

**Psychosoziale Auswirkungen von Krieg und Gewalt
auf die Gesundheit somalischer Kinder**



Nicola Kaatsch

Hamburg

1998

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Direktor: Prof. Dr. Peter Riedesser

Psychosoziale Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die Gesundheit somalischer Kinder

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von

Nicola Kaatsch
geboren in Hamburg

Hamburg 1998

Abgenommen von dem Fachbereich Medizin der
Universität Hamburg am: 20. Januar 1999

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Sprecher: Prof. Dr. H-P. Leichtweiß

Referent: Prof. Dr. P. Riedesser

Korreferent: _____

1. Einleitung	1
1.1 Theoretischer Hintergrund und Begriffsdefinitionen.....	3
1.2 Fragestellung.....	15
1.3 Wissenschaftliche Relevanz.....	16
1.4 Praxisbezug.....	17
2. Methodik	18
2.1 Untersuchungsgegenstand.....	18
2.1.1 Auswahl der Kinder.....	18
2.1.2 Kriterien zur Auswahl.....	18
2.1.3 Überlegungen zur Fallzahl und Zusammensetzung der Fälle.....	19
2.2 Feldsituation.....	21
2.2.1 Ort.....	21
2.2.2 Zeit.....	22
2.2.3 Zugang.....	22
2.2.4 Rahmenbedingungen.....	23
2.2.4.1 Arbeitsumfeld.....	23
2.2.4.2 Sicherheit.....	23
2.2.4.3 Verständigung.....	24
2.2.4.3.1 Sprache.....	24
2.2.4.3.2 Kultur und Religion.....	24
2.2.4.3.3 Dolmetscher.....	26
2.2.4.4 Gesprächssituation.....	26
2.2.4.5 Wissenschaftliches Umfeld.....	27
2.3 Datengrundlage.....	27
2.3.1 Erhebungsverfahren.....	27
2.3.1.1 Leitfaden-Interviews.....	27
2.3.1.2 Expertengespräche.....	29
2.3.1.3 Teilnehmende Beobachtung.....	29
2.3.2 Aufbereitung des empirischen Materials.....	30
2.3.3 Auswertungsverfahren.....	30

3. Deskription.....	31
3.1 North Eastern Region, Kenia	31
3.1.1 Überblick	31
3.1.2 Situation in der Region seit 1990.....	34
3.1.3 Folgen für die Region	34
3.1.4 Situation der Menschen.....	35
3.1.4.1 Sicherheit.....	35
3.1.4.2 Versorgung	40
3.1.4.2.1 Nahrungsmittel	40
3.1.4.2.2 Wasser	41
3.1.4.2.3 Hygiene	41
3.1.4.2.4 Unterkunft.....	42
3.1.4.2.5 Energie	42
3.1.4.3 Gesundheit	43
3.1.5 Fallbeschreibungen	45
3.1.5.1 Zeynab Mohamed (4 Jahre).....	45
3.1.5.2 Mohamed Shale (11 Jahre)	52
3.2 Somalia.....	59
3.2.1 Überblick	59
3.2.2 Politische Entwicklung und Situation seit der Unabhängigkeit.....	64
3.2.3 Folgen für die Region - Intervention der internationalen Gemeinschaft	66
3.2.4 Situation der Menschen in Kismayu und Umgebung.....	68
3.2.4.1 Gesundheitssituation	69
3.2.5 Fallbeschreibungen	72
3.2.5.1 Mohamed Salah Mohamed (9 Jahre)	72
3.2.5.2 Mohamud Ahmed Dol (11 Jahre).....	78
3.2.5.3 Baker Hadid Bakaari (11 Jahre).....	83
3.2.5.4 Mahat Bakari Salad u. Mohamed Bakari Salad (9/12 Jahre) ...	89
3.2.5.5 Salad (15 Jahre)	94

