen wiesen gleichzeitig eine klinisch relevante Depression auf. Gesamtsummenwerte für klinisch relevante PTSD- und/oder Depressionssymptome zeigten 49,7% der Kinder (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Prävalenzen und Komorbidität von PTSD und Depressionen

	% über Cut-Off	n über Cut-Off
PTSD	34,9	59
Depressionen	33,1	56
PTSD und Depressionen	18,3	31
PTSD und/oder Depressionen	49,7	84

6.2.3 Psychopathologie und soziodemografische Einflussfaktoren

Fragekomplex: In welchem Zusammenhang stehen bestimmte soziodemografische Größen mit der Auftretenshäufigkeit von PTSD- und Depressionssymptomen?

H 6 Kinder, die in einem Alter zwischen 7 und 12 Jahren als Kindersoldaten in einer bewaffneten Gruppe gedient haben und den damit verbundenen potenziell traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren, zeigen mehr PTSD-Symptome als Kinder, die in einem Alter jünger 7 oder älter 12 Jahren als Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen waren.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich darüber hinaus keinerlei Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter, also dem vermuteten Beginn der kindersoldaten-spezifischen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse und der Ausprägung von PTSD (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Gruppenunterschiede Eintrittsalter zu PTSD-Summenwerten

	Alter bei Eintritt		Statistik*	p
	jünger 7, älter 12 Jahre (n = 70)	7–12 Jahre (n = 99)		
PTSD-Summenwert <i>M (SD)</i>	29,10 (8,48)	28,97 (9,56)	t = 0,91	n.s.

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

H 7 Die Dauer des Missbrauchs der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten korreliert positiv mit dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik.

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden, wie in Tabelle 32 zu sehen ist. Die Dauer des Missbrauchs der Kinder als Soldaten korreliert allerdings, wenig verwunderlich, positiv mit dem Summenwert der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 32: Korrelation PTSD-Summenwert mit der Dauer des Missbrauchs als Kindersoldat

n = 169	Dauer des Missbrauchs	
	r	p
PTSD-Summenwert	-0,09	n.s.

r = Pearson's Korrelationskoeffizient

H 8 Ehemalige weibliche Kindersoldaten zeigen bei vergleichbarem Ausmaß an erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen mehr PTSD- und Depressionssymptome.

Zur Untersuchung der Hypothese 8 wurde eine multivariate Kovarianzanalyse nach dem allgemeinen linearen Modell berechnet, wobei der Einfluss des Exposure – Summenwertes als Kovariate berücksichtigt wurde. Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Mädchen zeigten signifikant mehr Depressionssymptome als Jungen, bei vergleichbarem Ausmaß an erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen. Nicht gefunden werden konnte dieser Zusammenhang für PTSD-Symptome (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Vergleich des Ausmaßes der PTSD- und Depressions symptomatik nach Geschlecht, kontrolliert für das Ausmaß der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse

	df	F	Jungen N = 141 M (SE)	Mädchen N = 28 M (SE)	Statistik	p	η^2
PTSD	168	1,29	28,60 (0,76)	31,16 (1,72)	F = 1,29	n.s.	-
Depressionen	168	4,03	10,22 (0,41)	12,45 (0,91)	F = 4,03	< 0,05	0,05

6.2.4 PTSD (Depressionen), Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

Fragekomplex: In welchem Zusammenhang steht das Ausmaß der PTSD-Symptomatik und Depressionssymptomatik mit der Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch?

H 9 Je größer die Summe der vorhandenen PTSD-Symptome bzw. Depressionssymptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten, desto größer ist ihr Rachewunsch und desto geringer ist ihre Versöhnungsbereitschaft.

Diese Annahme konnte bestätigt werden: Je größer das Ausmaß der PTSD-Symptomatik, desto geringer ist die geäußerte Versöhnungsbereitschaft und desto größer ist ihr Rachewunsch (vgl. Tabelle 34).

Für den PTSD-Summenwert mit dem Ausmaß der geäußerten Versöhnungsbereitschaft wurde eine Korrelation von $r = -0,34$ und $p < 0,001$ festgestellt. Dies entspricht einem mittleren Effekt nach Cohen (1998). Ebenfalls ein mittlerer Effekt ergab sich für die Korrelation zwischen dem Summenwert der PTSD-Subskala Übererregung mit $r = -0,34$ und $p < 0,001$. Zumindest eine kleiner Effektstärke ergab sich jeweils für den Zusammenhang der Subska-

len Wiedererleben und Vermeidung mit Versöhnungsbereitschaft ($r = -0,27, p < 0,001$; $r = -0,21, p < 0,01$).

Auch die Korrelationen des PTSD Gesamtsummenwertes und der PTSD-Subskalen mit dem Summenwert der Rachewunschskala sind signifikant ($r = 0,29, p < 0,001$; Wiedererleben $r = 0,21, p < 0,001$; Vermeidung $r = 0,22, p < 0,005$; Übererregung $r = 0,27, p < 0,001$). Die r -Werte der Korrelationen sind etwas geringer als für die Korrelation PTSD – Versöhnungsbereitschaft, so dass hier eine leicht geringere Effektstärke angenommen werden muss.

Tabelle 34: Korrelation der Summenwerte von PTSD und der PTSD-Symptomsgruppen mit den Summenwerten der Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschskala

n = 169	Summenwerte							
	PTSD Gesamt		Wiedererleben		Vermeidung		Übererregung	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Versöhnungsbereitschaft	-0,34	< 0,001	-0,27	< 0,001	-0,21	< 0,01	-0,34	< 0,001
Rachewunsch	0,29	< 0,001	0,21	< 0,001	0,22	< 0,005	0,27	< 0,001

r = Spearman-Korrelationskoeffizient

Analog dem Zusammenhang zwischen PTSD und Versöhnungsbereitschaft bzw. Rachewunsch stellte sich der Zusammenhang Depressionen und Versöhnungsbereitschaft respektive Rachewunsch dar (Tabelle 35). Ehemalige Kindersoldaten, die in einem größeren Ausmaß an depressiven Symptomen leiden, zeigen eine signifikant geringere Versöhnungsbereitschaft und einen größeren Rachewunsch ($r = -0,16, p < 0,05$; $r = 0,22, p < 0,001$). Die Korrelation ist insgesamt geringer ausgeprägt als für den Zusammenhang zwischen PTSD und Versöhnungsbereitschaft respektive Rachewunsch.

Tabelle 35: Korrelation der Summenwerte des Depressionsfragebogens mit den Summenwerten der Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschskala

n = 169	Depressionen Gesamtsummenwert	
	r	p
Versöhnungsbereitschaft	-0,16	< 0,05
Rachewunsch	0,22	< 0,001

r = Spearman-Korrelationskoeffizient

H 10 Ehemalige Kindersoldaten, die Symptomsummenwerte im PTSD- (Depressions-) Fragebogen erreichen, die größer oder gleich dem Cut-Off-Wert für eine hohe Korrelation mit einer klinisch gestellten PTSD- (Depressions-) Diagnose sind, zeigen einen signifikant größeren Rachewunsch und eine signifikant geringere Versöhnungsbereitschaft als Kinder, deren PTSD-Symptomsummenwerte kleiner als der Cut-Off-Wert sind.

Entsprechend der vorhergehenden Korrelationshypothese wurde auch diese Unterschiedshypothese bestätigt (Tabellen 36 und 37).

Tabelle 36: Unterschiede Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft bei ehemaligen Kindersoldaten mit PTSD-Symptomsummenwert größer oder gleich/kleiner Cut-Off-Wert für PTSD Diagnose

	PTSD-Summenwert		Statistik*	p
	≥ Cut-Off (n = 59)	< Cut-Off (n = 110)		
Rachewunsch <i>M (SD)</i>	2,47 (2,75)	0,75 (1,49)	Mann-Whitney- U = 2032,50	< 0,001
Versöhnungsbereitschaft <i>M (SD)</i>	5,58 (2,46)	7,13 (1,40)	Mann-Whitney- U = 2092,00	< 0,001

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Tabelle 37: Unterschiede Rachewunsch und Versöhnungsbereitschaft bei ehemaligen Kindersoldaten mit PTSD-Symptomsummenwert größer oder gleich/kleiner Cut-Off-Wert für Depressionsdiagnose

	Depressionssummenwert		Statistik*	p
	≥ Cut-Off (n = 56)	< Cut-Off (n = 113)		
Rachewunsch <i>M (SD)</i>	2,07 (2,56)	0,99 (1,87)	Mann-Whitney- U = 2306,50	< 0,001
Versöhnungsbereitschaft <i>M (SD)</i>	6,04 (2,23)	6,86 (1,79)	Mann-Whitney- U = 2374,50	< 0,005

* Die Anwendung des entsprechenden statistischen Tests richtet sich nach dem Messniveau der Variablen und den Voraussetzungen für die Anwendbarkeit bestimmter Tests (z.B. Normalverteilung der Variablen beim t-Test für Mittelwertunterschiede).

Weitere Zusammenhänge: Bei Teilung der Stichprobe am Median für die zum Zeitpunkt der Datenerhebung vergangene Dauer seit der Demobilisierung (2 Monate) zeigte sich, dass die bereits länger demobilisierten Kinder eine größere Versöhnungsbereitschaft, aber keinen geringeren Rachewunsch besaßen (Mann Whitney U-Test: 2773,00; p = 0,01 und 3318,00; p =

0,49). Ebenso fand sich bei Kindern, die länger als 2 Monate demobilisiert waren, ein geringerer Zusammenhang zwischen PTSD-Symptomwerten und geringer Versöhnungsbereitschaft, als bei Kindern, die erst kürzer demobilisiert waren ($r = -0,15$, $p = 0,20$ vs. $r = -0,48$, $p < 0,001$). Der Zusammenhang zwischen PTSD-Symptomwerten und der Ausprägung des Rachewunsches bei Kindern, die länger, bzw. kürzer als 2 Monate demobilisiert waren, unterschied sich jedoch nur gering ($r = 0,28$, $p = 0,02$ vs. $r = 0,30$, $p = 0,03$).

6.2.5 Übersicht Korrelationen ausgewählter Variablen

In Tabelle 38 ist eine Übersicht über die Korrelationen ausgewählter Variablen dargestellt. Die meisten der festgestellten Korrelationen sind bereits während der obenstehenden Hypothesenprüfung erwähnt worden. Zu ergänzen sind noch folgende Zusammenhänge: Je älter die ehemaligen Kindersoldaten bei Eintritt in die bewaffneten Truppen waren und je kürzer die Zeit bei den bewaffneten Gruppen, desto größer ist das Ausmaß an Depressionssymptomatik ($r = 0,20$, $p < 0,01$; $r = -0,15$, $p < 0,05$).

Tabelle 38: Übersicht der Korrelationen ausgesuchter Variablen

Spearman Correlation Coefficients							
	Alter bei Eintritt in bewaffnete Gruppe	Zeit bei den bewaffneten Gruppen	Dauer seit Demobilisierung	Exposure	PTSD-Summenwert	Depressionen Summenwert	Versöhnungsbereitschaft
Zeit bei den bewaffneten Gruppen	-0,64**						
Dauer seit Demobilisierung	0,10	0,07					
Exposure	-0,25**	0,39**	0,13				
PTSD-Summenscore	0,06	-0,09	-0,13	0,07			
Depressionen Summenscore	0,20**	-0,15*	-0,01	0,13	0,34**		
Versöhnungsbereitschaft	00,00	0,04	0,12	-0,04	-0,34**	-0,16*	
Rachewunsch	-0,06	0,05	-0,09	0,05	0,29**	0,22**	-0,54**

n = 169, 2-seitige Testung, ** p < 0,01, * p < 0,05

6.3 Prädiktoren für Symptomwerte, Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

Zur Untersuchung, welche Variablen das Ausmaß von PTSD-Symptomen und Depressionssymptomen vorhersagen können, und zur Analyse, ob und in welchem Maße bestimmte Variablen Prädiktoren für das individuelle Ausmaß der Versöhnungsbereitschaft und des Rachewunsches sind, wurden verschiedene Regressionsanalysen durchgeführt. Neben der einfachen linearen Regression wurden schrittweise multiple lineare Regressionen durchgeführt. Die gewonnenen Ergebnisse sind nicht hypothesenbasiert und dienen rein explorativen Zwecken. Die Anzahl der in eine multiple lineare Regressionsanalyse einzubeziehenden unabhängigen Variablen hängt von der Größe der jeweiligen Stichprobe ab. In der Literatur werden Werte von acht unabhängigen Variablen bei einem Stichprobenumfang von 50 angegeben (Newton und Rundestam, 1999), was etwa 27 unabhängigen Variablen bei der Stichprobengröße der vorliegenden Arbeit entspräche. Andere Autoren gehen von sehr viel weniger sinnvoll einzubeziehenden Variablen aus. So geben Tabachnik und Fidell (2001) ein Verhältnis von einer unabhängigen Variablen bei einer Stichprobengröße von 40 an. In der vorliegenden Arbeit wurde ein Mittelweg gewählt. Maximal zehn unabhängige Variablen wurden in die Regressionsanalyse einbezogen (vgl. Tabelle 41). Nicht mit einbezogen wurden die einzelnen Exposure-Variablen. Auf eine weitergehende Prüfung, ob die einzelnen unabhängigen Variablen bestimmte statistische Merkmale erfüllen, die von einigen Autoren als notwendig für die Verwendung in einer multiplen linearen Regression erachtet werden, wurde aufgrund des explorativen Charakters der Analyse verzichtet.

Zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen PTSD und Depressionen mit der Versöhnungsbereitschaft und dem Rachewunsch zeigte sich in einer einfachen linearen Regression teilweise eine deutliche Varianzaufklärung (Tabellen 39 und 40). So klärt der Versöhnungsbereitschaftswert 11% und der Rachewunschwert 10% der Varianz für PTSD auf. Geringer ist der Beitrag des Rachewunsches mit 4% und der Versöhnungsbereitschaft mit 1,5% für die Varianzaufklärung des Depressionswertes. In diesem Fall ist keine Richtungsangabe, welche Variable welche vorhersagt, möglich. Beide im Regressionsmodell angenommene Variablen sind abhängige Variablen. Die statistische Regression trifft so nur die generelle Aussage eines Zusammenhanges, nicht aber, welche Variable welcher voraussagt.

Tabelle 39: Einfache lineare Regression mit der abhängigen Variable PTSD-Summenwert und jeweils mit den Einflussvariablen Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

Einflussvariable	r	r-Quadrat	korrigiertes r-Quadrat	Statistik	p	Beta
Versöhnungs- bereitschaft	0,342	0,117	0,111	F = 22,06	< 0,001	-0,342
Rachewunsch	0,324	0,105	0,100	F = 19,57	< 0,001	0,324

Tabelle 40: Einfache lineare Regression mit der abhängigen Variable Depressionssummenwert und jeweils mit den Einflussvariablen Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

Einflussvariable	r	r-Quadrat	korrigiertes r-Quadrat	Statistik	p	Beta
Versöhnungs- bereitschaft	0,145	0,021	0,015	F = 3,61	n.s.	-0,145
Rachewunsch	0,215	0,046	0,040	F = 8,06	< 0,01	0,215

Die einfache lineare Regression zwischen den einzelnen psychischen Störungen PTSD und Depressionen ergab eine Varianzaufklärung von 9,9% (Tabelle 41). Auch in diesem Modell sind beide Variablen abhängige Variablen. Eine Richtungsangabe, welche Variable welche voraussagt, ist nicht möglich.

Tabelle 41: Einfache lineare Regression mit der abhängigen Variable PTSD-Summenwert und der Einflussvariablen Depressionssummenwert

Einflussvariable	r	r-Quadrat	korrigiertes r-Quadrat	Statistik	p	Beta
Depressionen Summenscore	0,324	0,105	0,099	F = 19,54	< 0,001	0,324

In Tabellen 42 sind die Ergebnisse einer multiplen linearen Regression zur Vorhersage von PTSD und Depressionen wiedergegeben. Durch die erfassten Variablen lassen sich PTSD und Depressionen zum Teil vorhersagen. Für PTSD leistet nur die Versöhnungsbereitschaft einen Beitrag zur Varianzaufklärung mit 11%. Alle anderen Variablen leisten keinen signifi-

kanten Beitrag zur Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen PTSD und wurden von der SPSS-Stepwise-Analyse automatisch ausgeschlossen.

Eine Varianzaufklärung von ebenfalls 11% leisten die erfassten Variablen für den Depressionssummenwert. Die Beta-Gewichtung der Regression gibt den Anteil eines Prädiktors an, der nicht mit den restlichen korreliert. Somit lässt sich durch Interpretation der standardisierten Koeffizienten Beta ableiten, dass der Summenwert von Depressionen umso höher ist, je älter die Kinder beim Eintritt in die bewaffnete Gruppe waren, je größer der Rachewunsch ausgeprägt ist und je mehr potenziell traumatisierende Ereignisse die ehemaligen Kindersoldaten erlebt haben. Zu beachten ist wieder, dass ein Richtungszusammenhang zwischen Versöhnungsbereitschaft/Rachewunsch und PTSD/Depressionen nicht besteht, da alle Variablen abhängig sind.

Tabelle 42: Multiple lineare Regression mit den abhängigen Variablen PTSD-Summenwert und Depressionssummenwert

Modell	PTSD	Depressionen
r	0,342	0,363
r-Quadrat	0,117	0,132
korrigiertes r-Quadrat (erklärte Varianz)	0,111	0,116
Statistik	F = 22,06***	F = 8,35***
	Beta	Beta
Land	-	-
Geschlecht	-	-
Alter	-	-
Schulbildung	-	-
Alter bei Eintritt in die bewaffnete Gruppe	-	0,270***
Zeit bei den bewaffneten Gruppen	-	-
Dauer seit Demobilisierung	-	-
Exposure Summenwert	-	0,197**
Versöhnungsbereitschaft	-0,342***	
Rachewunsch	-	0,222***

Bei Zellen mit fehlendem standardisierten Beta-Koeffizienten leisten die Variablen keinen signifikanten Beitrag zur Regressionsanalyse und wurden von der SPSS-Stepwise-Procedure automatisch ausgeschlossen.
* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Bei der Durchführung der multiplen linearen Regression zur Erfassung von Variablen, die die Versöhnungsbereitschaft und den Rachewunsch vorhersagen, werden von der SPSS-Stepwise-Procedure alle Variablen bis auf den PTSD-Symptomsummenwert automatisch ausgeschlossen. Die Ergebnisse der multiplen linearen Regression entsprechen somit den Ergebnissen der einfachen linearen Regression aus Tabelle 38. Schließt man die Variablen PTSD- und Depressionssummenwert nicht mit in die multiple lineare Regression ein, werden sämtliche Variablen von der SPSS-Stepwise-Procedure automatisch ausgeschlossen, da ihr Beitrag zur Varianzaufklärung zu gering ist.

6.3.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 169 ehemalige Kindersoldaten untersucht, davon waren 141 männlich und 28 weiblich; 58 Kinder stammten aus Uganda und 111 aus der D.R. Kongo. Das Durchschnittsalter der Kinder zum Zeitpunkt der Datenerhebung lag bei 15,3 Jahren, zum Zeitpunkt des Eintritts in die bewaffneten Gruppen bei 12,1 Jahren. Im Schnitt dienten die Kinder 3,2 Jahre als Soldaten. 23,7% der befragten Kindersoldaten sind niemals zur Schule gegangen.

Während ihrer Zeit bei den bewaffneten Gruppen erlebten die Kinder eine Vielzahl von potenziell traumatisierenden Ereignissen. Das Ausmaß der erlebten Grausamkeiten lässt sich höchstens ansatzweise erahnen. Etwa ein Drittel der ehemaligen Kindersoldaten erreichte auf den Skalen für PTSD-Symptome und Depressionssymptome einen Gesamtsummenwert, der sehr hoch mit der klinisch festgestellten Diagnose einer PTSD und Depression korreliert. Insgesamt litt fast die Hälfte der ehemaligen Kindersoldaten unter klinisch relevanten PTSD- und/oder Depressionssymptomen. Je größer das Ausmaß der PTSD-Symptome (Depressionssymptome) der Kinder war, desto geringer war ihre in der Studie festgestellte Versöhnungsbereitschaft und desto größer ihr Rachewunsch ausgeprägt. Das Ausmaß der Versöhnungsbereitschaft und des Rachewunsches klären jeweils einen deutlichen Teil der Varianz von PTSD und vice versa auf.