4. Diskussion	101
4.1 Schlußfolgerung und Forschungsausblick	118
5. Zusammenfassung.....	121
6. Literaturnachweis.....	123
7. Anhang	130
Anhang I.....	130
Anhang II.....	132

1. Einleitung

Die indirekten Kriegsfolgen im Bereich *Public Health* werden durch massive Fluchtbewegung und Vertreibung von Bevölkerungsgruppen, Nahrungsmittelknappheit, Hunger und Zerstörung der Basisgesundheitsversorgung hervorgerufen. Besonders schwer betroffen sind Entwicklungsländer, in denen die Gesundheitsversorgung und Nahrungsmittelvorräte ohnehin unzureichend sind. In einigen Kriegen sogenannter Drittweltländer bringen Massenvertreibungen größere Gesundheitsprobleme für die Menschen mit sich als die Folgen direkter Gewalt.

Während die Zahl der Flüchtlinge weltweit kontinuierlich von 5 Millionen im Jahr 1980 auf schätzungsweise 21 Millionen bis Ende August 1994 anstieg, ist die Zahl der *internally displaced* (innerhalb der Landesgrenzen Vertriebenen bzw. Binnenflüchtlinge) in den letzten Jahren ebenfalls massiv angestiegen. Ungefähr 27 Millionen Menschen flohen aus ihren Häusern, um dem Krieg zu entkommen oder auf der Suche nach Nahrung und geschützter Unterkunft, ohne dabei internationale Grenzen zu überqueren (UNHCR / U.S. Committee for Refugees 1993/94). Dadurch entfällt für diese Menschen der Flüchtlingsstatus und somit jegliches Anrecht auf Schutz und Beistand durch die internationale Gemeinschaft, insbesondere durch das Hochkommissariat für Flüchtlinge der Vereinten Nationen (UNHCR). Allein in Afrika leben 18 Millionen der *internally displaced*.

Die Situation der *internally displaced populations* ist oft besonders prekär; häufig leben sie innerhalb oder nahe der Konfliktgebiete, und internationale Hilfsorganisationen bekommen nur sehr schwer Zugang zu diesen Bevölkerungsgruppen. Obwohl nach den Genfer Konventionen von 1949 und den beiden Zusatzprotokollen von 1977 der Zivilbevölkerung in Kriegen ein gewisser Schutz garantiert wird, erhält selbst das Internationale Rote Kreuz häufig von den Regierungen und Rebellengruppen keinen Zugang zu der Bevölkerung in Not.

Die Gesundheit der Menschen, die sich innerhalb ihrer Landesgrenzen auf der Flucht vor Krieg befinden, ist somit in vielen Bereichen noch stärker gefährdet als die Gesundheit von Flüchtlingen.

Als spezifischer Indikator für den Gesundheitsstatus einer Flüchtlings- oder *internally displaced* population gilt die Mortalitätsrate (crude mortality rate, CMR). Epidemiologische Untersuchungen haben erwiesen, daß die Mortalitätsrate unter *internally displaced populations* nochmal höher ist als

die Mortalitätsrate unter Flüchtlingen (beide liegen um ein 6- bis 12-faches höher als die normale Mortalitätsrate). Während die Todesursachen und Morbiditätsmuster für beide Gruppen vergleichbar sind, ist die Prävalenz schwerer Unterernährung bei der Bevölkerung der *internally displaced* besonders hoch. Direkte körperliche Verletzungen sind ebenfalls häufiger in der Gruppe von *internally displaced* zu finden (Toole 1995).

Public Health als Wissenschaft versucht, den katastrophalen Folgen moderner Kriegsführung gerecht zu werden, indem sie eine Subspezialität, nämlich *Emergency Public Health*, mit neuen Meßinstrumenten und Interventionsmodellen schafft. Schnellere und effizientere Überlebenshilfe für Bevölkerung in Not ist ihr Ziel.