Es wurde noch eine Reihe weiterer interessanter Ergebnisse, betreffend z.B. Länder- oder geschlechtsspezifische Gruppenunterschiede und Korrelationen, im Zuge der Datenanalyse festgestellt. Im folgenden Abschnitt werden diese und die Ergebnisse der Hypothesenprüfung ausführlich diskutiert und ihre Bedeutung erörtert.

7 Diskussion

In diesem Abschnitt werden zunächst die gefundenen deskriptiven Daten diskutiert. Dem schließt sich die Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung an. Soweit relevant, werden darüber hinaus Erkenntnisse aus den Regressionsanalysen und aus weiteren Korrelationsprüfungen mit einbezogen. Hiernach folgt die Kritik an der Methodik und der Durchführung der vorliegenden Studie, um dann zusammenfassende Schlussfolgerungen aus den Hauptergebnissen zu ziehen und Forschungsausblicke zu geben.

7.1 Diskussion der deskriptiven Datenauswertung

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 169 ehemalige Kindersoldaten aus Uganda und der D.R. Kongo untersucht. Somit umfasst diese Untersuchung die größte Stichprobe verglichen mit den bisher veröffentlichten Studien zu psychischem Trauma und PTSD bei ehemaligen Kindersoldaten (Derluyn et al., 2004, n = 71; Kanagaratnam et al., 2005, n = 20).

7.1.1 Diskussion soziodemografischer Daten

Das Geschlechterverhältnis in der vorliegenden Studie ist ungleich verteilt. Nur 28 (16,6%) der Untersuchten waren Kindersoldatinnen. Besonders groß war dieses Geschlechterungleichgewicht in der D.R. Kongo mit n = 5 (4,5%) untersuchten weiblichen ehemaligen Kindersoldaten und geringer in Uganda n = 23 (39,7%). Die Geschlechterverteilung der Studie entsprach in etwa der in den jeweiligen Rehabilitations- und Übergangszentren, in denen die Untersuchung stattfand. Während der Anteil weiblicher ehemaliger Kindersoldaten von knapp 40% auch in etwa der geschätzten Rate aller weiblichen Kindersoldaten in Uganda entsprach, war dies in der D.R. Kongo mit einem geschätzten Anteil von 30% weiblichen Kindersoldaten nicht der Fall (Unicef, 2006). Gerade in der D.R. Kongo sind viele weibliche Kindersoldaten nicht „sichtbar“ (Verhey, 2003). Sie dienen seltener als Kämpfer und häufiger als Sexsklaven, Köche, Träger etc. Kommt es zu einer Demobilisierungsaktion, werden die Mädchen von den bewaffneten Gruppen vielfach einfach fortgeschickt oder als Familienmitglieder ausgegeben. So laufen die Anführer der bewaffneten Gruppen auch keine Gefahr, sich eventuell vor internationalen Organisationen, die die Demobilisierung beobachten, gegen Vorwürfe der Mädchen, vergewaltigt worden zu sein, rechtfertigen zu müssen. Im Konflikt in Uganda gab es bisher noch kein Demobilisierungsprogramm. Die ehemaligen Kindersoldaten sind entweder bei Gefechten mit der ugandischen Armee gefangen genommen worden oder konnten von den Rebellen fliehen. Ob dies der Grund für die zahlenmäßig größere Aufnahme weiblicher Kindersoldaten in die Rehabilitations- und Übergangseinrichtung ist, kann nur vermutet werden.

Die untersuchten ehemaligen Kindersoldaten traten in Uganda im Durchschnitt mit 11,7 Jahren in die bewaffnete Gruppe ein und waren damit etwas jünger als die untersuchten Kinder

in der D.R. Kongo, die im Mittel mit 12,2 Jahren in die bewaffnete Gruppe eintraten. Dies deutet auf eine Besonderheit des Konfliktes in Uganda hin. Die Rebellenbewegung der LRA ist dafür bekannt, dass sie besonders häufig auch jüngere Kinder entführt, um diese auch ideologisch zu neuen Kämpfern zu erziehen (vgl. z.B. International Crisis Group, 2006a). Signifikant länger blieben die Kinder in der D.R. Kongo beim Militär (im Mittel 41,3 Monate gegenüber 32,5 Monate in Uganda). Dies mag damit zusammenhängen, dass alle Kinder in Uganda zwangsrekrutiert wurden und daher auch häufiger die Gelegenheit zur Flucht suchten und nutzten. Die Kinder in Uganda betrachten die Armee seltener als einen Zufluchtsort, der Schutz vor Übergriffen und Versorgung mit Nahrungsmitteln und Medikamenten gewährleisten kann.

Erwähnenswert ist noch, dass in Uganda signifikant mehr Kinder eine Schule besucht hatten. Dies mag, wie oben schon erwähnt, an der kostenlosen Grundschulausbildung exklusive Schulmaterial für die ersten vier Kinder einer Familie in Uganda liegen.

Immerhin 70,7% der ehemaligen Kindersoldaten in Uganda hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung Kontakt zu ihrer Familie, in der D.R. Kongo hingegen nur 53,1%. Zwar war fast die gesamte Bevölkerung Nordugandas aus ihren Dörfern vertrieben worden und lebte zur Zeit der Untersuchung in Flüchtlingslagern, doch wurden in diesen Lagern Listen mit den Bewohnern geführt und so war ein Wiederfinden Familienangehöriger leichter als in der D.R. Kongo. Dort gab es zwar keine Flüchtlingslager in vergleichbarem Ausmaße, dennoch waren Vertreibungen und Flucht häufig. Namensregister, die bei der Suche nach Angehörigen behilflich sein könnten, waren vielfach nicht vorhanden.

Die Tatsache, dass in der D.R. Kongo die untersuchten Kinder vielen unterschiedlichen Volksgruppen angehörten, spiegelt die Diversität der Ethnien in der Region wider. In Uganda hingegen gehören fast alle Bewohner des Nordens der Volksgruppe der Acholi an.

7.1.2 Diskussion der Analyse der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse (Exposure)

Die Resultate des Exposure-Fragebogens stimmten im Wesentlichen mit den erwarteten Ergebnissen überein. Hohe Zustimmungsraten zu fast allen Items auf sämtlichen Subskalen – Opfer von Gewalt, Zeuge von Gewalt, eigene Gewaltanwendung, Verlust und Verwundung von Angehörigen und Freunden, Vertreibung und materieller Verlust – belegen die vermutete extrem hohe Belastung der ehemaligen Kindersoldaten.

Bei genauer Betrachtung der festgestellten signifikanten Länderunterschiede einzelner Exposure-Items werden die Eigenarten der Konflikte in den beiden Ländern deutlich. In Uganda wurden 100% der untersuchten Kinder zwangsrekrutiert (54,1% in der D.R. Kongo). Die

ehemaligen Kindersoldaten in Uganda wurden zudem signifikant häufiger von Mitgliedern der bewaffneten Gruppe geschlagen ($p < 0,05$) oder mit dem Tod bedroht ($p < 0,001$) und außerdem signifikant häufiger Zeuge der Bestrafung eines Kindes mit Todesfolge oder schwerer Verletzung als Folge ($p < 0,05$). Die LRA in Uganda verwendete ein nicht in Worte zu fassendes System des Gefügigmachens und der Repression. Dies darf natürlich nicht zu dem Rückschluss führen, dass die Behandlung der Kinder in den bewaffneten Gruppen in der D.R. Kongo human sei – unermessliche Grausamkeiten lassen sich schwer vergleichen.

Es schlossen sich 45,9% der Kinder in der D.R. Kongo den Rebellen „freiwillig“ an. Dies lässt den Rückschluss zu, dass in der D.R. Kongo die „Push-Faktoren“ aus der zivilen Gesellschaft heraus in die bewaffneten Gruppen extrem stark waren. Vergleicht man die Situation, aus der die Kinder heraus rekrutiert wurden, so stellt man fest, dass in Uganda alle untersuchten Kinder aus ihren Dörfern oder Flüchtlingscamps heraus entführt wurden. Sowohl in den Dörfern als auch in den Flüchtlingscamps war eine Grundversorgung mit Lebensmitteln, entweder durch eigenen Anbau oder durch Hilfsorganisationen, meist gewährleistet. Im wenig zugänglichen Osten der D.R. Kongo war dies nicht der Fall. Hier waren die bewaffneten Gruppen besser mit Nahrungsmitteln, die sie von den Zivilisten erpressten oder plünderten, versorgt. Hinzu kommt, dass von Kriegsprofiteuren geschürte ethnische Rivalitäten einen weiteren Anreiz zum Anschluss an die bewaffnete Gruppe geboten haben könnten. Bei einem Vergleich der Summenwerte der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse beider Länder zeigen sich dennoch keine signifikanten Unterschiede (11,72 vs. 11,13).

Wie vor der Untersuchung angenommen und in der Literatur beschrieben (z.B. Singer, 2005), wenden die männlichen Kindersoldaten signifikant häufiger selbst Gewalt an ($p < 0,001$). Sie haben signifikant häufiger gekämpft ($p < 0,001$), einen Menschen umgebracht ($p < 0,001$) oder Häuser von Zivilisten geplündert ($p < 0,05$). Weibliche Kindersoldaten hingegen wurden häufiger zu sexuellen Kontakten gezwungen ($p < 0,001$). Dennoch, auch Mädchen haben selbst Gewalt angewendet und auch Jungen sind zu sexuellen Kontakten gezwungen worden. Keines der beschriebenen erlebten potenziell traumatischen Ereignisse ist ausschließlich Problem und Phänomen eines Geschlechts. Insgesamt besteht zwischen den Geschlechtern bei den untersuchten ehemaligen Kindersoldaten auch kein signifikanter Unterschied im Exposure-Summenwert (11,33 vs. 11,52).

Ein Vergleich des Ausmaßes der festgestellten Gewalterlebnisse mit denen aus anderen Studien mit Kindern im Krieg ist nur begrenzt möglich. Zwar benutzten einige andere Studien (z.B. Dyregrov et al., 2002; Macksoud, 1992; Smith et al., 2002) auch den War Trauma Questionnaire oder Items hieraus, doch wurden die Exposure-Fragebögen in den meisten Studien den jeweiligen Konflikteigenheiten angepasst, und so Items ergänzt und andere entfernt. Dies gilt auch für den in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Fragebogen. Bestimmte Fragen nach erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen werden jedoch in den meisten Studien verwendet, so dass zumindest zu explorativen Zwecken ein Vergleich

der Zustimmungshäufigkeiten der untersuchten Kinder zu den einzelnen Items möglich ist. Daher wurden die in der eigenen Studie festgestellten Zustimmungshäufigkeiten einiger häufig gebrauchter Exposure-Items den Zustimmungshäufigkeiten aus Studien mit Kindern im Krieg aus verschiedenen Erdteilen gegenübergestellt (Dyregrov et al., 2000; Macksoud, 1992; Smith et al., 2002; Somasundaram, 2002) (vgl. Tabelle 43). Berücksichtigt wurden hierbei nur solche Studien, die vier oder mehr gleiche Exposure-Items verwendeten.

Tabelle 43: Zustimmungshäufigkeiten zu verschiedenen Items erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse unterschiedlicher Untersuchungen

Ort Autor	Eigene Verwun- dung	Geglaubt, zu verhungern oder zu ver- dursten	Mit Tod bedroht worden	Zeuge von Tötung oder Ver- wundung	Zeuge von Schusswech- seln oder Bombardie- rungen aus nächster Nähe	Familienmit- glied oder Freund im Krieg verloren	Eigenes Haus oder Besitz ge- plündert worden
Eigene Studie	43,8%	62,7%	70,4%	89,9%	92,9%	71%	72,2%
<i>Studien mit Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien</i>							
Mostar/Bosnien Smith et al. (2002)	6%	41%	20%	24%	92%	52%	
<i>Studien mit Kindern aus dem Nahen und Mittleren Osten</i>							
Beirut/Libanon Macksoud, 1992	1%	54%			82%	21%	
<i>Studien mit Kindern aus Afrika</i>							
Ruanda Dyregrov et al. (2000)	12%		60%	69%	38%	78%	82%
<i>Studien mit Kindern aus anderen Teilen der Welt (Sri Lanka)</i>							
Sri Lanka Somasundaram (2002)	7%		25%			32%	

Anmerkung: Leere Felder bedeuten, dass keine Häufigkeiten für das entsprechende Exposure-Item in der jeweiligen Studie angegeben wurde.

Wie vermutet, waren die Zustimmungshäufigkeiten der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten zu ausgewählten Items fast durchweg höher als die Zustimmungshäufigkeiten der Kinder aus anderen Studien, die nicht als Soldaten an Konflikten beteiligt waren. Die im Abschnitt 3.2 erwähnte „extreme Traumatisierung“ ehemaliger Kindersoldaten im Vergleich zu anderen Gruppen bestätigt sich in dieser Untersuchung. So wurden 43,8% der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten selbst verwundet, maximal 12% (Dyregrov et al., 2000, Ruanda) waren es in anderen Studien. Auch glaubten die ehemaligen Kindersoldaten am häufigsten, zu verhungern oder zu verdursten (62%), oder wurden mit dem Tod bedroht (70,4%), Zeuge

von Tötung oder Verwundung (86,9%) oder Zeuge von Schusswechseln oder Bombardierungen aus nächster Nähe (92,9%). Ähnlich häufig wurden Kinder aus Ruanda während des Genozids mit dem Tod bedroht und Zeuge von Tötung oder Verwundung (60%, 69%). Noch häufiger als die in der vorliegenden Studie untersuchten ehemaligen Kindersoldaten verloren die Kinder aus Ruanda ein Familienmitglied oder einen Freund während des Krieges (71% vs. 78%) oder berichteten von der Plünderung des eigenen Hauses oder Besitzes (72,2% vs. 82%). Diese ausgewählten Exposure-Items lassen einen Rückschluss auf den Konfliktcharakter zu. In Ruanda, während des Völkermordes, waren Morde, Plünderungen und Todesdrohungen sehr häufig. Feuergefechte oder Bombardierungen hingegen seltener. In den Konflikten in Bosnien und im Libanon, geprägt unter anderem durch Bombardierungen und Häuserkampf, erlebten die untersuchten Kinder diese Ereignisse häufiger und stimmten den entsprechenden Items zu.

Betrachtet man die Studie von Derluyn et al. (2004) mit ehemaligen Kindersoldaten in Uganda, so waren hier die Zustimmungshäufigkeiten zu entsprechenden Exposure-Items (einen anderen Menschen getötet, gekämpft, geschlagen worden, geplündert) mit denen aus der vorliegenden Studie vergleichbar.

Ehemalige Kindersoldaten sind im Vergleich zu anderen Kindern im Krieg, die nicht aktiv an Kampfhandlungen teilnahmen, bezogen auf die in der Tabelle 43 verglichenen Erlebnisse, einem noch höheren Ausmaß an potenziell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt.

7.1.3 Diskussion der Analyse des Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschfragebogens

Allgemein fiel bei der Auswertung der Ergebnisse des Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschfragebogens eine geringe Zustimmungshäufigkeit zu Rachegedanken bejahenden Aussagen (10,7–22,5%) und eine hohe zu den Items, die eine Versöhnungsbereitschaft bejahen (71–91,7%), auf. Dies bedeutet, dass je nach Item des Fragebogens nur 22,5% der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten einen Rachewunsch bejahen und nur maximal 29% ein Versöhnungsbereitschaft bejahendes Item verneinen. Daher ist es auch wenig verwunderlich, dass die Summenwerte für die Skala Versöhnungsbereitschaft nah am maximal und für die Rachewunschskala nah am minimal zu erreichenden Wert liegen (6,59 und 1,35 bei maximal 8 und minimal 0). Dennoch gab es auch Kinder, die alle Versöhnungsbereitschaftsitems ablehnten ($n = 4$) oder allen Rachewunschitems ($n = 5$) zustimmten.

Auf den ersten Blick mag die große Zustimmung zur Versöhnungsbereitschaft und Ablehnung eines Rachewunsches bei dem Ausmaß der erlebten Grausamkeiten der Kinder verwundern. Beachtet werden muss jedoch, dass Kindersoldaten Täter und Opfer zugleich sind. Auch sie haben oftmals Gräueltaten begangen und mögen ihrerseits Rache der Opfer fürchten. Daher könnte interpretiert werden, dass die eigene Befürwortung einer Versöhnung mit

dem Wunsch nach Vergebung und der Angst vor Rache durch ihre Opfer zusammenhängt. Ebenfalls wichtig zu beachten sind die kulturellen Besonderheiten in Uganda und in der D.R. Kongo. Nach Konflikten ist eine allgemeine, zumindest nach außen gezeigte, gewollte Versöhnung verbunden mit rituellen Versöhnungshandlungen ein Merkmal der Kulturen Ugandas und der D.R. Kongo. In Uganda gibt es sogar viele Stimmen, die eine strafrechtliche Verfolgung der Führer der LRA durch den Internationalen Strafgerichtshof ablehnen. Die Menschen wollen Frieden und Versöhnung. Sie haben Angst, der Konflikt könnte sich verlängern, da die Rebellen aus Angst vor einer möglichen Verurteilung durch den internationalen Strafgerichtshof einem Friedensvertrag nicht zustimmen werden (Johnson, 2007).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch auch die Möglichkeit eines Antwortverhaltens im Rahmen sozialer Erwünschtheit zu beachten. Die Kinder lebten zum Zeitpunkt der Befragung in Übergangseinrichtungen für ehemalige Kindersoldaten. Versöhnung und friedliches Miteinander sind dort einige der wichtigsten pädagogischen Ziele. Aber vielleicht gerade deshalb sind die Antworten von Kindern, die eine Versöhnungsbereitschaft ablehnen und einem Rachewunsch zustimmen, besonders valide.

Bei der weitergehenden Analyse der Versöhnungsbereitschafts- und Rachewunschfragebögen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kindersoldaten aus Uganda und der D.R. Kongo oder zwischen Angehörigen der verschiedenen Ethnien. Besonders im Konflikt in der D.R. Kongo, der durch ethnische Rivalitäten geschürt wird, war dies nicht unbedingt zu erwarten. Es waren keine Unterschiede der Summenwerte der Zustimmungshäufigkeiten der Rachewunschskala zwischen Jungen und Mädchen vorhanden. Mädchen stimmten jedoch seltener Versöhnungsbereitschaft bejahenden Items zu. Die Ergebnisse der durchgeführten Regressionsanalysen zur Vorhersage von Versöhnungsbereitschaft bei weiblichen Kindersoldaten konnten weder einen vermuteten Zusammenhang zwischen einigen mehr geschlechtsspezifischen Exposure-Items, wie zum Beispiel Vergewaltigung, bestätigen noch andere Zusammenhänge aufdecken. Weitere Studien zur Analyse eventuell bestehender geschlechtsspezifischer Unterschiede der Versöhnungsbereitschaft und des Rachewunsches sind erforderlich.

7.2 Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung, der Regressionsanalyse und der weiteren festgestellten Korrelationen.

Zur besseren Übersicht wird der Diskussion der Ergebnissen der Hypothesenprüfung der Wortlaut der einzelnen Hypothesen vorangestellt.

I. Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (Exposure) und PTSD

H 1 Die untersuchten ehemaligen Kindersoldaten zeigen im Vergleich zu Kindern aus Stichproben von Krieg betroffener Kinder, die keine Kindersoldaten waren, eine höhere Prävalenz für PTSD.

Es wurde angenommen, dass ehemalige Kindersoldaten aufgrund ihrer besonderen Kriegserfahrungen im Vergleich mit von Krieg betroffenen Kindern, die keine Soldaten waren, eine höhere Prävalenz für PTSD aufweisen. Eine erste Studie mit ehemaligen Kindersoldaten (Derluyn et al., 2004), in der, wie bereits oben erwähnt, eine Prävalenz von 97% für PTSD gefunden wurde, hatte zunächst diesen Verdacht bestätigt.