Im internationalen Kontext der Bereiche *Public Health* und *Primary Health Care* sowie *Emergency Public Health* setzt sich das Gebiet *Mental Health* nur langsam durch. In vielen Ländern, in denen Krieg herrscht, wird die psychische Gesundheit der Bevölkerung vernachlässigt, von traditionellen und religiösen Heilern behandelt oder die Behandlung auf Psychopharmaka beschränkt. Konzepte und Theorien zu psychischer Traumatisierung durch Krieg und Gewalt sind überwiegend auf nordamerikanischem und europäischem Hintergrund entstanden. Westliche Medizin hat wenig Einblick in traditionelle Heilmethoden, die speziell in afrikanischen Ländern weitverbreitet sind. Auch ist bisher zu wenig bekannt, wie allgemeingültig bestimmte Ergebnisse sind, und in wieweit sie sich auf andere kulturelle Gesellschaften oder Länder mit unterschiedlichem Entwicklungsstand übertragen lassen.

Erst seit wenigen Jahren ist sich die internationale humanitäre Hilfsgemeinschaft darüber bewußt, daß es infolge von Kriegen ein *psychological fall-out of war* für ganze Bevölkerungsgruppen gibt (Summerfield 1996). Allgemeine psychosoziale Projekte und spezifischere Projekte, in denen "Trauma-Arbeit" geleistet wird, sind schnell attraktiv und in Mode gekommen, ohne daß es hinreichend Informationen über tatsächlich vorhandene Bedürfnisse der durch Krieg und Gewalt bedrohten Menschen oder ihre psychosozialen Lebenszusammenhänge gibt. So sind beispielsweise in den Jahren nach dem Völkermord in Ruanda kleine Gruppen von Wissenschaftlern für wenige Tage - oft nur stundenweise - mit Instrumentarien aus der westlichen Welt ins Land gekommen, um das "Ausmaß" der psychischen Traumata zu messen. Nach einer Auswertung an ihren beheimateten Universitäten und Instituten wurden dann

Interventionsmodelle nach Ruanda importiert, die zuvor ebenfalls überwiegend in der westlichen Welt angewandt wurden und dort auch therapeutische Erfolge verbuchen konnten.

Dabei soll an dieser Stelle nicht in Frage gestellt werden, daß gerade im Zusammenhang mit dem Völkermord in Ruanda neben den Morden und physischen Verletzungen ein Ausmaß an psychischer Traumatisierung erreicht wurde, das vielleicht bis zu dem heutigen Tag schwer zu ermessen oder erfassen ist. Es bleibt ebenfalls offen, ob nicht die vielen gut gemeinten Interventionen im Sinne von Erste-Hilfe-Maßnahmen Schaden begrenzen konnten.

Auch für die Bevölkerung in Not gilt die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsbehörde (WHO), nach der Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen ist. Wenn es beim Kampf ums Überleben zunächst um die Bereitstellung von Wasser und Brot geht, darf das Bemühen um die Erhaltung und Wiederherstellung des psychischen und sozialen Wohlbefindens nicht warten, bis die Waffen schweigen.

1.1 Theoretischer Hintergrund und Begriffsdefinitionen

Die folgende Untersuchung ist ein kleiner Ausschnitt aus einem bestimmten Kriegsgebiet und vor dem Hintergrund der Entwicklungen in den verschiedensten Bereichen geschrieben worden.

United Nations Children's Fund (UNICEF) schätzt, daß allein im letzten Jahrzehnt 2 Millionen Kinder durch Kriege getötet wurden, 4-5 Millionen Kinder infolge von Kriegsgewalt verletzt wurden oder behindert sind, 12 Millionen Kinder ihre Heimat verloren haben, über 1 Million Kinder zu Waisen wurden oder von ihren Eltern getrennt sind und 10 Millionen Kinder durch Kriege psychisch traumatisiert wurden (Grant 1995).