Vergleicht man jedoch die in der eigenen Arbeit festgestellten Prävalenz von 34,9% für PTSD mit den festgestellten Prävalenzen aus anderen Studien mit Kindern im Krieg, die auch den CPTSD-RI Fragebogen und einen vergleichbaren Cut-Off-Wert verwendeten, so konnte die Hypothese nicht aufrechterhalten werden. Die Prävalenzen der herangezogenen Vergleichsstichproben liegen zwischen > 4% (Hadi und Llabre, 1998) und 56% (Thabet et al., 2002) (vergleiche Tabelle 44). Somit liegt die Prävalenz der eigenen Studie etwa im Mittelfeld. Die Frage, ob ehemalige Kindersoldaten nun mehr, weniger oder ähnlich viel relevante PTSD-Symptome zeigen als Kinder, die nicht rekrutiert wurden, lässt sich durch den gemachten Vergleich allerdings nicht abschließend beantworten. Hierzu haben die untersuchten Kinder der verglichenen Studien zu unterschiedliche Konflikte erlebt und entstammen zu verschiedenen Kulturen. Nur durch eine gleichzeitige Untersuchung einer Kontrollgruppe neben der Kindersoldatenpopulation, gematcht für die wichtigsten soziodemografischen Variablen und erlebte Kriegstraumata, könnte diese Frage beantwortet werden. Denkbar wäre sogar, dass durch die Zugehörigkeit zur bewaffneten Gruppe und durch das Tragen einer eigenen Waffe ein Gefühl des Schutzes gegen Übergriffe durch andere und ein Machtgefühl vermittelt wird, was wiederum einen protektiven Effekt haben könnte. Weitere Untersuchungen, die eine Vergleichsstichprobe einschließen, sind nötig, um diese Hypothese zu prüfen.

Eine möglich Begründung warum Derluyn et al. (2004) in ihrer Studie bei fast allen untersuchten ehemaligen Kindersoldaten (97%) eine klinisch relevante PTSD festgestellt haben, liegt in dem unterschiedlichen Instrument zur Erfassung von PTSD-Symptomen. Derluyn et al. (2004) benutzten die Impact of Event Scale-Revised (RIES). Dieser Fragebogen wurde

noch nicht so häufig in nicht westlichen Kulturen angewendet wie der in der eigenen Studie verwendete CPTSD-RI. Eine unzureichende kulturelle Sensibilität der RIES ist möglich. Ferner gaben Derluyn et al. (2004) keinen Cut-Off-Wert in der Veröffentlichung ihrer Studie an: Daher kann nicht beurteilt werden, ob möglicherweise ein sehr niedriger Cut-Off-Wert verwendet wurde. Natürlich besteht auch die Möglichkeit, dass die in der vorliegenden Arbeit ermittelte Prävalenz für PTSD zu gering ist. Die Augenscheinvalidität der CPTSD-RI mit dem benutzten Cut-Off-Wert ist jedoch hoch. Die das Kindersoldatenzentrum in Uganda betreuende einheimische Psychologin hielt eine Prävalenz von knapp 35% PTSD für sehr viel zutreffender als eine von 97%, wie sie von Derluyn et al. (2004) bei ehemaligen Kindersoldaten in Uganda ermittelt worden ist. Die Möglichkeit, dass sich die Stichproben der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten sehr von einander unterscheiden, ist unwahrscheinlich.

Angemerkt sei noch, dass außerdem eine Prävalenz von 33,1% für Depressionen in der vorliegenden Studie festgestellt wurde. Ein Vergleich mit dem Ausmaß von festgestellten Depressionen in anderen Studien mit Kindern im Krieg ist nur eingeschränkt möglich. Nur Smith et al. (2002) veröffentlichten bisher eine Studie mit Kindern im Krieg (Bosnien), die keine Flüchtlinge in westlichen Ländern waren, und verwendeten, wie in der vorliegenden Studie, den DSRS-Fragebogen zur Erfassung von Depressionen. Die erfasste Prävalenz von Smith et al. (2002) lag bei 15%, allerdings bei Anwendung eines konservativeren Cut-Off-Wertes als in der vorliegenden Studie.

In der vorliegenden Studie hatten insgesamt 49,7% der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten PTSD und/oder Depressionen. Sie gehören somit zu einer Gruppe hoch belasteter Kinder.

Tabelle 44: Prävalenzen für PTSD in ausgewählten Studien

	n	PTSD (%)
Eigene Studie	169	34,9
Sarajevo/Bosnien/Allwood et al. (2002)	791	41
Tuzla/Bosnien/Hasanovic et al. (2006)	187	51,6
Gazastreifen/Thabet und Vostonis (1999)	239	5,4
Gazastreifen/Thabet et al. (2002)	91	56
Gazastreifen/Thabet et al. (2004)	403	23,9
Gazastreifen/Qouta et al. (2003)	121	53,7
Gazastreifen und Israel/Lavi und Solomon (2005)	545	37,1
Kuwait/Nader et al. (1993)	51	31
Kuwait/Hadi und Llabre (1998)	233	< 4

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass überhaupt PTSD in der Gruppe der ehemaligen Kindersoldaten festzustellen war. Das PTSD-Konzept findet auch Anwendung im kulturellen Raum der untersuchten Kindersoldaten. Wie aus Tabelle 17 hervorgeht, zeigten die untersuchten Symptome aller PTSD-Subkategorien. Die vorliegende Studie unterstützt somit die Auffassung einer universellen humanen Antwort auf ein traumatisches Erlebnis. Ob jedoch das PTSD-Konzept die zutreffendste Diagnose der Reaktion eines Individuums im Kulturraum der ehemaligen Kindersoldaten auf ein psychisches Trauma ist, kann nicht beantwortet werden (Rosner, 2003). Daher ist es auch von großer Bedeutung, lokale Eigenheiten und Besonderheiten zu berücksichtigen, wenn ein Behandlungskonzept nach westlichem Vorbild angeboten werden soll (Schwab-Stone et al., 2001).

H 2 Je größer die Summe der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse, desto größer ist die Summe der PTSD-Symptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

In der Mehrzahl der Studien mit von Krieg und politischer Gewalt betroffenen Kindern wurde ein Zusammenhang zwischen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen (Exposure) und Ausprägung von PTSD-Symptomen, der sogenannte Dosiseffekt, festgestellt. Je größer die kumulative Exposure-Zahl, desto stärker die Ausprägung von PTSD-Symptomen (Ahmad et al., 2000; Allwood et al., 2002; Hadi und Llabre, 1998; Paardekooper et al., 1999; Schaal und Elbert, 2006; Smith et al., 2001; Thabet und Vostanis, 2000 u.a.). Neuner et al. (2004) gehen sogar davon aus, dass ab einem gewissen Ausmaß von Exposure jedes Individuum, habe es auch eine noch so große Resilienz, eine PTSD entwickle.

Ein Zusammenhang zwischen Exposure und Ausprägung von PTSD-Symptomen konnte in der vorliegenden Arbeit, wie auch in einigen anderen Studien mit von Krieg und Gewalt betroffenen Kindern (Abdalla und Elklit, 2001; Angel et al., 2001; Derluyn et al., 2004), nicht gefunden werden. Woran könnte dies liegen? Andere Faktoren müssen in dieser Population maßgeblicher für die Ausprägung von PTSD-Symptomen sein. Betrachtet man zunächst die untersuchte Stichprobe, so handelt es sich um eine Gruppe „extrem traumatisierter Kinder“. Die hohe Zahl der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse könnte im Sinne eines statistischen Deckeneffektes, also einem gehäuften Auftreten relativ hoher Exposure-Summenwerte mit daraus folgender mangelnder Differenzierbarkeit, dazu geführt haben, dass andere Faktoren entscheidender für die Symptomausprägung von PTSD wurden, beziehungsweise den Effekt von Exposure überlagern. Auch Ursano und Shaw (2007) vermuten, wie in ihrem Editorial zur Veröffentlichung der vorliegenden Studie erwähnt, einen Deckeneffekt als Ursache für den nicht festgestellten Zusammenhang zwischen Exposure und PTSD. Verschiedene Autoren wiesen bereits darauf hin, dass eine individuelle Bedeutungszuschreibung des Erlebten, kulturelle Besonderheiten, Intelligenz, eine psychiatrische Prädisposition oder der Mangel an sozialer Unterstützung nach einem erlebten potenziell traumatisierenden Ereignis wichtige Einflussfaktoren für die Entwicklung einer PTSD seien (Angel et al., 2001; Brewin et al., 2000; Derluyn et al., 2004; McFarlane, 1995) und wichtiger

als Charakteristiken erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse sein können (Bowman, 1999). Gerade die erwähnten individuellen Besonderheiten könnten von Bedeutung für die Ausprägung von PTSD-Symptomen sein. Dies wird deutlich, wenn man berücksichtigt, dass die untersuchten Kinder zu einer Gruppe von ehemaligen Kindersoldaten gehören, die es schafften, den Krieg zu überleben. Es ist wahrscheinlich, dass sie stärkere persönliche Fähigkeiten und eine größere individuelle Resilienz hatten als Kinder, die nicht überlebten. Neuner et al. (2004) gehen nach ihrer Studie mit sudanesischen Flüchtlingen in Uganda zwar davon aus, dass ab einem bestimmten Ausmaß von Exposure jedes Individuum eine PTSD entwickelt, sei die persönliche Resilienz auch noch so ausgeprägt. Vielmehr scheint es aber wahrscheinlich, dass ab einem gewissem Ausmaß von Exposure andere Faktoren den kausalen Grundzusammenhang zwischen Exposure und PTSD überlagern oder sogar entscheidender für die Ausprägung einer späteren PTSD werden.

Es ist auch möglich, dass der Zusammenhang zwischen Exposure und PTSD nicht festgestellt wurde, da das in der vorliegenden Arbeit benutzte Instrument zur Erfassung der erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse nicht valide genug war. Denkbar ist, dass eine nicht ausreichende Zahl der möglichen traumatischen Ereignisse erfasst wurde. Außerdem quantifiziert der Fragebogen nicht, wie oft ein bestimmtes Ereignis erlebt wurde, sondern lediglich, ob es erlebt wurde. Außerdem lassen die Items nicht die Möglichkeit einer subjektiven Bedeutungszuschreibung durch das befragte Individuum zu. Ein Ereignis kann für ein Individuum zwar im Sinne des A-Kriteriums des PTSD-Konzepts traumatisierend sein, für ein anderes jedoch subjektiv als noch viel traumatisierender empfunden werden. Mit diesen aufgeführten möglichen Mängeln unterscheidet sich der Fragebogen nicht von den meisten Fragebögen, die in anderen Studien verwendet wurden. Dennoch könnten die erwähnten Mängel bei der untersuchten Population der extrem traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten entscheidend für die statistische Aufdeckung des Zusammenhangs zwischen PTSD und Exposure sein. Weitere Studien mit einem verbesserten Exposure-Fragebogen sind nötig, um dies zu klären.

H 3 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konfliktes glaubten, verhungern oder verdursten zu müssen, oder so krank waren, dass sie glaubten, sterben zu müssen, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht glaubten, sterben zu müssen.

Da kein Zusammenhang zwischen Exposure und PTSD gefunden wurde, ist demnach wenig überraschend, dass auch keines der einzelnen erhobenen Exposure-Items einen Zusammenhang mit der Ausprägung von PTSD-Symptomen hatte. Entgegen den Ergebnissen von De la Rey (2001), Dyregrov et al. (2000), Schaal und Elbert (2006), Smith et al. (2001) konnte in der vorliegenden Studie nicht festgestellt werden, dass Kinder, die glaubten, sterben zu müssen, ein höheres Ausmaß an PTSD-Symptomen aufwiesen als solche, die dies nicht annahmen, oder dass eine direkt empfundene Bedrohung für das eigene Leben sogar die größ-

te Korrelation aller erlebter potenziell traumatischer Ereignisse mit der Ausprägung von PTSD-Symptomen zeigt.

H 4 Ehemalige Kindersoldaten, die während des bewaffneten Konfliktes verletzt wurden, zeigen mehr PTSD-Symptome als solche, die nicht verletzt wurden.

Auch der von z.B. Allwood et al. (2002) gefundene Zusammenhang zwischen eigener Verletzung und Ausprägung von PTSD-Symptomen konnte nicht repliziert werden. Insgesamt konnte für keines der erhobenen erlebten potenziell traumatisierenden Ereignisse eine signifikante Korrelation zum Ausmaß der PTSD-Symptomatik festgestellt werden. Dennoch muss dies nicht bedeuten, dass der Zusammenhang zwischen Exposure und PTSD bei der in dieser Studie untersuchten Stichprobe nicht besteht. Es kann vielmehr davon ausgegangen werden, dass der dem PTSD-Konzept zugrunde liegende Kausalzusammenhang (Yule, 2003) zwischen traumatischem Erlebnis und posttraumatischen Symptomen besteht, in der Gruppe der untersuchten extrem traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten der Effekt jedoch durch andere Faktoren, die bei dieser Population bedeutender sind, überlagert wird.

II. PTSD und komorbide Depressionen

H 5 Je größer die Summe der PTSD-Symptome, desto größer ist die Summe der Depressionssymptome bei den untersuchten ehemaligen Kindersoldaten.

In dieser Arbeit wurde auch der Zusammenhang zwischen PTSD- und Depressionssymptomen betrachtet. Aus vielen Studien ist bekannt, dass PTSD häufig komorbide mit anderen psychopathologischen Auffälligkeiten, insbesondere Depressionen, auftritt (Ajdukovic, 1998; Mghir et al., 1995; Smith et al., 2001; Stein et al., 1999; Thabet et al., 2004). Dieses Ergebnis wurde repliziert. Die Hypothese konnte bestätigt werden. Je größer das Ausmaß der PTSD-Symptomatik, desto größer das Ausmaß der Depressionssymptomatik. Eine signifikante Korrelation wurde festgestellt (vgl. Tabelle 29). Nicht beantwortet ist damit jedoch die Frage, ob Depressionen auch eine unmittelbare Folge der traumatischen Erlebnisse sind oder erst als Folge einer länger bestehenden PTSD oder schwieriger Lebensumstände nach den traumatischen Erlebnissen entstehen.

Dass sowohl PTSD als auch Depressionen eine direkte Folge traumatischer Erlebnisse sein könnten, wird auch damit begründet, dass sich die Symptome beider Konzepte teilweise überlappen (Theorie der überlappenden Symptome, Thabet et al., 2004). Betrachtet man die PTSD-Symptomsubgruppen, so liegen die Vermeidungssymptome bzw. die Abflachung der allgemeinen Reagibilität (DSM-Diagnosekriterium C) den Depressionssymptomen am nächsten (Constans et al., 1997) und die Symptome mit erhöhtem Arousel und Hypervigilanz (DSM-Diagnosekriterium D) am weitesten entfernt. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Untersuchung wieder. Zwar korrelieren sowohl die Summenwerte der DSM-

Diagnosekriterien B (Wiedererleben) und C (Vermeidung/Abflachung der allgemeinen Reagibilität) signifikant, hingegen die Summenwerte der DSM-Diagnosekriterien D (erhöhtes Arousel/Hypervigilanz) gar nicht mit den Summenwerten der Depressionssymptome. Dieses wenig erstaunliche Ergebnis ist zumindest ein weiteres Indiz für die Theorie der überlappenden Symptome. Ein weiterer Hinweis dafür, dass auch Depressionen eine direkte Folge traumatischer Erlebnisse sein können, ergibt sich aus der durchgeführten Regressionsanalyse zur Vorhersage von Depressionen. Hier zeigte sich, dass der Summenwert der erlebten potenziell traumatischen Ereignisse, neben dem Alter des Eintritts in die bewaffnete Gruppe und dem Rachewunsch, einen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten konnte. Alle anderen in Frage kommenden Variablen leisteten einen nur geringen oder überhaupt keinen Beitrag zur Varianzaufklärung, so dass sie von der SPSS-Stepwise-Analyse automatisch ausgeschlossen wurden.

Immerhin hatten jedoch 44,6% der Kinder mit einem erreichten Gesamtsummenwert für klinisch relevante Depressionen nicht gleichzeitig eine PTSD. Zumindest teilweise unterschiedliche kausale Entstehungsfaktoren sind also wahrscheinlich vorhanden.

Vermutlich können Depressionen neben PTSD als direkte Folge traumatischer Erlebnisse entstehen. Die Frage jedoch, ob tatsächlich überlappende Symptome, durch eine bestehende PTSD beeinflusste Faktoren oder die traumatischen Erlebnisse selbst die hohe Komorbidität erklären, muss Gegenstand longitudinaler Studien sein.

III. Psychopathologie und soziodemografische Einflussfaktoren

H 6 Kinder, die in einem Alter zwischen 7 und 12 Jahren als Kindersoldaten in einer bewaffneten Gruppe gedient haben und den damit verbundenen potenziell traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren, zeigen mehr PTSD-Symptome als Kinder, die in einem Alter jünger 7 oder älter 12 Jahren als Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen waren.

Die Hypothese ging aus der Grundüberlegung hervor, dass Kinder erst ab einem bestimmten Alter die kognitive Reife besitzen, um einen Teil des traumatischen Erlebnisses auch als solches zu interpretieren (Landolt, 2004). Kinder ab einem gewissen Alter wiederum könnten bereits einen längeren Lebensabschnitt ohne psychische Traumatisierung erlebt und bessere Ressourcen zur Bewältigung haben, so dass der Einfluss der traumatischen Erlebnisse schwächer wird (Garbarino und Kostelny, 1996).

Die Hypothese wurde nicht bestätigt. Dies mag zum einen daran liegen, dass die angestellten Vorüberlegungen nicht stimmen, und zum anderen, dass andere Faktoren den Einfluss des Alters überlagert haben könnten. Die obige Hypothese basierte außerdem darauf, dass der Zeitpunkt des Eintritts in die bewaffnete Gruppe gleich dem Zeitpunkt der Ersttraumatisierung war. Gut denkbar ist allerdings, dass die ehemaligen Kindersoldaten in dem schon

seit Jahren von Krieg und Gewalt geprägten Umfeld ihrer Heimatländer schon vor dem Eintritt in die bewaffnete Gruppe traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren. Weitere Studien sind nötig, die die genaue Erfassung möglichst vieler auch vor dem Eintritt in die bewaffnete Gruppe bisher erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse mit einschließen. Ferner sollte auch das Alter, in dem das jeweilige Ereignis geschah, bei der Datenerhebung berücksichtigt werden. Nur so lässt sich feststellen, ob es tatsächlich eine bestimmte Altersgruppe gibt, die für die Entwicklung von PTSD nach Gewalt- und Kriegserlebnissen am vulnerabelsten ist.

H 7 Die Dauer des Missbrauchs der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten korreliert positiv mit dem Ausmaß der PTSD- (und Depressions-) Symptomatik.

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Für das Ausmaß der depressiven Symptomatik ergab sich sogar das Gegenteil. Je länger die ehemaligen Kindersoldaten bei den bewaffneten Gruppen waren, desto geringer sind die Depressionssymptome. Grundgedanke bei der Aufstellung der Hypothese war, dass eine längere Zeit bei den bewaffneten Gruppen mit einer größeren Zahl erlebter potenziell traumatisierender Ereignisse einhergeht, was das Risiko der Entwicklung einer PTSD erhöhen sollte. Außerdem wurde vermutet, dass die Kinder während der Zeit bei den bewaffneten Gruppen wenig Möglichkeit hätten, die traumatischen Ereignisse zu verarbeiten und zu bewältigen, was wiederum die Manifestationswahrscheinlichkeit einer PTSD erhöhen sollte. Das unerwartete Ergebnis, dass die Dauer bei den bewaffneten Gruppen negativ mit dem Ausmaß der Depressionssymptomatik korreliert, könnte im Sinne eines Gewöhnungseffektes interpretiert werden. Dies könnte ein Mechanismus sein, die Überlebenschancen zu erhöhen und die ständigen Belastungen zu bewältigen. Diese Vermutung ist jedoch sehr vage, zumal ein negativer Zusammenhang zwischen der Dauer des Missbrauchs als Kindersoldat und dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik nicht bestand.

H 8 Ehemalige weibliche Kindersoldaten zeigen bei vergleichbarem Ausmaß an erlebten potenziell traumatisierenden Ereignissen mehr PTSD- und Depressionssymptome.

Die Hypothese konnte nur für Depressionen bestätigt werden. Für PTSD zeigte sich nicht der erwartete Zusammenhang, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen ein höheres Ausmaß an PTSD-Symptomen aufweisen. Der Zusammenhang wurde zwar in vielen Studien festgestellt (z.B. Dyregrov et al., 2002; Dyregrov et al., 1996; Kardiner, 1941; Kuterovac et al., 1994), doch gibt es auch Studien, in denen keine Geschlechterunterschiede gefunden wurden (z.B. Derluyn et al., 2004). Eine Erklärungsmöglichkeit wäre, dass in der Gruppe der ehemaligen Kindersoldaten die Geschlechterunterschiede aufgrund der extremen Traumatisierung verschwinden. Auch die Studie von Derluyn et al. (2004), in der keine Geschlechterunterschiede für die Prävalenz von PTSD gefunden wurden, untersuchte ehemalige Kindersoldaten in Norduganda.

Bestätigt wurde die Hypothese allerdings für den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Depressionen. Mädchen zeigten ein signifikant höheres Ausmaß depressiver Symptome als Jungen. Es ist allgemein anerkannt und durch viele Studien belegt, dass Mädchen generell mehr zu internalisierenden Störungen neigen und im Vergleich zu Jungen meist höhere Prävalenzen von Depressionen aufweisen (z.B. Goodman und Scott, 2005). Genau wie für PTSD wird vermutet, dass dies an einer unterschiedlichen emotionalen Wahrnehmung belastender Situationen oder einem bereitwilligeren und offeneren Antwortverhalten bei der Erfassung der Symptome liegen könnte (Smith et al., 2002). Ferner wird darauf hingewiesen, dass Mädchen in einem bewaffneten Konflikt häufiger Opfer von sexueller Gewalt werden und dies einen besonderen Einfluss auf die Symptomausprägung habe. In einer durchgeführten Regressionsanalyse zur Ermittlung von Prädiktoren für das Ausmaß der Depressionssymptome bei Mädchen lieferte das Exposure-Item „sexuelle Gewalt“ allerdings keinen Beitrag zur Varianzaufklärung. Diese Vermutung scheint, zumindest für die in dieser Studie untersuchte Stichprobe, nicht zutreffend zu sein.

IV. PTSD, Versöhnungsbereitschaft und Rachewunsch

Eine zentrale Aufgabe dieser Arbeit war die Untersuchung des Zusammenhangs von PTSD und Versöhnungsbereitschaft, beziehungsweise des Zusammenhangs von PTSD und dem Wunsch nach Rache und Hass. Wie sich die Ausprägung psychopathologischer Auffälligkeiten auf die Versöhnungsbereitschaft und den Wunsch nach Rache und Hass auswirkt, wurde bisher nur in sehr wenigen Studien untersucht. Sowohl Pham et al. (2004) in ihrer Studie mit überlebenden Erwachsenen des Genozids in Ruanda als auch Adam (2006) in seiner Studie mit vor Gewalt und Krieg geflohenen Flüchtlingskindern in Hamburg konnten, obwohl jeweils mit unterschiedlichem methodischen Ansatz untersucht, einen direkten Zusammenhang zwischen PTSD und der Bereitschaft zur Versöhnung feststellen. In der vorliegenden Studie wurde dieser Zusammenhang erstmals mit ehemaligen Kindersoldaten, einer Gruppe, die aufgrund ihrer gemachten Erfahrungen in besonderem Maße die Fähigkeit zur Gewaltanwendung und Racheausübung besitzt, untersucht werden. Im Folgenden werden die zentralen Hypothesen dieser Arbeit diskutiert.

H 9 Je größer die Summe der vorhandenen PTSD-Symptome bzw. Depressionssymptome der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten, desto größer ist ihr Rachewunsch und desto geringer ist ihre Versöhnungsbereitschaft.

H 10 Ehemalige Kindersoldaten, die Symptomsummenwerte im PTSD- (Depressions-) Fragebogen erreichen, die größer oder gleich dem Cut-Off-Wert für eine hohe Korrelation mit einer klinisch gestellten PTSD- (Depressions-) Diagnose sind, zeigen einen signifikant größeren Rachewunsch und eine signifikant geringere Versöhnungsbereitschaft als Kinder, deren PTSD-Symptomsummenwerte kleiner als die Cut-Off-Werte sind.

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Es zeigte sich jeweils ein signifikanter Zusammenhang, der für Depressionen zwar weniger ausgeprägt, aber dennoch signifikant war. Dementsprechend klärt die Versöhnungsbereitschaft respektive der Rachewunsch in der durchgeführten linearen Regression einen Teil der Varianz für PTSD (Depressionen) auf. Doch was bedeuten diese Ergebnisse? Eine Möglichkeit wäre, dass insbesondere PTSD-Symptome die ehemaligen Kindersoldaten daran hindern, mit Gefühlen des Hasses oder der Rache umzugehen oder diese zu überwinden. Ebenso könnten Kinder mit PTSD Vergeltungshandlungen als einen angemessenen Weg zur Wiederherstellung der persönlichen Integrität und als Möglichkeit zur Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse ansehen (Bayer et al., 2007).

Letztendlich kann nicht beantwortet werden, ob eine vorhandene Versöhnungsbereitschaft und ein gering ausgeprägter Rachewunsch stabile Persönlichkeitsmerkmale sind, die das Risiko der Entwicklung einer manifesten PTSD verringern, oder ob für eine geringe Versöhnungsbereitschaft und einen Rachewunsch eine bestehende PTSD zumindest mitursächlich ist. Eine mögliche Konsequenz aus der Annahme, dass eine bestehende Versöhnungsbereitschaft und ein gering ausgeprägter Rachewunsch das Risiko der Entwicklung einer PTSD verringert, wäre, den Betroffenen eine therapeutische Hilfe, nicht zu hassen, und zum Aufbau einer Bereitschaft zur Versöhnung zu geben. Dieser Ansatz kann aber schnell ad absurdum geführt werden. So fragt Summerfield (2002), ob, wenn man diesen Gedanken tatsächlich verfolgen wolle, man nach dem Zweiten Weltkrieg die jüdischen Überlebenden des Holocausts hätte therapeutisch beraten sollen, die Deutschen nicht zu hassen. Ob, auf der anderen Seite, die Therapie einer PTSD die Bereitschaft zur Versöhnung oder Rachegefühle beeinflussen kann, muss durch longitudinale Interventionsstudien festgestellt werden (Ursano und Shaw, 2007).

Fest steht, dass die schrecklichen Erlebnisse eines Kriegs das individuelle Verständnis der Welt und die persönlichen Werte und Prioritäten in Frage stellen. Um die Kriegserlebnisse zu überwinden, muss vor allen Dingen der gewöhnliche Rhythmus des täglichen Lebens wiedergefunden werden (Summerfield, 2002). Dies geht nur in einer befriedeten Gesellschaft. Die Ergebnisse dieser Studie weisen jedoch darauf hin, dass psychopathologische Auffälligkeiten, insbesondere PTSD und die Bereitschaft zur Versöhnung, zusammenhängen und demzufolge PTSD die nachhaltige Friedensschaffung und -sicherung behindern könnte. Posttraumatischer Stress könnte dazu beitragen, den Friedensprozess in Postkonfliktgesellschaften negativ zu beeinflussen und den in vielen von Krieg betroffenen Regionen zu beobachtenden Teufelskreis der Gewalt aufrecht zu erhalten. Diese Tatsache muss bei der Planung und Durchführung von Hilfsprogrammen in Postkonfliktgesellschaften berücksichtigt werden.

7.3 Kritik an der Methodik und Durchführung

Eine Reihe von Kritikpunkten bezüglich Methodik und Durchführung, die die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben könnten, ist zu erwähnen. Obwohl in der vorliegenden Studie die bisher größte Stichprobe ehemaliger Kindersoldaten, verglichen mit den bisher veröffentlichten Studien, auf psychopathologische Auffälligkeiten hin untersucht worden ist, sind die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar. Die Stichprobenzahl ist immer noch klein im Verhältnis zu den insgesamt jeweils 20 000 Kindersoldaten, die in den letzten zehn Jahren in Uganda und der D.R. Kongo demobilisiert wurden und Kontakt zu den Übergangs- und Rehabilitationszentren hatten (African Research Bulletin, 2006; Amnesty International, 2006). Außerdem fand die Datenerhebung nur in einigen Rehabilitations- und Übergangszentren, die in den relativ sicheren Städten der von den Konflikten betroffenen Regionen lagen, statt. Ehemalige Kindersoldaten, die bereits in ihren Familien oder Dorfgemeinschaften zurückgekehrt waren, konnten ebenfalls nicht in die Studie eingeschlossen werden. Eine fehlende statistisch randomisierte Auswahl der Studienteilnehmer ist ein weiterer Kritikpunkt. Überdies sind die gefundenen Geschlechterunterschiede aufgrund der geringeren Zahl untersuchter weiblicher ehemaliger Kindersoldaten nur limitiert zu interpretieren. Eine Kontrollgruppe, bestehend aus Kindern, die die Konflikte nicht als Kindersoldaten erlebten, könnte die Interpretationsmöglichkeiten der Studienergebnisse deutlich erweitern. Ferner ist die Validität aller Fragebögen zur Selbstbeurteilung aufgrund der Möglichkeit eines sozial erwünschten Antwortverhaltens eingeschränkt. Dies gilt insbesondere für die Fragebögen zur Versöhnungsbereitschaft und zum Rachewunsch. Darüber hinaus ist der Exposure-Fragebogen zu kritisieren. In zukünftigen Studien sollte eine überarbeitete Version, die mehr und vor allem auch vor der Zeit als Kindersoldat erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse erfasst, eingesetzt werden. Außerdem sollte die Anzahl, wie oft die Kinder einer bestimmten Situation ausgesetzt waren und eine mit den Ereignissen verbundene subjektive Bedeutungszuschreibung mit erfasst werden. Der eingesetzte Fragebogen zu PTSD-Symptomen ist bereits in verschiedenen Kulturen hinreichend validiert worden (Steinberg et al., 2004). Dies ist bei den übrigen Fragebögen, insbesondere denen zur Versöhnungsbereitschaft und zum Rachewunsch, noch erforderlich. Sprachliche Fehler und Ungenauigkeiten sowie auf kulturellen Unterschieden basierende Fehler sind außerdem immer möglich, wenn westliche Konzepte psychischer Erkrankungen mit in westlichen Ländern entwickelten Instrumenten bestimmt werden.

7.4 Schlussfolgerung und Forschungsausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen die Tatsache, dass ehemalige Kindersoldaten zu einer Gruppe extrem traumatisierter Opfer bewaffneter Konflikte gehören. Sie leiden häufig unter posttraumatischen Belastungsstörungen und komorbiden Depressionen. Die häufig gefunden posttraumatischen Symptome bestätigen, dass auch im Kulturkreis der Kindersoldaten das in der westlichen Welt entwickelte PTSD-Konzept Anwendung findet. Et-

wa 50% der Untersuchten wiesen keine klinisch relevanten Symptome von PTSD oder Depressionen auf.

Diese Studienergebnisse haben große Bedeutung für Mediziner, Psychologen, Entwicklungshelfer, politische Entscheidungsträger und Verantwortliche in von Krieg und Gewalt in ihren Grundfesten erschütterten Gesellschaften. Eine nötige Schlussfolgerung aus den Studienresultaten ist die Bereitstellung von psychiatrischer und psychologischer Hilfe für die Hauptbetroffenen der bewaffneten Konflikte. Darüber hinaus sollten behandlungsbedürftige Kinder durch die Implementierung von Screeningprogrammen identifiziert werden. Gleichzeitig darf dies nicht zu einer Pathologisierung und Stigmatisierung ganzer Gruppen, wie zum Beispiel die der ehemaligen Kindersoldaten, führen. Welche Interventionsprogramme zur Behandlung psychopathologischer Auffälligkeiten in nicht westlichen Kulturen erfolgreich sind, muss mit Hilfe von longitudinalen Interventionsstudien, die kulturspezifische Krankheitskonzepte berücksichtigen, festgestellt werden. Solche Studien könnten auch besser zur Aufklärung der Frage beitragen, warum manche Kinder posttraumatische Symptome entwickeln und andere nicht. Ferner sollte in zukünftigen Forschungen kritisch überprüft werden, ob tatsächlich gut 50% der ehemaligen Kindersoldaten in der Lage waren, die traumatischen Erlebnisse zu bewältigen, oder ob sie unter psychopathologischen Auffälligkeiten leiden, die nicht untersucht wurden oder sogar aufgrund kultureller Besonderheiten nicht mit westlichen Instrumenten zu erfassen sind.

Von besonderer Bedeutung ist das Ergebnis, dass ehemalige Kindersoldaten mit klinisch relevanten PTSD-Symptomen eine geringere Versöhnungsbereitschaft und einen ausgeprägteren Rachewunsch haben als solche mit weniger posttraumatischen Symptomen. Die Frage, ob posttraumatische Symptome ein Mediator für die Versöhnungsbereitschaft und den Rachewunsch sind oder Versöhnungsbereitschaft und ein gering ausgeprägtes Rachegefühl Persönlichkeitsmerkmale sind, die vor PTSD-Symptomen schützen, muss ebenfalls in weiteren longitudinalen Studien erforscht werden. Dennoch, die Ergebnisse dieser Studie indizieren, dass psychischer Stress und psychopathologische Auffälligkeiten, hier PTSD, im Zusammenhang mit der Versöhnungsfähigkeit stehen und daher einen nachhaltigen und dauerhaften Friedensprozess negativ beeinflussen können. Folglich unterstreichen die Ergebnisse dieser Arbeit die Notwendigkeit, dass die Staatengemeinschaft ihrer Verpflichtung aus der Kinderrechtskonvention zur psychischen Rehabilitierung von Krieg betroffener Kinder, wie Kindersoldaten, auch tatsächlich nachkommt. Zu oft vernachlässigen humanitäre Organisationen die Etablierungen hierfür geeigneter Hilfsprogramme. Gewiss, die Sicherstellung des Bedarfs an Lebensmitteln, Wohnraum und medizinischer Grundversorgung ist von elementarer Bedeutung, doch die medizinische Grundversorgung sollte psychiatrische und psychologische Hilfen für traumatisierte Opfer von Krieg und Gewalt beinhalten. Wie Hilfsprogramme hierbei für Betroffene in unterschiedlichen Kulturkreisen aussehen müssen, kann nur durch interdisziplinäre Forschung von Klinikern, Anthropologen und anderen Experten herausgefunden werden.

Fest steht, dass nur eine psychische und soziale Rehabilitation, verbunden mit einer wirtschaftlichen Grundsicherung, Bildungsmöglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft, ehemalige Kindersoldaten davon abhalten kann, sich auf das zu besinnen, was sie in ihrer Kindheit und Jugend gelernt haben, und somit die War Lords von morgen zu werden.

8 Zusammenfassung

Die Zahl der Kindersoldaten weltweit wird auf 250 000 geschätzt. Zehntausende von ihnen wurden in den vergangenen Jahren in Ost- und Zentralafrika als Soldaten missbraucht. Diese Kinder tragen häufig eine besonders schwere Last. Sie sind zugleich Täter und Opfer unvorstellbarer Grausamkeiten. Für den Wiederaufbau der von Krieg und Gewalt zerstörten Gesellschaften kommt aber gerade diesen Kindern eine besondere Bedeutung zu. Besinnen sie sich auf das, was sie oft jahrelang während des Krieges gelernt haben, so kann dies einen Friedensprozess entscheidend behindern. Um eine Rehabilitierung und Reintegration der ehemaligen Kindersoldaten zu gewährleisten, ist es wichtig, zu verstehen, wie sich die erlebten traumatischen Erlebnisse auf die Psyche der Kinder auswirken und welchen Einfluss eine psychische Traumatisierung auf die Versöhnungsfähigkeit der ehemaligen Kindersoldaten hat. Ziel der Studie war es daher, den Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen, der Symptomausprägung von PTSD und komorbiden Depressionen und der Versöhnungsfähigkeit bei ehemaligen Kindersoldaten zu erfassen.

Zu diesem Zweck wurden im Frühjahr und Sommer 2005 insgesamt 169 ehemalige Kindersoldaten in Rehabilitations- und Übergangszentren in Uganda und der D.R. Kongo im Rahmen einer Querschnittsstudie untersucht. Neben soziodemografischen Variablen wurden erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse mit Hilfe von auf die Stichprobe angepassten Fragebögen erfasst. PTSD- und Depressionssymptome wurde mit dem Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI) und der Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS), beides Fragebögen zur Selbstbeurteilung, gemessen. Darüber hinaus wurden die Versöhnungsbereitschaft und der Wunsch nach Rache anhand von strukturierten Fragebögen festgestellt.

Die an dieser Studie teilnehmenden Kindersoldaten waren im Mittel 15,3 Jahre alt. Sie wurden in einem Durchschnittsalter von etwa 12 Jahren rekrutiert und verbrachten im Schnitt mehr als drei Jahre bei den bewaffneten Gruppen. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit durchschnittlich 2,3 Monaten demobilisiert. Wenig verwunderlich ist das Ergebnis, dass die Kinder vielen potenziell traumatischen Situationen ausgesetzt waren. Am häufigsten berichtet wurde das Zeuge-Werden von Schüssen oder Bombardierungen aus nächster Nähe (92,9%). Insgesamt 54,4% gaben an, selbst jemanden getötet zu haben, und 27,8% berichteten, zu sexuellem Kontakt gezwungen worden zu sein. Ein Drittel der untersuchten ehemaligen Kindersoldaten litt unter posttraumatischen Belastungsstörungen und ein weiteres Drittel unter Depressionen, so dass etwa jedes zweite Kind unter PTSD oder Depressionen litt. Ehemalige Kindersoldaten, die mehr PTSD-Symptome zeigten, hatten eine signifikant geringere Versöhnungsbereitschaft ($r = -0,34$, $p < 0,001$) und signifikant mehr Rachegefühle ($r = 0,29$, $p < 0,001$).

Diese Studie konnte somit unter anderem zeigen, dass ehemalige Kindersoldaten häufig unter PTSD und Depressionen leiden. Je ausgeprägter die PTSD-Symptome waren desto geringer war die Versöhnungsbereitschaft und desto größer war der Rachewunsch der Kinder. Dieser Zusammenhang unterstreicht die Notwendigkeit der Umsetzung der Verpflichtung aus der UN-Kinderrechtskonvention, von Krieg betroffenen Kindern eine psychische Rehabilitation zu gewähren, und belegt zugleich die Bedeutung psychischer Traumatisierung für Friedensprozesse in von Krieg und Gewalt geprägten Gesellschaften.

9 Literaturverzeichnis

Abdalla, K. und Elklit, A. (2001): A nation-wide screening survey of refugee children from Kosovo, *Journal of Torture* 11 (2), Seite 45–9.

Adam, H. (2006): Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern: Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen, Habilitationsschrift, Universität Hamburg, Hamburg.

Adam, H. und Aßhauer, M. (2001): Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution (HQCWO), unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg.

Adam, H.; Österreicher, J.; Aßhauer, M. und Riedesser, P. (2004): Flüchtlingskinder – Individuelles Trauma, Versöhnungsprozess und soziale Rekonstruktion, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 2 (4), Seite 75–85.

African Research Bulletin (2006): UGANDA: Impoverished North, *Africa Research Bulletin: Economic, Financial and Technical Series* 43 (7), Seite 17043A–4A.

Ahmad, A.; Sofi, M. A.; Sundelin-Wahlsten, V. und von Knorring, A. L. (2000): Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan, *Eur Child Adolesc Psychiatry* 9 (4), Seite 235–43.

Ajdukovic, M. (1998): Displaced adolescents in Croatia: sources of stress and posttraumatic stress reaction, *Adolescence* 33 (129), Seite 209–17.

Allwood, M. A.; Bell-Dolan, D. und Husain, S. A. (2002): Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (4), Seite 450–7.

American Psychiatric Association (1980): *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1987): *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition revised, American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.

Amnesty International (2002): Rwanda Gacaca: A question of justice. [<http://web.amnesty.org/library/index/engaf470072002>]. 13.02.2006.