Die Zahl der psychisch traumatisierten Kinder bedeutet, daß jeweils ein Kind unter 200 Kindern weltweit sein junges Leben mit den Folgen dieser seelischen Verletzungen fortsetzen muß. Häufig bleiben diese Verletzungen unerkannt und stehen hinter den sichtbaren Kriegsfolgen in ihrer Behandlung zurück. Die Dimension der psychischen Folgen von Krieg und Gewalt an Kindern wird im Titel eines 1996 erschienen Buches, das die

psychische Gesundheit von Kindern in Kriegsgebieten thematisiert, deutlich. Es heißt: "Minefields in their Hearts" (Apfel, Simon 1996).

In der psychoanalytischen Literatur wird Trauma fast einheitlich als ein Vorgang beschrieben, bei dem es durch ein oder mehrere von außen einwirkende Ereignisse zu einem Zusammenbruch der persönlichen Integrität kommt. Dabei ist das Ereignis stärker als die psychischen Schutz- oder Bewältigungsmechanismen. Die seelische Verletzung ist so groß, daß es zu psychopathologischen Reaktionen kommt.

Sigmund Freud beschreibt Trauma im "Vokabular der Psychoanalyse" wie folgt:

"Ereignis im Leben des Subjektes, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft. Ökonomisch ausgedrückt: Das Trauma ist gekennzeichnet durch ein Anfluten von Reizen, die im Vergleich mit der Toleranz des Subjekts und seiner Fähigkeit, diese Reize psychisch zu bemeistern und zu bearbeiten, exzessiv sind. [...] Im Vergleich mit der Toleranz des psychischen Apparates ist die Reizanflutung zu exzessiv, ob es sich nun um ein einziges, sehr heftiges Ereignis handelt (starke Erregung) oder um eine Anhäufung von Reizen, von denen jeder isoliert erträglich wäre (Freud 1940)."

Khan (1977) prägt den Begriff des kumulativen Traumas. Er beschreibt, daß nicht nur ein einzelnes traumatisches Ereignis, sondern häufig erst die Summierung einzelner nichttraumatisierender Ereignisse zur Traumatisierung führt.

Bruno Bettelheim führt aufgrund seiner KZ-Erfahrungen den Begriff der "Extremsituation" in die Traumatologie ein:

Am bezeichnendsten an dieser Situation war ihre Unausweichlichkeit, ihre ungewisse Dauer (mit der Aussicht ein ganzes Leben lang zu dauern), die Tatsache, daß nichts an ihr vorhersagbar war, daß das Leben des Betroffenen in jedem Augenblick bedroht war und daß dieser nichts dagegen unternehmen konnte. Diese Erfahrung war so ungewöhnlich, daß ich einen neuen Begriff brauchte, um sie zu

beschreiben. Ich wählte den Begriff Extremsituation (Bettelheim 1977).

Um das Ausmaß von psychischer Traumatisierung zu erfassen, bedient sich die Wissenschaft der Langzeitstudien von Überlebenden des Holocaust. So hat Keilson (1979) in einer Follow-up-Studie über das Schicksal von jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden beschrieben, daß die Kinder in drei zeitlich unterschiedlichen Phasen extremen Belastungssituationen ausgesetzt waren, und führt den Begriff sequentielle Traumatisierung ein. Er unterscheidet:

1. Die Zeit, in der das politische Klima des Nationalsozialismus entsteht
2. Die Zeit der direkten Verfolgung
3. Die Nachkriegszeit mit der Neuorganisation und Umorientierung

In allen drei Phasen erlebten die Kinder traumatische Ereignisse. Keilson weist nach, daß Kinder, die in der zweiten Sequenz leichteres Trauma erlitten haben und schwereres Trauma in ihrer dritten Sequenz, schwerere pathologische Reaktionen zeigen als Kinder mit schweren Traumata in der zweiten Sequenz und leichter Traumatisierung in der dritten Sequenz.