Amnesty International (2003): Uganda – Länderkurzbericht. [<http://www2.amnesty.de/internet/deall.nsf/0/b30acc041fdaf1bac1256dc8004c0262?OpenDocument>]. 19.01.2007.

Amnesty International (2006): DRC: Children at war, creating hope for the future. [<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR62/017/2006/3c394270-a2c3-11dc-8d74-6f45f39984e5/afr620172006en.pdf>]. 20.01.2007.

Angel, B.; Hjern, A. und Ingleby, D. (2001): Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden, *Am J Orthopsychiatry* 71 (1), Seite 4–15.

Arid, S. (2001): Mozambique: The Battle Continues for Former Child Soldiers, Youth Advocat Program International Resource Paper. [<http://www.yapi.org/old/publications/resourcepapers/MozCS.pdf>]. 10.06.2006.

Asarnow, J. R. und Carlson, G. A. (1985): Depression Self-Rating Scale: utility with child psychiatric inpatients, *J Consult Clin Psychol* 53 (4), Seite 491–9.

Ashby, P. (2002): Child combatants: a soldier's perspective, *Lancet* 360 Suppl, Seite s11–2.

Barenbaum, J.; Ruchkin, V. und Schwab-Stone, M. (2004): The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives, *J Child Psychol Psychiatry* 45 (1), Seite 41–62.

Bar-Tal, D. (2000): From Intractable Conflict Through Conflict Resolution to Reconciliation: Psychological Analysis, *Political Psychology* 21 (2), Seite 351–65.

Bayer, C. P.; Klasen, F. und Adam, H. (2007): Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers, *Jama* 298 (5), Seite 555–9.

Bayer, C. P. (2006): Zum Töten gezwungen – die Kindersoldaten von Gulu, *Hamburger Abendblatt* (10.01.2006), Seite 3.

Becker, D. (2004): Dealing with the Consequences of Organised Violence in Traum Work, *Berghof Handbook for Conflict Transformation*. [http://www.berghof-handbook.net/uploads/download/becker_handbook.pdf]. 08.07.2006.

Becker, D. (2005): Reconciliation – The wrong track to peace?, *Intervention* 3 (3), Seite 167–79.

Bennet, T. W. (2000): Using Children In Armed Conflict: A Legitimate African Tradition?, Essex, Institute for Securities Studies, University of Essex. [<http://www.essex.ac.uk/armedcon/Issues/Texts/Soldiers002.htm>]. 10.06.2006.

Bettelheim, Bruno (1943): Individual and mass behaviour in extreme situations, *Journal of Abnormal and Social Psychologie* 38, Seite 417–52.

Birleson, P. (1981): The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report, *J Child Psychol Psychiatry* 22 (1), Seite 73–88.

Birleson, P.; Hudson, I.; Buchanan, D. G. und Wolff, S. (1987): Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale), *J Child Psychol Psychiatry* 28 (1), Seite 43–60.

Bishop, E. (1984): *Ponies, Patriots and Powder Monkeys: A History of Children in America's Armed Forces, 1776–1916*, Bishop, Del Mar, Californien.

Bodman, F. (1941): War conditions and the mental health of the child, *BMJ* 2, Seite 486–8.

Bolton, D.; O'Ryan, D.; Udwin, O.; Boyle, S. und Yule, W. (2000): The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology, *J Child Psychol Psychiatry* 41 (4), Seite 513–23.

Boothby, N. G. und Knudsen, C. M. (2000): Waging a new kind of war. Children of the gun, *Scientific American* 282 (6), Seite 60–5.

Boothby, N. (1998): *Child Combatants: The Road to Recovery*, Center for Defense Information. [<http://www.cdi.org/ADM/1201/Boothby.html>]. 08.06.2006.

Borris, E. und Diehl, P. F. (1998): Forgiveness, Reconciliation, and the Contribution of International Peacekeeping, Langholtz, Harvey J., *The psychology of peacekeeping* Seite 207–22, Praeger Publishers, Westport.

Bortz, J. und Döring, N. (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, Springer, Berlin.

Bothe, M.; Partsch, K. und Solf, W. (1982): *New Rules for Victims of Armed Conflicts, Commentary on the Two 1977 Protocols Additional to the Geneva Conventions of 1949*, Kluwer Law International, Den Haag.

Bowlby, J. (1980): *Attachment and Loss III*, Basic Books, New York.

Bowman, M. L. (1999): Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model, *Can J Psychiatry* 44 (1), Seite 21–33.

Boyden, J. (2003): The Moral Development of Child Soldiers: What Do Adults have to Fear?, *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 9 (4), Seite 343–62.

Bracken, P. J. (1998): Deconstructing Post traumatic stress disorder, Bracken, P. J. und Petty, C., *Rethinking the trauma of war*, Seite 38–59, Free Association, London.

Bracken, P. J.; Giller, J. E. und Summerfield, D. (1995): Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts, *Soc Sci Med* 40 (8), Seite 1073–82.

Brent, D. A.; Perper, J. A.; Moritz, G.; Liotus, L.; Richardson, D.; Canobbio, R.; Schweers, J. und Roth, C. (1995): Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: predisposing factors and phenomenology, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (2), Seite 209–15.

Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P. und Peterson, E. (1991): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults, *Arch Gen Psychiatry* 48 (3), Seite 216–22.

Brett, R. und McCallin, M. (2001): *Kinder – Die unsichtbaren Soldaten*, Save the Children Sweden, Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Brett, R. und Specht, I. (2004): *Young soldiers: Why they choose to fight*, Lynne Rienner Publishers Inc, US, Boulder.

Brewin, C. R.; Andrews, B. und Valentine, J. D. (2000): Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *J Consult Clin Psychol* 68 (5), Seite 748–66.

Britten, U.; Knefelkamp-Müllerschön, K.; Witt, M. (1989): *Zum Beispiel Kinder im Krieg*, Orig.-Ausg. Lamuv Verlag GmbH, Göttingen.

Brymer, M. (2001): Schriftliche Mitteilung an die Forschungsgruppe der Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien der KJP des Universtätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Buch, H. C. (2005): Kollateralschaden Kongo, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (06.06.2005), Seite 29.

Bürgin, D. (1998): *Adoleszenz und Trauma*, Streeck-Fischer, A., *Adoleszenz und Trauma* Seite 259 S, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

Carrion, V. G.; Weems, C. F.; Ray, R. und Reiss, A. L. (2002): Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (2), Seite 166–73.

Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2004): *Child Soldiers Global Report 2004*. [<http://www.child-soldiers.org/resources/global-reports>]. 10.06.2006.

Coghlan, B.; Brennan, R. J.; Ngoy, P.; Dofara, D.; Otto, B.; Clements, M. und Stewart, T. (2006): Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey, *Lancet* 367 (9504), Seite 44–51.

- Cohen, J. W. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edition. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Constans, J. I.; Lenhoff, K. und McCarthy, M. (1997): Depression subtyping in PTSD patients, *Ann Clin Psychiatry* 9 (4), Seite 235–40.
- Corey, S. M. (1946): *Development Tasks of Youth*, Devery, J., Social Yearbook, Harper, New York.
- Crittenden, P. M. (1992): Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood, *Development and Psychopathology* 4, Seite 575–602.
- Croq, L. und De Verbizier, J. (1989): Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet, *Annales Médico-Psychologiques* (147), Seite 983–7.
- De la Rey, C. (2001): Reconciliation in Divided Societies, Christie, D. J.; Wagner, R. V. und Du Nann Winter, D., *Peace, Conflict, and Violence*, Seite 251–61, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Delissen, A. J. M. (1991): *Humanitarian Law of armed Conflict*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht.
- Derluyn, I.; Broekaert, E.; Schuyten, G. und De Temmerman, E. (2004): Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers, *Lancet* 363 (9412), Seite 861–3.
- Dilling, H.; Mombour, W. und Schmidt, M.H. (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10*, Huber, Bern.
- Dorsch, G. (1994): *Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes, Schriften zum Völkerrecht*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Draguns, J. (1996): Ethnocultural considerations in the treatment of PTSD: therapy and service delivery, Marsella, A. J.; Friedmann, M.J.; Gerrity, E.T. und Scurfield, R.M., *Ethnocultural Aspects of PTSD: issues, research, and clinical applications*, Seite 459–82, American Psychological Association, Washington DC.
- Dressing, H. und Berger, M. (1991): Posttraumatische Stresserkrankungen: Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts, *Der Nervenarzt* 62 (1), Seite 16–26.
- Durakovic-Belko, E.; Kulenovic, A. und Dapic, R. (2003): Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war, *J Clin Psychol* 59 (1), Seite 27–40.
- Dyregrov, A.; Gjestad, R. und Raundalen, M. (2002): Children exposed to warfare: a longitudinal study, *J Trauma Stress* 15 (1), Seite 59–68.

- Dyregrov, A.; Gupta, L.; Gjestad, R. und Mukanoheli, E. (2000): Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children, *J Trauma Stress* 13 (1), Seite 3–21.
- Dyregrov, A.; Kuterovac, G. und Barath, A. (1996): Factor analysis of the impact of event scale with children in war, *Scand J Psychol* 37 (4), Seite 339–50.
- Dyregrov, K.; Dyregrov, A. und Raundalen, M. (2000): Refugee families' experience of research participation, *J Trauma Stress* 13 (3), Seite 413–26.
- Ehlert, U.; Gaab, J. und Heinrichs, M. (2001): Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: the role of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis, *Biol Psychol* 57 (1–3), Seite 141–52.
- Ehlert, U.; Wagner, D.; Heinrichs, M. und Heim, C. (1999): Biophysiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung, *Nervenarzt* 70 (9), Seite 773–9.
- Eisenbruch, M. (1991): From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees, *Soc Sci Med* 33 (6), Seite 673–80.
- Elbert, T. und Schauer, M. (2002): Burnt into memory, *Nature* 419 (6910), Seite 883.
- Elklit, A. (2002): Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (2), Seite 174–81.
- Enright, R.D (1994): Piaget on the moral development of forgiveness: Identity or reciprocity?, *Human Development* 37, Seite 63–80.
- Erichsen, J. E. (1997): Injuries of the nervous system: on railway and other injuries of the nervous system, *Clin Orthop Relat Res* (336), Seite 4–10.
- Essau, C. A.; Conradt, J. und Petermann, F. (1999): Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie, *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27 (1), Seite 37–45.
- Firth, M. A. und Chaplin, L. (1987): Research note: the use of the Birlson Depression Scale with a non-clinical sample of boys, *J Child Psychol Psychiatry* 28 (1), Seite 79–85.
- Fischer, G. und Riedesser, P. (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, Ernst Reinhardt, München.
- Freedman, S. R. und Enright, R. D. (1996): Forgiveness as an intervention goal with incest survivors, *J Consult Clin Psychol* 64 (5), Seite 983–92.

Freud, A.; Burlingham, D. T. und Lehrman, P. R. (1943): War and children. Medical War Books. Ernest Willard, New York.

Freud, S. (1999): Gesammelte Werke Band 1, Fischer, Frankfurt am Main.

Garbarino, J. und Kostelny, K. (1996): The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: a risk accumulation model, *Child Dev* 67 (1), Seite 33–45.

Gbla, O. (2003): Conflict and Postwar Trauma among Child Soldiers in Liberia and Sierra Leone, Sesay, A., *Civil Wars, Child Soldiers and Post Conflict Peace Building in West Africa*, Seite 167–94, College Press and Publishers, Jericho GRA.

Giaconia, R. M.; Reinherz, H. Z.; Silverman, A. B.; Pakiz, B.; Frost, A. K. und Cohen, E. (1995): Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (10), Seite 1369–80.

Gilbertson, M. W.; Shenton, M. E.; Ciszewski, A.; Kasai, K.; Lasko, N. B.; Orr, S. P. und Pitman, R. K. (2002): Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma, *Nat Neurosci* 5 (11), Seite 1242–7.

Goenjian, A. K.; Karayan, I.; Pynoos, R. S.; Minassian, D.; Najarian, L. M.; Steinberg, A. M. und Fairbanks, L. A. (1997): Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma, *Am J Psychiatry* 154 (4), Seite 536–42.

Goenjian, A. K.; Najarian, L. M.; Pynoos, R. S.; Steinberg, A. M.; Manoukian, G.; Tavosian, A. und Fairbanks, L. A. (1994): Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia, *Am J Psychiatry* 151 (6), Seite 895–901.

Goenjian, A. K.; Pynoos, R. S.; Steinberg, A. M.; Najarian, L. M.; Asarnow, J. R.; Karayan, I.; Ghurabi, M. und Fairbanks, L. A. (1995): Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (9), Seite 1174–84.

Goldstein, R. D.; Wampler, N. S. und Wise, P. H. (1997): War experiences and distress symptoms of Bosnian children, *Pediatrics* 100 (5), Seite 873–8.

Goodman, R. und Scott, S. (2005): *Child Psychiatry*, 2nd edition, Blackwell Publishing, Oxford, Malden, Carlton.

Grill, B. (2003): Afrikas erster Weltkrieg, *Die Zeit* (28.05.2003).

Hadi, F. A. und Llabre, M. M. (1998): The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: psychological and cognitive factors, *J Trauma Stress* 11 (1), Seite 45–56.

Hargrave, T. D. und Sells, J. N. (1997): The development of a forgiveness scale, *J Marital Fam Ther* 23 (1), Seite 41–63.

-
- Hawk, G. W. (2001): *Transcending transgression: Forgiveness and reconciliation*, Wilmot, W. und Hocker, J. L., *Interpersonal Conflict*, Seite 293–317, McGraw-Hill, New York.
- Hawkins, S. S. und Radcliffe, J. (2006): Current measures of PTSD for children and adolescents, *J Pediatr Psychol* 31 (4), Seite 420–30.
- Herman, J. L. (1992): *Trauma and recovery*, Basic Books, New York.
- Herold, G. (2005): *Innere Medizin 2005: eine vorlesungsorientierte Darstellung*, Herold, Köln.
- Hubbard, J.; Realmuto, G. M.; Northwood, A. K. und Masten, A. S. (1995): Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (9), Seite 1167–73.
- International Criminal Court (2008): *Cases, 2008*. [<http://www.icc-cpi.int/cases.html>]. 17.01.2008.
- International Crisis Group (2006a): *Conflict history: Uganda*, International Crisis Group. [http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?action=conflict_search&l=1&t=1&c_country=111]. 18.01.2007.
- International Crisis Group (2006b): *Conflict history: DR Congo*, International Crisis Group. [http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?action=conflict_search&l=1&t=1&c_country=37]. 19.01.2007
- IKRK (1977): I. Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte vom 8. Juni 1977, BGBl. II 1990, S. 1551 ff.
- IKRK (1977 [2]): II. Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte vom 8. Juni 1977, BGBl. II 1990, S. 1551 ff.
- International Labor Organisation (2003): *Wounded Childhood: The Use of Children in Armed Conflict in Central Africa*, International Labor Office, Genf.
- Ivarsson, T.; Lidberg, A. und Gillberg, C. (1994): The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population, *J Affect Disord* 32 (2), Seite 115–25.
- Jahnke, K. H. und Buddrus, M. (1989): *Deutsche Jugend 1933–1945: eine Dokumentation*, VSA-Verlag, Hamburg.
- Johnson, D. (2007): *Frieden statt Gerechtigkeit*, *Die Tageszeitung* (05.12.2007).

Kaminer, D.; Stein, D. J.; Mbanga, I. und Zungu-Dirwayi, N. (2001): The Truth and Reconciliation Commission in South Africa: relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses, *Br J Psychiatry* 178, Seite 373–7.

Kanagaratnam, P.; Raundalen, M. und Asbjornsen, A. E. (2005): Ideological commitment and posttraumatic stress in former Tamil child soldiers, *Scand J Psychol* 46 (6), Seite 511–20.

Kardiner, A. (1941): *The traumatic neurosis of war*, Paul B. Hoebner Inc., New York.

Kassam-Adams, N. und Newman, E. (2002): The reactions to research participation questionnaires for children and for parents (RRPQ-C and RRPQ-P), *Gen Hosp Psychiatry* 24 (5), Seite 336–42.

Keilson, H. (1998): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made-disaster, Endres, M und Biermann, G, *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*, Seite 44–58, Reinhardt, München, Basel.

Khan, M. M. (1963): The Concept of Cumulative Trauma, *Psychoanal Study Child* 18, Seite 286–306.

Kinzie, J. D.; Sack, W. H.; Angell, H.A.; Manson, S. und Rath, B. (1986): The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25, Seite 370–6.

Kleinman, A. (1987): Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness, *Br J Psychiatry* 151, Seite 447–54.

Kleiter, E. F. (2003): *Konflikt und Versöhnung: über den empirischen Zusammenhang von Konflikt und Versöhnungsbereitschaft bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Pabst Science Publishers, Lengerich.

Koch, H. W. (1975): *Geschichte der Hitlerjugend*, Schulz, Percha a. Starnberger See; Kempfenhausen a. Starnberger See.

Kopetzky, H. (1981): *In den Tod, hurra! Deutsche Jugend-Regimenter im 1. Weltkrieg; Ein historischer Tatsachenbericht über Langemarck*, Kleine Bibliothek; 228 Politik, Wissenschaft, Zukunft, Pahl-Rugenstein, Köln.

Kosonen, A. (1987): *The special protection of children and child soldiers: a principle and its application*, University of Helsinki, Helsinki.

Koudissa, J. (2004): *Palaver und Kultur der Versöhnung in Afrika*; Prestin, K., *Versöhnung in Afrika und Europa: Eindrücke von einem Workshop*, Bonn, 10.02.2004, Seite 11–19, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

- Krener, P. G. und Sabin, C. (1985): Indochinese immigrant children: problems in psychiatric diagnosis, *J Am Acad Child Psychiatry* 24 (4), Seite 453–8.
- Krill, F. (1987): *The United Nations Convention on the Rights of the Child and his protection in armed conflict*, United Nations, Genf.
- Kuterovac, G.; Dyregrov, A. und Stuvland, R. (1994): Children in war: a silent majority under stress, *Br J Med Psychol* 67 (Pt 4), Seite 363–75.
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003): Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study, *J Clin Psychol* 59 (1), Seite 9–25.
- Landolt, M. A. (2004): *Psychotraumatologie des Kindesalters*, Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.
- Laor, N.; Wolmer, L. und Cohen, D. J. (2001): Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack, *Am J Psychiatry* 158 (7), Seite 1020–6.
- Lavi, T. und Solomon, Z. (2005): Palestinian youth of the Intifada: PTSD and future orientation, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44 (11), Seite 1176–83.
- Lederach, J. P. (1997): *Building peace: sustainable reconciliation in divided societies*, United States Institute of Peace Press, Washington.
- Legrand, J. C. (1999): *Lessons learned from Unicef field programs for the prevention of recruitment, demobilization and reintegration of child soldiers*, UNICEF Publications, New York.
- Lehmann, K. und Teuchert-Noodt, G. (2005): *Trauma und Hirnentwicklung*, Resch, F. und Schulte-Markwort, M., *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie: Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma*, Beltz PVU, Weinheim.
- Levi, P. (1982): *Atempause*, Wegner-Verlag, Hamburg.
- Machel, G. und Salgado, S. (2001): *The impact of war on children: a review of progress since the 1996 United Nations Report on the impact of armed conflict on children*, Hurst and Company, London.
- Macksoud, M. S. (1992): Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children, *Journal of Refugee Studies* (5), Seite 1–15.
- Macksoud, M. S. und Aber, J. L. (1996): The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon, *Child Dev* 67 (1), Seite 70–88.
- Marsella, A. J. und Christopher, M. A. (2004): Ethnocultural considerations in disasters: an overview of research, issues, and directions, *Psychiatr Clin North Am* 27 (3), Seite 521–39.

Marsella, A. J.; Friedmann, M.J. und Spain, E. H. (1996): Ethnocultural aspects of PTSD: an overview of issues and research directions, Marsella, A. J.; Friedmann, M.J.; Gerrity, E.T. und Scurfield, R.M., *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder*, Seite 105–29, American Psychological Association, Washington DC.

Masinda, M. T. und Muhesi, M. (2004): Children and adolescents' exposure to traumatic war stressors in the Democratic Republic of Congo, *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 16 (1), Seite 25–30.

McCullough, M. E.; Rachal, K. C.; Sandage, S. J.; Worthington, E. L., Jr.; Brown, S. W. und Hight, T. L. (1998): Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement, *J Pers Soc Psychol* 75 (6), Seite 1586–603.

McEwen, B. S. (1998): Protective and damaging effects of stress mediators, *N Engl J Med* 338 (3), Seite 171–9.

McFarlane, A. (1995): The severity of trauma: issues about its role in post-traumatic stress disorder, Kleber, R.; Figley, C. und Gersons, B., *Beyond Trauma, Cultural and Societal dynamics*, Seite 31–54, Plenum, New York.

McFarlane, A. C. (1997): The prevalence and longitudinal course of PTSD. Implications for the neurobiological models of PTSD, *Ann N Y Acad Sci* 821, Seite 10–23.

Mentzos, S. (1991): *Neurotische Konfliktverarbeitung: Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*, Fischer, Frankfurt am Main.

Mghir, R.; Freed, W.; Raskin, A. und Katon, W. (1995): Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees, *J Nerv Ment Dis* 183 (1), Seite 24–30.

Mittermaier, K. (1999): *Kinder als Soldaten: Eskalationen der Gewalt in Vergangenheit und Gegenwart*, Druck- und Verlags-Haus Thaur, Thaur.

Mjøset, L. und Van Holde, S. (2002): *The comparative study of conscription in the armed forces*, Comparative social research, JAI Press Inc., US, Greenwich.

Mollica, R. F. (2000): Waging a new kind of war. Invisible wounds, *Sci Am* 282 (6), Seite 54–7.

Mollica, R. F.; McInnes, K.; Poole, C. und Tor, S. (1998): Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence, *Br J Psychiatry* 173, Seite 482–8.

Münkler, H. (2003): *Die neuen Kriege*, 6. Auflage, Rowohlt, Hamburg.

- Myers, C.S. (1915): A contribution to the study of shell shock, *Lancet*, Seite 316–20.
- Nader, K. und Fairbanks, L. (1994): The suppression of reexperiencing: impulse control and somatic symptoms in children following traumatic exposure, *Anxiety, Stress and Coping* 7, Seite 229–39.
- Nader, K. O.; Pynoos, R. S.; Fairbanks, L. A.; al-Ajeel, M. und al-Asfour, A. (1993): A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis, *Br J Clin Psychol* 32 (Pt 4), Seite 407–16.
- Nader, K.; Pynoos, R.; Fairbanks, L. und Frederick, C. (1990): Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school, *Am J Psychiatry* 147 (11), Seite 1526–30.
- Najarian, L. M.; Goenjian, A. K.; Pelcovitz, D.; Mandel, F. und Najarian, B. (1996): Relocation after a disaster: posttraumatic stress disorder in Armenia after the earthquake, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 (3), Seite 374–83.
- Netland, M. (2005): Event-list construction and treatment of exposure data in research on political violence, *J Trauma Stress* 18 (5), Seite 507–17.
- Neuner, F.; Schauer, M.; Karunakara, U.; Klaschik, C.; Robert, C. und Elbert, T. (2004): Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees, *BMC Psychiatry* 4, Seite 34.
- Newton, R. R. und Rundestam, K. E. (1999): *Your statistical Consultant*, Sage, Thousand Oaks.
- Niederland, W. G. (1964): Psychiatric Disorders among Persecution Victims. A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and Its after-Effects, *J Nerv Ment Dis* 139, Seite 458–74.
- Oppenheim, H. (1892): Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883–1891 gesammelten Beobachtungen, 2. Auflage, Hirschwald, Berlin.
- Österreicher, J. (2001): Kinder nach dem Krieg im Kosovo: Entwicklung eines Selbstbeurteilungsfragebogens zur Erfassung von Versöhnungsbereitschaft, Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Paardekooper, B.; de Jong, J. T. und Hermanns, J. M. (1999): The psychological impact of war and the refugee situation on South Sudanese children in refugee camps in Northern Uganda: an exploratory study, *J Child Psychol Psychiatry* 40 (4), Seite 529–36.

Perkonig, A.; Kessler, R. C.; Storz, S. und Wittchen, H. U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity, *Acta Psychiatr Scand* 101 (1), Seite 46–59.

Pfefferbaum, B. (2002): Posttraumatic Stress Disorder, Lewis, M., *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd. edition, Seite 912–25, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Pham, P. N.; Weinstein, H. M. und Longman, T. (2004): Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation, *Jama* 292 (5), Seite 602–12.

Piaget, J. (1975): *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde* 2, 1. Auflage, Klett, Stuttgart.

Pynoos, R. S.; Frederick, C.; Nader, K.; Arroyo, W.; Steinberg, A.; Eth, S.; Nunez, F. und Fairbanks, L. (1987): Life threat and posttraumatic stress in school-age children, *Arch Gen Psychiatry* 44 (12), Seite 1057–63.

Pynoos, R. S.; Goenjian, A.; Tashjian, M.; Karakashian, M.; Manjikian, R.; Manoukian, G.; Steinberg, A. M. und Fairbanks, L. A. (1993): Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake, *Br J Psychiatry* 163, Seite 239–47.

Pynoos, R. S. und Nader, K. (1988): Children who witness the sexual assaults of their mothers, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 (5), Seite 567–72.

Pynoos, R. S. (1994): Traumatic stress and development psychopathology in children and adolescents, Pynoos, R. S., *Posttraumatic stress disorder: a clinical review*, Sidran Press, Lutherville.

Pynoos, R. S.; Steinberg, A. M. und Wraith, R. (1995): A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress, Cicchetti, D. und Cohen, D. J., *Developmental Psychopathology*, Wiley, New York.

Qouta, S.; Punamaki, R. L. und El Sarraj, E. (2003): Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence, *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12 (6), Seite 265–72.

Rauch, S. L.; van der Kolk, B. A.; Ffischer, R. E.; Alpert, N. M.; Orr, S. P.; Savage, C. R.; Fischman, A. J.; Jenike, M. A. und Pitman, R. K. (1996): A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery, *Arch Gen Psychiatry* 53 (5), Seite 380–7.

Resch, F. (1996): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters: ein Lehrbuch*, Beltz, Weinheim.

Riedesser, P. (2003): Entwicklungspsychotraumatologie, Herpertz-Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M.; Warnke, A.; Amorosa, H., Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, Stuttgart, New York.

Riedesser, P.; Fischer, G. und Schulte-Markwort, M. (1998): Zur Entwicklungspsychologie und -pathologie des Traumas, Streeck-Fischer, A., Adoleszenz und Trauma, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

Riedesser, P. und Verderber, A. (1985): Aufrüstung der Seelen: Militärpsychiatrie und Militärpsychologie in Deutschland und Amerika, Dreisam Verlag, Freiburg i. Br.

Riedesser, P. und Verderber, A. (2004): Maschinengewehre hinter der Front: zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Dreisam Verlag, Freiburg i. Br.

Robertson, M. M.; Williamson, F. und Eapen, V. (2006): Depressive symptomatology in young people with Gilles de la Tourette Syndrome – a comparison of self-report scales, *J Affect Disord* 91 (2–3), Seite 265–8.

Rosenblatt, R. (1986): Kinder des Krieges: Gespräche mit Kindern aus Nordirland, Israel, Libanon, Kambodscha u. Vietnam. Ullstein-Buch, Ullstein, Frankfurt/M.

Rosner, R. (2003): Introduction: psychosocial consequences of the war in the region of former Yugoslavia, *J Clin Psychol* 59 (1), Seite 1–8.

Rousseau, C.; Drapeau, A. und Platt, R. (1999): Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees, *Child Abuse Negl* 23 (12), Seite 1263–73.

Roussos, A.; Goenjian, A. K.; Steinberg, A. M.; Sotiropoulou, C.; Kakaki, M.; Kabakos, C.; Karagianni, S. und Manouras, V. (2005): Posttraumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosia, Greece, *Am J Psychiatry* 162 (3), Seite 530–7.

Ruchkin, V.; Schwab-Stone, M.; Jones, S.; Cicchetti, D. V.; Kopolov, R. und Vermeiren, R. (2005): Is posttraumatic stress in youth a culture-bound phenomenon? A comparison of symptom trends in selected U.S. and Russian communities, *Am J Psychiatry* 162 (3), Seite 538–44.

Runciman, S. (2003): Geschichte der Kreuzzüge, 4. Auflage, Dt. Taschenbuch-Verl., München.

Sack, W. H.; Clarke, G.; Him, C.; Dickason, D.; Goff, B.; Lanham, K. und Kinzie, J. D. (1993): A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 (2), Seite 431–7.

Sack, W. H.; Seeley, J. R. und Clarke, G. N. (1997): Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer Adolescent Refugee Project, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (1), Seite 49–54.

Sandoz, Y; Swinarski, C und Zimmermann, B (1987): Commentary on the Additional Protocol of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949, International Committee of the Red Cross, Nijhoff, Genf.

Saß, H.; Wittchen, H.-U. und Zaudig, M. (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM IV). Deutsche Bearbeitung, 2. Auflage, Hogrefe, Göttingen.

Schaal, S. und Elbert, T. (2006): Ten years after the genocide: trauma confrontation and post-traumatic stress in Rwandan adolescents, *J Trauma Stress* 19 (1), Seite 95–105.

Scheen, T. (2006): Die eigene Armee im Stich gelassen, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (10.03.2006), Seite 4.

Scheeringa M.S., Zeanah, C.H., Drell, M.J. und Larrieu, J. (1995): Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (2), Seite 191–200.

Scheeringa M.S., Zeanah, C.H., Meyers, L. und Putnam, F.W. (2003): New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (5), Seite 561–70.

Schönhöfer, D. C.; Aßhauer, M. und Adam, H. (2005): Darf man danach fragen – Erfahrungen von Flüchtlingskindern bei der Teilnahme an einer Befragung zu Kriegs- und Fluchterlebnissen, *Psychozial* 28 (10), Seite 107–19.

Schwab-Stone, M.; Ruchkin, V.; Vermeiren, R. und Leckman, P. (2001): Cultural considerations in the treatment of children and adolescents. Operationalizing the importance of culture in treatment, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 10 (4), Seite 729–43.

Shaw, J. A. (2003): Children exposed to war/terrorism, *Clin Child Fam Psychol Rev* 6 (4), Seite 237–46.

Shay, J.; Reemtsma, J. P. und Kochmann, K. (1998): Achill in Vietnam: Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust. Hamburger Ed., Hamburg.

Singer, P. W. (2005): *Children at war*, 1. Auflage, Pantheon Books, New York.

Smith, P.; Perrin, S.; Yule, W.; Hacam, B. und Stuvland, R. (2002): War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample, *J Trauma Stress* 15 (2), Seite 147–56.

Smith, P.; Perrin, S.; Yule, W. und Rabe-Hesketh, S. (2001): War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina, *J Child Psychol Psychiatry* 42 (3), Seite 395–404.

Snyder, C. R. und Heinze, L. S. (2005): Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse, *Cognition and Emotion* 19 (3), Seite 413–31.

Somasundaram, D. (2002): Child soldiers: understanding the context, *Bmj* 324 (7348), Seite 1268–71.

Spitz, D. (2006): How much truth and how much reconciliation? Intrapsychic, interpersonal, and social aspects of resolution, Potter, N.N., *Trauma, truth and reconciliation: healing damaged relationships*. Oxford University Press, Oxford, New York.

Stein, B.; Comer, D.; Gardner, W. und Kelleher, K. (1999): Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34 (9), Seite 464–9.

Steinberg, A. M.; Brymer, M. J.; Decker, K. B. und Pynoos, R. S. (2004): The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index, *Curr Psychiatry Rep* 6 (2), Seite 96–100.

Stichick, T. und Bruderlein, C. (2001): *Children facing Insecurity: New Strategies for Survival in a Global Era*, Havard Programm on Humanitarian Policy and Conflict Research for the Canadian Department of Foreign Affairs and International Trade. [<http://www.hpcr.org/pdfs/ChildrenFacingInsecurity.pdf>]. 11.04.2006.

Stohl, R. (2001): *Global Report on Child Soldiers Released*, Center for Defense Information. [<http://www.cdi.org/program/issue/document.cfm?DocumentID=575&IssueID=106&StartRow=1&ListRows=10&appendURL=&Orderby=DateLastUpdated&ProgramID=21&issueID=106>]. 16.05.2006.

Streek-Fischer, A. (2005): *Trauma und Entwicklung*, Resch, F. und Schulte-Markwort, M., *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie: Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma*, 1. Auflage, Beltz PVU, Weinheim.

Streck-Fischer, A. (2006): *Trauma und Entwicklung: Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*, 1. Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York.

Stowasser, J. M.; Petschenig, M.; Skutsch, F. (1994): *Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*, Auflage 1994, Oldenbourg Schulbuchverlag, Oldenburg.

Summerfield, D. (2000): War and mental health: a brief overview, *Bmj* 321 (7255), Seite 232–5.

Summerfield, D. (2002): Effects of war: moral knowledge, revenge, reconciliation, and medicalised concepts of "recovery", *Bmj* 325 (7372), Seite 1105–7.

Tabachnik, B.G. und Fidell, L.S. (2001): *Using multivariate statistics.*, 4th edition, Allyn and Bacon, Boston.

Teicher, M. H.; Andersen, S. L.; Polcari, A.; Anderson, C. M. und Navalta, C. P. (2002): Developmental neurobiology of childhood stress and trauma, *Psychiatr Clin North Am* 25 (2), Seite 397–426, vii–viii.

Terr, L. C. (1991): Childhood traumas: an outline and overview, *Am J Psychiatry* 148 (1), Seite 10–20.

Terr, L. C.; Bloch, D. A.; Michel, B. A.; Shi, H.; Reinhardt, J. A. und Metayer, S. (1999): Children's symptoms in the wake of Challenger: a field study of distant-traumatic effects and an outline of related conditions, *Am J Psychiatry* 156 (10), Seite 1536–44.

Tewes, L. (1989): *Jugend im Krieg: von Luftwaffen Helfern und Soldaten 1939–1945*, Hobbing, Essen.

Thabet, A. A.; Abed, Y. und Vostanis, P. (2002): Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study, *Lancet* 359 (9320), Seite 1801–4.

Thabet, A. A.; Abed, Y. und Vostanis, P. (2004): Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict, *J Child Psychol Psychiatry* 45 (3), Seite 533–42.

Thabet, A. A. und Vostanis, P. (1999): Post-traumatic stress reactions in children of war, *J Child Psychol Psychiatry* 40 (3), Seite 385–91.

Thabet, A. A. und Vostanis, P. (2000): Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study, *Child Abuse Negl* 24 (2), Seite 291–8.

Tomuschat, C (2002): Mehr Schutz für die Schutzlosen, *Vereinte Nationen* 50 (3), Seite 89–93.

Townsend, P. (1980): *The smallest pawns in the game*, Little, Boston.

Twum-Danso, A. (2003): *Africa's young soldiers: the co-option of childhood*. Institute for Security Studies, Pretoria.

Unicef (2002): *Adult Wars, Child Soldiers*, Unicef Publications, Genf.

Unicef (2003): Kinder, beraubt um ihre Kindheit: Wenn Kinder als Soldaten missbraucht werden, Zürich, Unicef Schweiz. [www.unicef-suisse.ch/update/d/pdf/hintergrund/Magazin_0301.pdf.Access Date]. 06.06.2006.

Unicef (2006): Hilferuf für die Kinder im Kongo, Unicef Deutschland. [http://www.unicef.de/3718.html]. 18.01.2007.

United Nations Integrated Regional Information Networks (2006a): Uganda: Time to go home? United Nations Integrated Regional Information Networks. [http://www.irinnews.org/S_report.asp?ReportID=52900&SelectRegion=East_Africa]. 20.01.2007.

United Nations Integrated Regional Information Networks (2006b): UGANDA: Account for missing children in the north – SC, United Nations Integrated Regional Information Networks, [http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=53834&SelectRegion=East_Africa&SelectCountry=UGANDA]. 10.06.2006.

United Nations Integrated Regional Information Networks (2007): SUDAN-UGANDA: Rebel delegation quits talks, seeks 'neutral' venue, United Nations Integrated Regional Information Networks, [http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=57043&SelectRegion=East_Africa,%20Horn_of_Africa,%20&SelectCountry=Sudan-Uganda]. 20.01.2007.

Ursano, R. J. und Shaw, J. A. (2007): Children of war and opportunities for peace, *Jama* 298 (5), Seite 567–8.

van der Kolk, B. A. (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstrauma, *Streek-Fischer, A., Adoleszenz und Trauma*, Seite 32–56, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

van der Kolk, B. A.; Burbridge, J. A. und Suzuki, J. (1998): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen, *Streek-Fischer, A., Adoleszenz und Trauma*, Seite 57–78, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

van der Kolk, B. A.; Pelcovitz, D.; Roth, S.; Mandel, F. S.; McFarlane, A. und Herman, J. L. (1996): Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma, *Am J Psychiatry* 153 (7. Suppl), Seite 83–93.

van der Kolk, B. A.; Roth, S.; Pelcovitz, D.; Sunday, S. und Spinazzola, J. (2005): Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma, *J Trauma Stress* 18 (5), Seite 389–99.

van der Kolk, B. A. und van der Hart, O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma, *Am J Psychiatry* 146 (12), Seite 1530–40.

van der Kolk, B. A. (1996): The complexity of adaptation to trauma in traumatic stress, van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C. und Weisaeth, L., Traumatic stress, Guilford Press, New York.

Veale, A. und Stravrou, A. (2003): Violence, reconciliation and identity: the reintegration of Lord's Resistance Army child abductees in northern Uganda, Institute for Security Studies, Pretoria.

Vereinte Nationen (1990): Übereinkommen über die Rechte des Kindes, BGBl. II 1992, S. 121. ff.

Vereinte Nationen (1997): Cape Town Principles on the Prevention of Recruitment of Children into the Armed Forces and Demobilization and Social Reintegration of Child Soldiers, United Nations, UN-Doc. E/CN.4/1998/NGO/2.

Vereinte Nationen (1998): Römisches Statut des Internationalen Strafgerichtshofes, BGBl II 2000, S. 1393 ff.

Vereinte Nationen (2001): Africa Recovery: The road from soldier back to child, United Nations [<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no3/153chil2.htm>]. 15.05.2005.

Vereinte Nationen (2002): Fakultativprotokoll zur Konvention über die Rechte des Kindes betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten, BGBl. 2004 II, S. 1355 ff.

Vereinte Nationen (2005): Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict, Report to the General Assembly A/60/335, United Nations. [<http://www.un.org/special-rep/children-armed-conflict/>]. 12.05.2006.

Verhey, B. (2003): Going Home, Demobilising and reintegrating child soldiers in the Democratic Republic of Congo, Save the Children, London. [<http://www.reliefweb.int/library/documents/2003/save-drc-02oct.pdf>]. 14.01.2007.

Vizek-Vidovic, V.; Kuterovac-Jagodic, G. und Arambasic, L. (2000): Posttraumatic symptomatology in children exposed to war, Scand J Psychol 41 (4), Seite 297–306.

Watchlist on Children and Armed Conflict (2006): Struggling to Survive: Children in Armed Conflict in the Democratic Republic of the Congo, New York, Watchlist on Children and Armed Conflict [http://www.watchlist.org/reports/dr_congo.php]. 24.05.2006.

Weiß, I. (1992): Der völkerrechtliche Schutz von Kindern in bewaffneten Konflikten, Dissertation, Regensburg.