Die psychischen und psychosomatischen Reaktionen, die man als Folgen von traumatisierenden Ereignissen bei Erwachsenen beobachtete und später auf Kinder und Jugendliche ausweitete (Terr 1984, Eth, Pynoos 1985), wurden in einem neuen Diagnosebild zusammengeführt.

Es waren Beobachtungen an amerikanischen Kriegsveteranen des Vietnamkriegs, britischen Soldaten, die im Falklandkrieg kämpften, und klinische Studien mit Überlebenden von Naturkatastrophen, Geiselnahmen und Kidnappings, die maßgeblich zu der Entwicklung dieser neuen Diagnosekategorie führten.

1980 erschien zum ersten Mal in der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ein Zusatz, der psychische Störungen aufgrund von extremen Lebensereignissen beschrieb (DSM-III 1980). Seither hat sich das Konzept eines Krankheitsbildes, "Posttraumatic Stress Disorder" oder kurz PTSD, in der klinischen und wissenschaftlichen Arbeit etabliert. Eine erweiterte Form findet sich im DSM-IV von 1994 sowie in der International Classification of Diseases (ICD-10 1992).

Dieses Diagnosebild umfaßt psychische Störungen, die sich grob in drei Gruppen einteilen lassen. In den ersten Symptombereich fallen Reaktionen, die mit dem unfreiwilligen Wiedererleben des traumatischen Ereignisses zusammenhängen, zum Beispiel Schlafstörungen mit wiederkehrenden Alpträumen von dem Ereignis, Übererregbarkeit und starkes Ansprechen auf externe Reize, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren, Anfälligkeit für ein wiederholtes Erleben von Teilaspekten des ursprünglichen Traumas in Form von Halluzinationen, Illusionen, dissoziativen Flashback-Episoden. Ein zweiter Symptombereich umfaßt Reaktionen, die das traumatische Ereignis verleugnen und verdrängen, zum Beispiel bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen sowie von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Die Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern, zählen ebenso wie unspezifischere Gefühle, beispielsweise der Entfremdung von anderen und das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft zu diesem Symptombereich. Als Drittes werden Reaktionen der Erregung als eigenständiger Symptomkomplex beim PTSD hinzugezählt. Hierzu können Ein- und Durchschlafschwierigkeiten gehören, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten sowie übermäßige Wachsamkeit und übertriebene Schreckreaktion (nach DSM IV).

Zu den speziell bei Kindern beobachteten Reaktionen gehören zusätzlich ein erhöhtes Anhänglichkeitsbedürfnis gegenüber Eltern und Geschwistern, das Vorhandensein von Trennungsängsten, der Verlust von kürzlich erworbenen Fähigkeiten und Entwicklungsschritten (Regression) besonders bei jüngeren Kindern, Angst vor einem Wiederauftreten des traumatisierenden Ereignisses und insbesondere bei älteren Kindern ein Schuldgefühl, das Ereignis überlebt zu haben.

Vorschulkinder (0-6 Jahre)

Jüngeren Kinder fehlt die Fähigkeit, in ihre Gedankengänge oder in das Nacherleben des traumatischen Ereignisses einzugreifen, um das Erlebte beherrschbar und kontrollierbar zu machen. Bei ihnen überwiegt das Gefühl von Hilflosigkeit und Passivität, sie können sich nicht "verteidigen". Junge Kinder erscheinen infolge eines traumatischen Ereignisses oft stumm und in sich zurückgezogen; häufig bleiben sie passiv an der Seite ihres toten Elternteils sitzen und sind nicht fähig zu essen, zu sprechen oder zu spielen. Andererseits findet man gerade bei Kindern dieser Altersgruppe in repetitivem Spiel und Verhaltensweisen Teilaspekte des

erlebten traumatischen Ereignisses wieder, wobei den Kindern ein Zusammenhang zwischen Spiel und Trauma häufig nicht bewußt ist. Dominierend sind in diesem Alter Trennungsängste, Angst vor Fremden und ein Verlust von zuvor schon erlernten Fähigkeiten (z.B. Sprachschatz, Einnässen, eigenständiges Spiel). An psychosomatischen Reaktionen überwiegen die Schlafstörungen.