-
- Wessels, M. (2004): Wiederaufbau und Versöhnung nach Konflikten, Sommer, G., Krieg und Frieden: Handbuch der Konflikt- und Friedenspsychologie, 1. Auflage, Seite 522–40, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin.
- WHO (1981) Disability, Prevention and Rehabilitation. Technical Series Report Series 668, Geneva. [<http://www.who.int/topics/rehabilitaion/en/>]. 01.11.2008.
- WHO (1997): Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 2.1., Genf.
- Widom, C.S. (1987): The cycle of violence, Science 244, Seite 160–5.
- Wolfrum, R. (1994): Handbuch des humanitären Völkerrechts, Fleck, D, C.H. Beck Verlag, München.
- Yule, W. und Udwin, O. (1991): Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: experiences from the 'Jupiter' sinking, Br J Clin Psychol 30 (Pt 2), Seite 131–8.
- Yule, W. (1994): Post-Traumatic Stress Disorders, Rutter, M.; Taylor, E. A. und Hersov, L. A., Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, 3rd edition, Blackwell, Oxford.
- Yule, W. (2003): Post-Traumatic Stress Disorder, Rutter, M. und Taylor, E. A., Child and Adolescent Psychiatry, 4. Auflage, Seite 520–28. Blackwell Science, Malden/Massachusetts.
- Zabel, J. K. (1978): Das preußische Kadettenkorps: militärische Jugenderziehung als Herrschaftsmittel im preußischen Militärsystem, Studien zur Politikdidaktik; 5. Auflage, Haag und Herchen, Frankfurt/Main.

10 Anhang

10.1 Gespräche mit ehemaligen Kindersoldaten

Die im Folgenden auszugsweise wiedergegebenen Gespräche wurden, abseits der eigentlichen Datenerhebung, in Uganda und der D.R. Kongo geführt.

10.1.1 Antoni, 14 Jahre (Uganda)

Antoni ist 14 Jahre alt und lebt zum Zeitpunkt unseres Gespräches im World-Vision-Rehabilitationscenter. Er ist misstrauisch und sehr zurückhaltend. Nach einiger Zeit fängt er allerdings an zu erzählen und ist kaum noch zu bremsen, als er von seinen Eltern und seinen drei Geschwistern spricht. Sein Vater war Farmer und seine Mutter hat als Freiwillige bei einer internationalen Hilfsorganisation gearbeitet. Antoni hat gerne Fußball gespielt und erzählt stolz, dass er bei Wettrennen auch meist der schnellste war.

„Dann“, lenkt er ein, „ist alles anders geworden.“ Die Sicherheitslage hat sich immer mehr verschlechtert und die Familie musste ihr Dorf verlassen und in ein Flüchtlingscamp ziehen. Die Camps werden von der ugandischen Armee bewacht und sollen Schutz gegen die Übergriffe der Rebellen bieten. Mitte 2002 war die ugandische Armee nicht mehr in der Lage, die Flüchtlinge in ihren Camps zu beschützen. Immer wieder kam es zu nächtlichen Angriffen. Eines Nachts wurde auch das Camp von Antoni und seiner Familie angegriffen und zum Teil niedergebrannt. In den darauf folgenden Nächten versteckte sich Antoni mit seinen Geschwistern aus Angst vor neuen Angriffen im Busch außerhalb des Camps. „Ich erinnere mich noch ganz genau,“ sagt Antoni, „ich war gerade dabei, mir mein Gesicht zu waschen und dann zur Schule zu gehen, als die Rebellen kamen. Und dabei hatte mein Vater doch alles organisiert, um mich und meine Geschwister am nächsten Tag in die Stadt in Sicherheit zu bringen.“ „Mein Vater und ich sind dann vor den Rebellen weggerannt. Die Rebellen haben sofort auf uns geschossen. Mich haben sie verfehlt, doch mein Vater wurde erschossen“, berichtet Antoni. „Meinen Bruder und mich haben die Soldaten, von denen die meisten auch noch Kinder waren, dann mitgenommen.“ Nach stundenlangem Fußmarsch kamen die Brüder dann an den Fluss Achwa. Hier geriet die Gruppe der Rebellen, die Antoni und seinen Bruder entführt hatten, in ein Feuergefecht mit ugandischen Armeeeinheiten. Antonis Bruder konnte die Situation nutzen, um zu entkommen, doch Antoni selbst hatte weniger Glück und wurde von den Rebellen tiefer in den Busch verschleppt.

Im Busch bekam Antoni eine Waffe und musste aufseiten der LRA-Rebellen kämpfen. „Vor jedem Kampf haben wir uns mit einem speziellen Zauberöl eingerieben und waren dann für die Kugeln des Feindes unverwundbar. Trotzdem sind viele andere Kinder getötet worden. Die haben dann nicht genug an das Zauberöl geglaubt und waren deshalb verwundbar, hat uns der Commander erläutert. Am schlimmsten war mein erster Kampfeinsatz im Tesso Sub-

County. Wir mussten ein kleines Dorf überfallen und jeden töten, denn wir finden konnten“, erläutert Antoni. Kurz darauf floh Antonis Cousin, der auch als Kindersoldat bei den LRA-Rebellen war. Für die Flucht seines Cousins wurde Antoni mit 50 Stockhieben bestraft. Damit, sagt Antoni, sei er noch recht glimpflich davongekommen. Oftmals werden Kinder, deren Freunde oder Verwandte fliehen, zur Abschreckung für die anderen getötet.

Während seiner Zeit bei der LRA hat Antoni so gut wie nie gespielt. „Gelacht habe ich nur, wenn wir uns über lustige Geschichten von zu Hause unterhalten haben,“ sagt Antoni, „doch dabei musste man immer aufpassen, dass die Commander nicht hörten, dass man sich über zu Hause unterhält. Die denken sonst, man habe Heimweh und wolle fliehen.“ Geflohen ist Antoni dann zwei Jahre nach seiner Entführung, während eines Angriffs der ugandischen Armee. Mit einigen ebenfalls geflohenen Freunden ist Antoni mehrere Tage durch den Busch geirrt. „Einer meiner Freunde wollte sich dann in einem der Flüchtlingscamps der ugandischen Armee stellen. Doch die Bewohner erkannten den ehemaligen Rebellen und prügeln ihn zu Tode. Die Leute in diesem District sind alle sehr böse“, erzählt Antoni. Er selbst hat sich dann einige Tage später an einem anderen Ort der ugandischen Armee ergeben. „Mein Gewehr hatte ich allerdings die ganze Zeit dabei. Falls ich die Rebellen noch mal getroffen hätte, hätte ich sagen können, dass ich während des Gefechts von meiner Einheit getrennt wurde und nach ihnen gesucht hätte“, erläutert Antoni. Die erste Station für den Jungen war die sogenannte „Child Protection Unit“ der ugandischen Armee. Hier werden die Kinder über alles für die Armee Relevante ausgefragt, bekommen aber auch eine erste medizinische Versorgung. Jetzt ist Antoni im World-Vision-Rehabilitationscenter in Gulu. Die grausamen Erlebnisse sieht man Antoni an. Seine Mimik und Gestik erinnern nur wenig an die eines Kindes. Auch Antoni möchte gern wieder zur Schule gehen und anschließend Fahrer oder Mechaniker für Motorräder werden. „Ich habe jedoch keine Ahnung wie ich das Ganze hinkommen soll“, beendet Antoni unser Gespräch.

10.1.2 Safari, 15 Jahre (D.R. Kongo)

Noch immer träumt der 15-jährige Safari jede Nacht von dem Abend, als seine Einheit von gegnerischen Hutu-Milizen überfallen wurde. „Meine Freunde, die neben mir saßen, sind plötzlich umgefallen“, erzählt der Junge. „Die sind von Kugeln der Hutus getroffen worden.“

Bevor Safari sich den „Mai-Mai“-Milizen anschloss („Mai-Mai“ bedeutet reines Wasser), wohnte er zusammen mit seinen vier Geschwistern und seinen Eltern in einem Dorf in der Provinz Süd-Kivu. Die Familie lebte vom Ackerbau und Safari verkaufte nach der Schule noch in dem kleinen Laden der Familie Kekse, Zigaretten und andere Kleinigkeiten. Als der Krieg ausbrach, wurde sein Vater von Tutsi-Rebellen getötet. Safari floh mit seiner Mutter und seinen Geschwistern in ein Flüchtlingscamp. Doch auch das Camp wurde ständig von Rebellen angegriffen. „Als ich gerade dabei war, die restlichen Waren aus unserem Laden zu verkaufen, um das Schulgeld für meine Geschwister und mich bezahlen zu können, kamen

fünf bewaffnete Kämpfer der Mubunde-40-Milizen. Die haben mich geschlagen und mir alles weggenommen. Jetzt konnte ich noch nicht einmal mehr zur Schule gehen“, berichtet Safari. „Ich wusste von einigen Freunden, dass auch andere Kinder bei den Rebellen waren, und so habe ich mich diesen dann auch angeschlossen. Was hätte ich auch sonst tun können?“ Damals war Safari gerade 10 Jahre alt. Schon bald merkt er, dass es ein Fehler war, sich den Soldaten anzuschließen. „Es war so grausam. So viele meiner Freunde sind gestorben. Immer wieder wurden wir nachts angegriffen. Meistens hatten wir auch nichts zu essen. Dann haben wir Dörfer überfallen und geplündert“, erzählt Safari mit leiser Stimme.

Nach Eintreffen der UN-Truppen war Safari einer der Ersten seiner Einheit, die demobilisiert wurden. Safari möchte nun gerne einen „richtigen“ Laden aufmachen und jede Menge Fußball spielen. „Soldaten sein, das möchte ich auf keinen Fall wieder“, beendet Safari unser Gespräch.

10.1.3 Gaddafi, 16 Jahre (D.R. Kongo)

Als Gaddafi, so sein Spitzname, den er bei der Armee gehabt hat und nun auch weiter verwendet, gerade 11 Jahre alt war, wurde seine Schule von bewaffneten Milizen der Mubunde-40 überfallen. Gaddafi wurde, wie viele seiner Klassenkameraden auch, von den Rebellen entführt und zum Militärdienst gezwungen. Nach einigen Tagen gelang ihm die Flucht. Wenig später wurde er jedoch erneut von den Soldaten entführt. „Die Soldaten haben mich dann fast totgeschlagen, als Strafe, weil ich weggelaufen war“, erzählt Gaddafi. Um einer erneuten Flucht vorzubeugen, wurde Gaddafi einer weit entfernten Einheit zugeteilt. „Hier“, sagt Gaddafi, „wurde ich dann ein richtiger Kämpfer. Wir hatten immer Geld, denn das haben wir uns einfach genommen. Mit Frauen haben wir es genauso gemacht. Als die Weißen dann gekommen sind, haben sie mich demobilisiert. Ich wäre noch zu jung, haben die gesagt“, erzählt er. Gaddafi wirkt nachdenklich und fährt fort: „Ich weiß, dass wir schlimme Dinge getan haben und ich bin froh, dass ich nun nicht mehr kämpfen muss.“ Gaddafi hat große Angst vor der Zukunft. „Ich habe keine Ahnung, wie alles weitergehen soll“, sagt er. Gaddafi wünscht sich, wieder zur Schule gehen zu können – und dass die grausamen Träume vom Krieg endlich aufhören.

10.1.4 Rufain, 15 Jahre (D.R. Kongo)

Rufain erzählt, er sei 15 Jahre alt. Er wirkt winzig für sein Alter. Rufain spielt an Position fünf in seiner Fußballmannschaft. „Ich bin ein guter Verteidiger“, erzählt er stolz. Rufain hat sich vor etwas mehr als einem Jahr freiwillig zur Armee gemeldet. „Mein Vater hat getobt und war sehr wütend, als er erfahren hat, dass ich zum Militär gegangen bin“, berichtet Rufain. Beim Militär war Rufain Leibwächter eines Kommandeurs und Kämpfer. Jetzt sitzt Rufain, wenn er nicht gerade Fußball spielt, einfach nur herum. Das Schulgeld für ihn und seine acht Geschwister können seine Eltern nicht bezahlen. „Ich will so schnell, wie es geht, wieder Soldat

sein. Als Soldat hat man alles und braucht dafür nicht zu arbeiten. Hier in unserem Dorf kann man sowieso nur auf dem Feld arbeiten. Das ist aber anstrengend und man verdient nichts dabei“, erzählt Rufain mit dem ernsten Blick eines Erwachsenen. „Meine Freunde, die zum Teil auch bei der Armee waren, wollen mich immer davon überzeugen, dass Krieg und Armee grausam und schrecklich sind. Die haben aber keine Ahnung“, meint Rufain. Auch das Kämpfen und Töten macht ihm nichts mehr aus. „Hieran habe ich mich gewöhnt“, erzählt er mit versteinerner Miene. Erst auf die Frage, ob er denn eine Freundin habe, ändert Rufain seinen Gesichtsausdruck und sagt mit einem Kichern, dass er Mädchen immer noch doof findet.

10.2 Kindersoldaten – Zeugnisse in Bildern und Zeichnungen





UNICEF Centre de Transit et d'Orientation,
Goma (D.R. Kongo), 2005



UNICEF Centre de Transit et d'Orientation
Goma (D.R. Kongo), 2005



Rückführung ehemaliger Kindersoldaten zu ihren Familien
Gulu (Uganda), 2005



Zeichnung eines ehemaligen Kindersoldaten
World Vision Children of War Center
Gulu (Uganda), 2005



Zeichnung eines ehemaligen Kindersoldaten
World Vision Children of War Center
Gulu (Uganda), 2005



Zeichnung eines ehemaligen Kindersoldaten
World Vision Children of War Center
Gulu (Uganda), 2005



Zeichnung eines ehemaligen Kindersoldaten
World Vision Children of War Center
Gulu (Uganda), 2005

10.3 Fragebögen

10.3.1 Fragebogen Englisch

Children Questionnaire

date: | | | | | | | |

code: | | | |

group: CS



You can answer most of the questions simply by marking the correct box. Here is an example of a box that has been marked with a cross:



Do not think too long when answering the question.

Please do not skip any questions.



This is not a test.

The important thing is that you answer honestly what you think.

All answers are voluntary.

Your answers will not be passed on to your parents or teacher.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Scales for Children afflicted by War and Persecution (SCWP)
© 2001–2005 Outpatient Clinic for Refugee Children and their Families
ALL RIGHTS RESERVED
Do not duplicate or distribute without permission

University Clinic Hamburg
Department of Child and Adolescent Psychiatry
Prof. Dr. med. P. Riedesser
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Germany

A. Me and my family

1. Please check the appropriate box: I am a: ₁ boy ₂ girl
2. My age is _____ years
3. My ethnicity is: _____
4. My religion is: ₁ christian ₂ islamic ₃ other (please specify): _____
5. I go /went to: ? Check only one!
₁ no school
₂ primary school
₃ secondary school
6. I was abducted whith the age of _____years.
7. For how long have you been in captivity? _____
8. Since how long have you returned from captivity? _____
9. Do you stay in contact with your family?
₁ yes
₂ no

B. Experiences during the Conflict

The following questions are about your experiences during the conflict. Please mark **no** or **yes** for each question. If you don't know the answer to certain questions you can leave them out.

1. Were you forced by violence to enter the armed group?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
2. During the war you strongly believed you would starve or thirst to death?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
3. Have you ever been so ill that you believed you would die?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
4. Have you ever been forced to have sexual contact against your will?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
5. Where your home or properties looted during the war?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
6. Did you witness shooting or bombing from a very close distance during the war?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
7. Were you ever injured during an attack?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
8. Was a family member or a friend seriously injured during an attack?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
9. Was a close member of your family or a friend killed during an attack?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
10. Did you witness someone being wounded or killed?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
11. Where you ever seriously beaten by members of the armed group?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
12. Have you personally killed another person?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
13. Did you have to loot properties and burn houses of civilians?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
14. Did you have to fight?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
15. Did anyone at the armed group personally threaten to kill or seriously hurt you?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
16. Have you witnessed, that a child was punished to severe injury or dead?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES
17. Have you been forced to punish or abduct personally other children?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES

Source: Hussain, Holcomb, 1994; Derluyn et. al., 2002; FKF, 2005 ;

C. Reaction Index

Here is a list of 22 problems people sometimes have after very bad things happen. As you read each problem, think about your worst experience(s). Then, tick the box that tells how often the problem has happened to you **IN THE PAST MONTH**. Please be sure to answer all questions.

During the past month ...	None 0	Little 1	Some 2	Much 3	Most 4
1. I watch out for danger or things that I am afraid of.	<input type="checkbox"/>				
2. When something reminds me of what happened, I get very upset, afraid or sad.	<input type="checkbox"/>				
3. I have upsetting thoughts, pictures, or sounds of what happened come into my mind when I do not want them to.	<input type="checkbox"/>				
4. I feel grouchy, or I am easily angered.	<input type="checkbox"/>				
5. I have dreams about what happened or other bad dreams.	<input type="checkbox"/>				
6. I feel like I am back at the time when the bad thing happened, living through it again.	<input type="checkbox"/>				
7. I feel like staying by myself and not being with my friends.	<input type="checkbox"/>				
8. I feel alone inside and not close to other people.	<input type="checkbox"/>				
9. I try not to talk about, think about, or have feelings about what happened.	<input type="checkbox"/>				
10. I have trouble feeling happiness or love.	<input type="checkbox"/>				
11. I feel jumpy or startle easily, like when I hear a loud noise or when something surprises me.	<input type="checkbox"/>				
12. I have trouble going to sleep or I wake up often during the night.	<input type="checkbox"/>				
13. I have trouble remembering important parts of what happened.	<input type="checkbox"/>				
14. I have trouble concentrating or paying attention.	<input type="checkbox"/>				
15. I try to stay away from people, places, or things that make me remember what happened.	<input type="checkbox"/>				
16. When something reminds me of what happened, I have strong feelings in my body, like my heart beats fast, my head aches, or my stomach aches.	<input type="checkbox"/>				
17. I think that I will not live a long life.	<input type="checkbox"/>				

Source: UCLA Trauma Psychiatry Team, 1998

D. How I Have Been Feeling

The statements below refer to how you have felt over **THE PAST WEEK**. There are no right or wrong answers. It is important to say how you have felt. Please answer as honestly as you can. Put a tick in the appropriate box.

During the last week ...

	Never 0	Sometimes 1	Most of the time
1. I look forward to things as much as I used to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I sleep very well.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I feel like crying.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I like to go out and play.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I feel like running away.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I get stomach aches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I have lots of energy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I enjoy my food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I can stick up for myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I think life isn't worth living.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I am good at things I do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I enjoy the things I do as much as I used to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I like talking with my family.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I have horrible dreams.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I feel very lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I am easily cheered up.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I feel so sad I can hardly stand it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I feel very bored.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: P. Birlleson, 1981

E. Attitude towards the enemy

The following sentences are about your thoughts about persons who harmed you. Please tick the box "correct" or "not correct" for each statement. There are no right or wrong answers. Sometimes you might think that a statement is not so appropriate. Please tick a box for every statement, nevertheless.

	not correct 0	correct 1
1. I want the same thing to happen to the persons who harmed me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. The persons who harmed me should also be treated fairly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I think we will be able to talk again normally someday.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I am ready to reconcile with the persons who harmed me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I am going to get even with the persons who harmed me one day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I have got the right to take revenge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I think I would feel better after having taken revenge .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I am ready to forgive the persons who harmed me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I think we can solve the problems between us.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I want this persons who harmed me dead.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I am going to pay back the persons who harmed me for what they did.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. It is my duty to take revenge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I want the persons who harmed me to be miserable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I am able to have compassion with the persons who harmed me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I believe the persons who harmed me wouldn't hurt me any more on purpose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. One should forgive one's enemy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: H. Adam, M. Asshauer, J. Österreicher, J., C.Bayer, Walter & P. Riedesser, 2005

Thank you very much for answering the questions !



Lapeny pa lotino

date:	
code:	
group:	<input type="checkbox"/> cs



Iromo gamo pol lapeny magi iyo mayot ki gweto i canduk(bok) ma rwatte.
Labole calo:



Pe itam matut tutwal ka itye ka gamo lapeny magi.

Tim ber pe iwek lapeny mo ma pe igamo.



Man pe obedo peny me akata calo me ot kwan.

Gin ma pire tek en aye ni igam lapeny magi ki ada kit ma itamo kede i cwinyi
ikom jami magi ma gipeny ni.

Lagam weng pe tye ki dic mo keken iye.

Pe tye lagam-ni mo keken ma gimiyi bot lonyodo-ni onyo lopwonye-ni.