Schulkinder (6-12 Jahre)

Den Schulkindern stehen aufgrund ihrer kognitiven und emotionalen größeren Reife Möglichkeiten zur Verfügung, die ihnen in ihrer Phantasiewelt ein Eingreifen und Verändern der traumatischen Situation erlauben. Dieses Eingreifen wirkt dem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegen. Gleichzeitig macht es diese Altersgruppe von Kindern aber auch anfällig für das Auftreten von ausgeprägten Schuldgefühlen, in der realen Situation nicht genug beigetragen zu haben, das Ereignis abzuwenden. Kinder im Schulkindalter haben ein besseres Verständnis, was Tod bedeutet und können aktiv trauern. Man beobachtet bei den Kindern entweder eine Entwicklung hin zu mehr passivem und antriebsarmem Verhalten oder das genaue Gegenteil, ein aggressives und stark provozierendes Verhalten - beide Richtungen können Probleme in ihren peer-groups erzeugen und zu sozialer Isolation führen. In der Schule fallen die Kinder durch Lernschwierigkeiten und Konzentrationsschwächen auf. Psychosomatische Beschwerden sind hauptsächlich Kopf- und Magenschmerzen sowie Herzrasen.

Jugendliche

Jugendliche sind häufig gezwungen, eine verfrühte Erwachsenenrolle zu übernehmen, was zu einer gestörten Identitätsentwicklung führen kann. Ihr intellektuelles Verständnis für das traumatische Ereignis verhindert Mechanismen der Verleugnung und Vermeidung wie bei jüngeren Kindern. Um sich von den quälenden Erlebnissen abzulenken, zeigen Jugendliche häufig selbstzerstörerische Verhaltensweisen. Sie rebellieren gegen ihre Umwelt, provozieren durch antisoziale Verhaltensweisen und kriminelle Aktivitäten oder fallen in tiefe Depressionen mit suizidalen Plänen. Drogenmißbrauch, frühzeitige sexuelle Aktivität und Schulverweigerung sind weitere Reaktionen von Jugendlichen auf traumatisierende Ereignisse. Ihre Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft sind stark erschüttert und führen zu einem pessimistischen Ausblick in ihre eigene Zukunft (Macksoud et al 1993, Terr 1995).

Es ist umstritten, ob die Anwendung des Konstrukts PTSD auf unterschiedlichste traumatisierende Ereignisse sinnvoll ist. Die qualitative Unterscheidung, ob ein Trauma als Folge einer Naturkatastrophe oder eines technischen Unfalls auftritt oder durch Menschen direkt verursacht wird, entfällt. Bei der reduktionistischen Kategorisierung von Reaktionen bleibt der sozialpolitische Kontext, in dem beispielsweise Kriegstraumata entstehen, völlig unbedacht.

Ebenfalls kann keine Unterscheidung zwischen subjektivem Streßempfinden und Streßreaktionen (subjective distress) und objektiver Krankheit (objective disorder) anhand von Checklisten mit psychopathologischen Verhaltensweisen (z.B. Post-Traumatic- Reaction-Scale, Impact of Life-Events Scale) getroffen werden. Viele der psychischen Reaktionen und Symptome auf extreme Belastungssituationen sind normal und Teil von Bewältigungs- und Überlebensstrategien. Die Diagnosestellung PTSD steht nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Fähigkeit der Betroffenen, sozial "zu funktionieren", und legt auch nicht notwendigerweise nahe, daß die Betroffenen therapeutische Hilfe benötigen. Folglich wird in der Diskussion um das Konstrukt PTSD gefordert, daß PTSD viel mehr als ein reaktiver Zustand oder ein Prozeß infolge eines extrem belastenden Ereignisses verstanden und nicht als Krankheit aufgefasst wird und die Betroffenen dadurch zusätzlich stigmatisiert.

So gehen auch Fischer und Riedesser (1998) davon aus, daß Trauma in der Psychotraumatologie kein punktuellere Ereignis ist und selbst nach nur einem einzigen traumatischen Ereignis nicht vorbei ist, sondern eher als ein prozessualer Verlauf verstanden werden muß. Sie entwickeln ein "Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung", indem die traumatisierenden Erfahrungen nicht aus ihrem Kontext gelöst betrachtet werden, sondern die wechselseitige Beziehung von Mensch und Umwelt stets im Blick behalten wird. Außerdem darf oder muß geradezu in diesem Verlaufsmodell das spannungsreiche und widersprüchliche Verhältnis "zwischen Subjektivität und Objektivität, zwischen der "Innenperspektive" des leidenden Subjekts und der "Außenperspektive" des objektiven Beobachters" bestehen bleiben. Trauma wird in diesem Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung in drei Phasen unterteilt. Es beginnt mit einer "traumatischen Situation". Ein oder mehrere von außen einwirkende Ereignisse treten als überwältigende Erfahrung im Leben der Betroffenen auf, psychische Schutz- und Bewältigungsmechanismen versagen. Die seelische Verletzung hat psychopathologische Reaktionen zur Folge. Im

Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung bei Fischer und Riedesser setzt mit den "traumatischen Reaktionen" die zweite Phase ein. Erwachsene wie Kinder zeigen also "traumatische Reaktionen" auf "traumatische Situationen", die eine angemessene Reaktion per Definition nicht zulassen. An dieser Stelle wird besonders deutlich, warum Kritiker des PTSD Konzeptes die Aufnahme dieser "traumatischen Reaktionen" in einen Katalog von Krankheitssymptomen ablehnen. Diese Reaktionen haben häufig keine krankmachende Wirkung sondern ermöglichen den Menschen das Überleben.

Zeitlich gesehen schließt sich der "traumatische Prozeß" als dritte Phase im Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung an:

"In der weiteren Lebensphase, manchmal ein volles Leben lang, bemühen sich die Betroffenen, die überwältigende, physisch oder psychisch existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrung zu begreifen, sie in ihrem Lebensentwurf, ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Dies in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerung und kontrollierender Abwehr oder Kompensation, um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden (Fischer, Riedesser 1998)."

Folgende zwei Beispiele stehen für die Entwicklung und Wahrnehmung von psychischer Traumatisierung auf internationaler Ebene. Sie sind durch eine stark realitätsgebundene Sichtweise geprägt.

Die erste Weltkonferenz über psychische Traumatisierung (Amsterdam 1992) hielt ihr Ergebnis in folgenden drei Punkten fest:

1. Die Probleme und Fragen, mit denen sich das Individuum nach einschneidenden Lebensereignissen konfrontiert sieht, werden stark von der Gesellschaft und Kultur beeinflusst, in der die Person lebt.
2. Es ist dieser soziale und kulturelle Kontext, der dem Individuum maßgeblich vorgibt, wie die traumatischen Ereignisse wahrgenommen werden und welche Bewältigungsmuster vorherrschen.

3. Aus dem bestehenden soziokulturellen Kontext heraus ergeben sich Möglichkeiten, die Verarbeitung von Traumata zu unterstützen und Schutzmöglichkeiten zu stärken oder Bewältigungsstrategien zu unterdrücken und ein Überleben und eine Gesundung zu verhindern (Figley et al 1992).