A. An ki dano gang-wa onyo wadi-na.

1. Tim ber ingii canduk (bok) ma rwatte loyo ki lagam-ni: An latin: ₁ awobi ₂ anyaka
2. Mwaka-na tye _____
3. My ethnicity is: _____
4. Mwaka-na tye: ₁ Lakristayo ₂ Cilam ₃ Mukene (tim ber inyut): _____
5. Atye ka kwan\Onongo akwano: Yer acel keken ma rwatte ki lagam-ni
 - ₁ Pe akwano
 - ₂ Akwano puraimare
 - ₃ Akwano ciniya
6. Gimaka onongo atye ki mwaka _____
7. Gimaki ibedo i lum pi kare ma rom mene? _____
8. Kombedi dong otero kare ma rom mene ocakke ma idwogo ki i lum? _____
9. Itye ki yo me lok ki dano gang-wu onyo wadi-ni ka imito?
 - ₁ Tye
 - ₂ Peke

B. Kit Peko mapatpat ma ikato ki iye i kare me lweny man.

Lapeny magi tye ikom kit peko mapatpat ma ikato ki iye i kare me lweny man. Tim ber igwet 'ku' onyo 'ada' ma lubbe ki lagam ma itye kedde pi lapeny acel acel. Ka pe ingeyo lagam pa lapeny mukene iromo weko ne.

1. Gidiyi tek tek ki tim aranyi onyo ki bwura me tim aranyi wek iwek gangi?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
2. Ikare me lweny man ibedo ki tam mo marac ni kadi dong ningo kec onyo orwo pii aye dong obineki?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
3. Tye kare mo ma komi obedo lit maraca dada ma itamo ni ibitoo woko?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
4. Tye nino mo ma giburi tek tek gibedo kedi?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
5. Giyako gang-wu onyo jami-wu i kare me lweny man?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
6. Ineno celle ki muduku onyo bolo bom ki ka ma cok adada?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
7. Tye nino mo ma inongo awano i kare ma gwenyo mac obedo tye?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
8. Tye dano gang-wu mo onyo laremi mo munongo awano maraca dada i kare ma adwii omony dano?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
9. Tye dano gang-wu mo macok kedi adada onyo laremi mo ma gineko i kare ma adwii omony dano?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
10. Ineno ki wangi ngat mo keken ma gitye ka mine awano onyo ka neko ne?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
11. Tye nino mo ma lomony pa Kony mo gugoyi maraca dada?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
12. Ineko dano mo i kwo-ni?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
13. Giweko iyako jami dok iwango odi pa lotedero?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
14. Giweko ilwenyo ?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
15. Tye ngat mo ikin lomony pa Kony mubwuri ni ebineki onyo ebiwani marac adada?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
16. Ineno ki wangi kit ma latin mo matidi onongo awano maraca dada onyo otoo ma lubbe ki pwod ma gimine?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA
17. Gidiyi tek tek me miyo pwod onyo mako tek tek lotino mukene?	<input type="checkbox"/> KU	<input type="checkbox"/> ADA

Source: Hussain, Holocomb, 1994; Derluyn et. al., 2002; FKF, 2005 ;

C. Kit ma dano kwo kede inge kato i peko maraco

Kany tye peko 17 ma dano kine mukene bedo kede inge timme pa jami maraco i kwo-gi. Kwan peko acel acel kun itamo kede kit kwo mapatpat maraco ma ikato ki iye. Ci igwet canduk(bok) manyutu tyen adii ma peko man onyo magi omaki **PI KARE MUKATO DWER ACEL ANGEC**. Tim ber igam lapeny weng.

Pi kare mukato dwer acel angec...

	Peke 0	Matidi 1	Muke ne 2	Dwon ge 3	Polle 4
1. Agwokke ki jami maraco onyo jami ma alworo.	<input type="checkbox"/>				
2. Ka gin mo opoyo wiya ikom ngo mutimme, akeco adada, miya lwo ro onyo cwinya.	<input type="checkbox"/>				
3. Tam, cal ki dwon onyo woo maraco pa jami mutimme maro bino i wiya ma nongo pe amito ni gubin.	<input type="checkbox"/>				
4. Akeco onyo cwinya cwer oyot adada.	<input type="checkbox"/>				
5. Aleko jami mutimme onyo jami mukene maraco.	<input type="checkbox"/>				
6. Awinyo calo dok adok cen i kare ma gin marac man otimme, dok atye ka kato en ki i kwo acel ni dok too.	<input type="checkbox"/>				
7. Awinyo calo iwacci omyero abed kena pe abedo ki lorema.	<input type="checkbox"/>				
8. Awinyo atye kena ki i cwinya dok pe acok ki dano mukene.	<input type="checkbox"/>				
9. Atemme ki tekka pe me lok, tamo onyo bedo ki kit cwiny mo keken ikom ngo mutimme.	<input type="checkbox"/>				
10. Anongo bedo ki yom-cwiny onyo mar tekka.	<input type="checkbox"/>				
11. Koma myel onyo poo cawa weng calo ka awinyo woo matek onyo ka gin mo otura atura.	<input type="checkbox"/>				
12. Anongo nino tek onyo atiko coo atata i cwiny dye wor.	<input type="checkbox"/>				
13. Wiya pe po maber ikom jami mukene ma pir-gi tego mutimme.	<input type="checkbox"/>				
14. Anongo keto cwinya onyo keto koma itimo jami tek.	<input type="checkbox"/>				
15. Atemme ki tek me weyo dano, kabedo ki jami mapatpat ma poyo wiya ikom jami maraco mutimme angec.	<input type="checkbox"/>				
16. Ka gin mo opoyo wiya ikom jami maraco mutimme angec, awinyo jami mapatpat timme i koma, calo cwinya cako gonne oyot oyot, wiya cako barre onyo iya cako mwodde.	<input type="checkbox"/>				
17. Abedo ka tamo ni pe abikwo pi kare malac anyim dong i wilobo.	<input type="checkbox"/>				

D. Kit Ma Abedo Ka Winyo kede.

Coc magi ma piny ni loko ikom kit ma ibedo ka winyo ne kede **PI KARE MUKATO CABIT ACEL ANGEC**. Pe tye lagam mo ma atir onyo ma pe atir. Pire bene tek tutwal ni itit kit ma ibedo ka winyo ne kede kikome. Tim ber igam lapeny magi ki ada ni weng. Gwet i canduk(bok) ma rwatte ki lagam-ni.

Pi kare mukato cabit acel angec...

	Matwal 0	Kine mukene 1	Pol kare
1. Abedo ki miti madit ikom jami mubitimme kit munongo abedo kede con.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anino maber adada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Awinyo calo iwacci omyero akok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Amaro cito ka tuku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Awinyo calo iwacci omyero angweco ka mabor adada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Amwoda-ic maro yela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atye ki kero muromo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anongo dek mit adada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aromo cung pira kena ka gin mo tye ka timme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Atami ni kony pa kwo peke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Atimo jami ma atimo weng maber adada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Anongo timo jami ma atimo mit kit munongo anongo kede con.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Amaro boko lok ki dano gang-wa onyo ki wadi-na.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aleko lek maraco ma miya lworu adada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Awinyo calo iwacci atye kena labongo ngat mo i kwo-na.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cwinya yomme oyot adada..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Awinyo cwinya cwer adada ma pe aromo kanyo ne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Awinyo kwo pe mit..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: P. Birleson, 1981

E. Cwiny ma itye kede ikom lomone man ma gutimo jami maraco i komi i kare me lweny man.

Coc magi ma piny tye ikom cwiny ma itye kede ikom jo ma gutimo jami maraco i komi. Gwet canduk (bok) "kakare" onyo "pe kakare" ma lubbe ki lagam-ni pi coc acel acel. Pe tye lagam ma atir onyo ma pe atir. Kine mukene iromo tamo ni coc moni pe rwatte ki cwiny ma itye kede tutwal, ento tim ber igwet i canduk (bok) mo olo macok cok kede.

	KU 0	ADA 1
1. Amito ngo mutimme i koma ni bene otimme ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jo ma gutimo jami maraco magi i koma ni omyero bene giter-gi iyo maber dok muporre ki yo pa dano adana ma kwo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Atamo ni olo nino mo abiloko maber ki jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atye agonya me ribbe onyo mato opwut ki jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abiculo wang kwor ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atye ki twero me culo wang kwor ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atamo ni olo atwero winyo maber inge culo wang kwor ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Atye agonya me timo kica ki jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atamo ni waromo cobo peko ma ikin-wa keken-wa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Amito ni jo ma gutimo jami maraco magi i koma gutoo woko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Abiculo wang kwor ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tic-ca ma pire tek en aye me neno ni aculo wang kwor ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Amito jo ma gutimo jami maraco magi i koma gubed ki cwer-cwiny malit adada onyo guden can adada i kwo-gi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kica romo maka ikom jo ma gutimo jami maraco magi i koma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Atye ki gen ni jo ma gutimo jami maraco magi i koma pe giromo dok timo jami maraco i koma akaka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dano adana omyero otim kica ki lamone-ne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apwoyo tutwal me gamo lapeny magi!



Children Questionnaire

date: | | | | | | | |

code: | | | |

group: cs

Unaweza kujibu maswali mengi kwa kutia alama kisanduku tu. Huu ni mfano ya kisanduku kilichotiwa alama:



Usifikiri muda mrefu kujibu swali.

Tafadhali usisahau maswali yoyote.



Hii sio mtihani.

Ni muhimu kujibu kwa kweli unavyodhani.

Majibu yote ni hiari.

Wazazi na walimu yako hawatapewa majibu yako.

A. Mimi na familia yangu

1. Tafadhali tia alama kisanduku/boksi kimoja Mimi ni: ₁ mvulana ₂ msichana
2. nina miaka.....
3. kabila yangu:_____
4. dini yangu ni: ₁ kikristu ₂ kiislamu ₃ nyingine (dini gani):_____
5. Nakwenda/Nilikwenda:? Chagua moja!
 - ₁ sikwenda skuli
 - ₂ skuli ya msingi
 - ₃ skuli ya sekondari
6. Nilitekwa nyara kwa umri wa_____
7. Pendant combien de temps tu étais dans l'armée?_____
8. Depuis quand tu es démobiliser?_____
9. Unawaona familia yako au unawapigia simu au nyingine?
 - ₁ ndio
 - ₂ siyo

B. Matukio wakati wa vita

Maswali yanayofuata ni kuhusu matukio wakati wa vita. Tafadhali chagua siyo (no) au ndio (yes) kwa kila swali. Usipojua jibu unaweza kuendelea na swali nyingine.

1. Ulilazimishwa kwa nguvu kuacha nyumbani au kijiji? Mtu alikutisha kuacha nyumbani?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
2. Wakati wa vita ulifikiri kwamba utakufa kwa njaa au kiu?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
3. Ulikuwa mgonjwa sana na ulifikiri utakufa?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
4. Umepata kulazimishwa kuwa na uhusiano? Ulibakwa?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
5. Watu walipora nyumba na vitu vyako?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
6. Uliona au ulisikia bunduki au mabomu karibu sana kwako?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
7. Uliumizwa katika shambulio?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
8. Moja wa familia au rafiki yako aliumizwa mbaya katika shambulio?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
9. Moja wa familia au rafiki yako aliuawa katika shambulio?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
10. Uliona kwamba mtu fulani aliumizwa au aliuawa?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
11. Ulipigwa mbaya na wajeshi au na kiongozi na kundi yako?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
12. Wewe mwenyewe uliua mtu?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
13. Ulilazimishwa kupora na kuwasha nyumba za wenyeji?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
14. Lazima ulipigana?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
15. Watu wa jeshi/wa kundi yako ya waasi wametisha kukuuu au kuumiza mbaya?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
16. Uliona kwamba waliadhibu mtoto sana mpaka aliumiza mbaya sana au alikufa?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO
17. Wewe mwenyewe ulilazimishwa kuadhibu au kuteka nyara watoto wengine?	<input type="checkbox"/> SIYO	<input type="checkbox"/> NDIO

Source: Hussain, Holcomb, 1994; Derluyn et. al., 2002; FKF, 2005 ;

C. Orodha ya matatizo na magonjwa

Hapa ni orodha ya matatizo watu wengi wanao baada ya matukio mabaya. Ukisoma kila tatizo kumbuka mambo mabaya yaliyotokea. Halafu tia alama kusema mara mingapi tatizo hilo lilitokea mwezi uliopita. Tafadhali ujibe maswali yote.

Mwezi uliopita...	hata kidog 0	mara chache 1	mara ningi ne 2	mara ningi 3	wakat i wote 4
1. Naangalia sana kuepuka hatari au mambo ambayo ninaogopa.	<input type="checkbox"/>				
2. Kama kitu kinanikumbuka matukio ya vita, nakasirika, naogopa au nasikitika.	<input type="checkbox"/>				
3. Nina wasiwasi na mara ningi nakumbuka picha au sauti hata sipotaka kukumbuka.	<input type="checkbox"/>				
4. Najisikia mbaya, nanungunika na ni rahisi kunikasirisha.	<input type="checkbox"/>				
5. Nina ndoto mbaya kuhusu matukio au kuhusu mambo mabaya mengine.	<input type="checkbox"/>				
6. Najisikia kama naishi tena wakati wa vita, kama mambo mabaya yanatokea tena.	<input type="checkbox"/>				
7. Nataka kukaa peke yangu na sipendi kuwa na rafiki zangu.	<input type="checkbox"/>				
8. Najisikia upweke na mbali na watu wengine.	<input type="checkbox"/>				
9. Najaribu kutozumgumzia, kutofikiria, kutokumbuka matukio.	<input type="checkbox"/>				
10. Siwezi kusikia furaha au mapenzi.	<input type="checkbox"/>				
11. Mara nashtua kwa mfano nikisikia sauti kubwa.	<input type="checkbox"/>				
12. Siwezi kulala au naamka mara ningi usiku.	<input type="checkbox"/>				
13. Siwezi kukumbuka matukio muhimu yote.	<input type="checkbox"/>				
14. Siwezi kusikiliza kwa makini.	<input type="checkbox"/>				
15. Najaribu kuepuka watu na mahali au vitu ambavyo vinanikumbusha matukio mabaya.	<input type="checkbox"/>				
16. Kama kitu kinanikumbusha matukio, mwili wangu unaumiza, kwa mfano moyo inadunda, kichwa kinaniuma au tumbo inaniuma.	<input type="checkbox"/>				
17. Nadhani sitakuwa na maisha marefu.	<input type="checkbox"/>				

Source: UCLA Trauma Psychiatry Team, 1998

D. Nilivyojisikia

Sentensi zinazofuata ni kuhusu hali yako wiki iliopita. Ni muhimu kueleza kwa ukweli ulivyojisikia. Tia alama kisanduku/kiboksi moja.

wiki iliopita...	hata kidogo	mara chache	wakati wote
1. Nafurahia mambo kama nilifurahia zamani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Naweza kulala nzuri sana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nataka kulia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Napenda kutoka nje na kucheza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nataka kukimbia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tumbo inaniuma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nina nguvu sana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Napenda kula chakula changu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ninajitegemea, ninajilinda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nafikiri maisha haina maana, haina thamani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nahodari wa kufanya vitu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Siku hizi nafurahia vitu ninavyofanya kama nilifurahia zamani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Napenda kuzumgumza na familia yangu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nina ndoto mbaya sana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Najisikia upweke sana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ni rahisi kunichangamsha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nasikia huzuni sana, siwezi kustahimili huzuni yangu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Naona doro sana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: P. Birlson, 1981

E. Mtazamo kuhusu adui

Hapa ni kuhusu mtazamo yako juu ya watu ambao walikumiza. Tafadhali chagua “kweli” au “sio kweli” kwa kila sentensi. Hii sio mtihani. Tafadhali tia alama kwa kila swali hata ukifikiri sentensi haifai sana.

	sio kweli 0	kweli 1
1. Watu ambao walinumiza nataka waliumizwa pia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Watu ambao walinumiza watendewe vyema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nafiriki (mimi na maadui) tutaweza kuongea kama watu wa kawaida siku moja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nataka kupatana na watu ambao walinumiza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siku moja nitawalipiza kisasi watu walinumiza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nina haki kulipiza kisasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nafikiri nitajiona bora baada ya niliwalipiza kisasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nataka kuwasamehe watu ambao walinumiza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nafikiri tutatatua matatizo kati yetu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nataka kwamba watu ambao walinumiza watakufa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nitawalipiza kisasi watu walinumiza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ni wajibu wangu kulipiza kisasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nataka watu ambao walinumiza watakuwa na maisha mabaya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Naweza kuwaonea huruma watu ambao walinumiza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nafikiri watu ambao walinumiza hawataniumiza tena (kwa kusudi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ni nzuri kuwasamehe maadui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: H. Adam, M. Asshauer, J. Österreicher, J., C.Bayer, Walter & P. Riedesser, 2005

11. Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Hilfe vieler Beteiligter nicht zustande gekommen. Mein Dank gilt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Flüchtlingskinder und ihre Familien“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, insbesondere Herrn PD Dr. Hubertus Adam und Fionna Klasen für ihre großartige Unterstützung, Ideen, Kritik, Beratung sowie Betreuung bei allen Fragen der Konzeption, Methodik, Statistik und Durchführung der Arbeit. Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Peter Riedesser für seine außerordentlich Förderung während des gesamten Promotionsprojektes.

Danken möchte ich außerdem Frau Prof. Dr. Mechthild Reh vom Asien-Afrika Institut der Universität Hamburg für ihre Unterstützung bei der Übersetzung der Fragebögen.

Ferner danke ich sehr dem Team von UNICEF Deutschland und dem Team von UNICEF in der D.R. Kongo für ihre großzügige Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung. Hervorheben möchte ich hierbei Njanja Fassu und Johannes Wedenig (beide UNICEF D.R. Kongo), sowie Kerstin Bücken und Christian Schneider (beide UNICEF Deutschland). Darüber hinaus war das Gelingen dieser Studie maßgeblich abhängig von der hervorragenden logistischen Unterstützung durch das Team von World Vision Uganda, insbesondere von Bettina Baesch.

Großer Dank gilt der Werner-Otto-Stiftung, dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) und der Children for Tomorrow Stiftung für ihre großzügige finanzielle Unterstützung zur Durchführung und Erstellung sowie Vorstellung dieser Arbeit im Rahmen eines Kongressbeitrages.

Herzlichst danke ich meinen Eltern, Cord, Axel und Ilona und meiner Freundin Miriam für ihren großen Rückhalt, ihre vielen Anregungen und Verbesserungsvorschläge bei der Erstellung dieser Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt allen Kindern und Jugendlichen, die bereit waren von ihren Erlebnissen zu berichten und die diese Studie erst ermöglichten.

Danke!

12. Lebenslauf

Name: Christophe Pierre Bayer
Nationalität: deutsch, französisch
Geburtsdatum: 05. November 1976
Geburtsort: Bochum
Wohnort: MarthasträÙe 32, 20259 Hamburg
E-mail: cbayer@gmx.org

Studium

03/2008 Approbation als Arzt
10/2004 – 11/2007 Universität Hamburg
 Studium der Humanmedizin
 3. Staatsexamen im November 2007
06/2007 – 10/2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Praktisches Jahr Tertial: Innere Medizin
05/2007 – 06/2007 Yale University Hospital New Haven
 Praktisches Jahr Tertial: Kinder- und Jugendpsychiatrie
02/2007 – 05/2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Praktisches Jahr Tertial: Kinder- und Jugendpsychiatrie
09/2006 – 12/2006 Centre Universitaire Pointe-à-Pitre Guadeloupe
 Praktisches Jahr Tertial : Chirurgie
10/2001 – 10/2004 Bucerius Law School Hamburg
 Studium der Rechtswissenschaft
 Erwerb des Bachelor of Law im Oktober 2004
09/2003 – 12/2003 Cardozo Law School New York
 Studium der Rechtswissenschaft, Auslandssemester
11/1998 – 09/2001 Ruhr-Universität Bochum und Humboldt Universität zu Berlin
 Studium der Humanmedizin

Zivildienst

06/1996 – 07/1997 Zivildienst beim Arbeiter Samariter Bund
 Individuelle Betreuung schwerstbehinderter Kinder

Schule

08/1989 – 06/1996 Geschwister-Scholl-Gymnasium

13. Erklärung

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit „Psychisches Trauma und Versöhnung bei ehemaligen Kindersoldaten – eine Feldstudie aus Uganda und der Demokratischen Republik Kongo –“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

.....