An der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg wurde ein dreidimensionaler Forschungsansatz bezüglich der Situation von Kindern, die von Krieg, Verfolgung und Gewalt betroffen sind, entwickelt. In einer internationalen Kongreßreihe werden die Formen von psychischer Traumatisierung von Kindern und Kindersoldaten aus historischer Sicht (Holocaust, Kolonialzeit), internationaler (Kriegs- und Krisengebiete weltweit) und lokaler Perspektive (Kongreß in Hamburg 1993: die Situation der Flüchtlingskinder in Hamburg; Kongreß in Maputo 1996: die Reintegration von Kindersoldaten) diskutiert und die Ergebnisse festgehalten (Adam et al 1995).

Auf lokaler Ebene fließen in Hamburg die wissenschaftlichen Untersuchungen zu den psychischen Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeiter (Riedesser 1988), von chilenischen Flüchtlingsfamilien in der BRD und nach Rückkehr in die Heimat (Walter 1993, 1995) sowie von jugendlichen unbegleiteten Flüchtlingen in Hamburg (Adam 1992) in eine intensive konzeptionelle und psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und -familien im Rahmen einer Spezial-Ambulanz an der Universitätsklinik zusammen.

Bei den Untersuchungen der Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muß neben anderen Faktoren, die Einfluß darauf haben, ob ein Kind durch ein Ereignis traumatisiert wird oder nicht, immer der jeweilige Entwicklungsstand des betroffenen Kindes im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des Auftretens der traumatisierenden Ereignisse beschrieben werden.

Erikson (1950) übernimmt in seiner Beschreibung zu einem Heranwachsen einer gesunden Persönlichkeit Jahodas Definition der Faktoren, die in einem Erwachsenen eine gesunde Persönlichkeit konstituieren. Nach Jahodas Definition ist eine gesunde Persönlichkeit, wer "... *actively masters his environment, shows a certain unity of*

personality, and is able to perceive the world and himself correctly" (Jahoda 1950).

Diese Eigenschaften fehlen dem Kind und werden erst in seiner emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung ausgebildet. In drei aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen werden nach Erikson ein *sense of basic trust*, *sense of autonomous will* und *sense of initiative* aufgebaut. Eine störungsfreie Entwicklung dieser Eigenschaften wirkt positiv auf die Verarbeitungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, die Kinder und Jugendliche bei traumatisierenden Ereignissen einsetzen und mit denen sie sich eine gesunde Persönlichkeit bewahren können. Die Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis sind also davon abhängig, in welcher Entwicklungsphase sich das Kind zum Zeitpunkt des Ereignisses befindet und wie die bisherige Entwicklung verlaufen ist.

Auch D.W. Winnicott hebt in seinen Ausführungen über Trauma und dessen Auswirkungen hervor, daß besonders für die frühkindliche Entwicklung ein gesundes und intaktes psychosoziales Umfeld wichtige Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist. Eine intakte Umwelt ergänzt die unentwickelten Möglichkeiten des Kleinkindes in der Art, daß sich das Kind "der Illusion kindlicher Allmacht, einer völligen Verfügung über die psychosoziale Umgebung überlassen kann. Allein diese Allmachtsillusion ermöglicht eine selbstbewußte Entwicklung, die dem Kind die Gewißheit vermittelt, seine Umweltbedingungen kreativ gestalten zu können" (Winnicott 1954, Fischer, Riedesser 1998). Versagt die elterliche Schutzfunktion und / oder das psychosoziale Umfeld oder wirken externe traumatisierende Ereignisse auf das Kind ein, wird die kindliche Allmachtsphantasie, die Ausbildung des *basic trust*, empfindlich gestört und kann eine verfrühte Desillusionierung bewirken. Hierbei muß sich das Kind in einem seinen Entwicklungsstand nicht gerechten Umfeld zurechtfinden und ist dabei überfordert. Dies kann nach Winnicott zu Mikrotraumen führen, die in der weiteren Entwicklung oft lebenslange Auswirkungen haben. Ein eingeschränktes Selbstwertgefühl verbunden mit Gefühlen der inneren Leere und Fremdheit sowie einer Fremdbestimmung können von den Betroffenen empfunden werden.

Die Weltgesundheitsbehörde (WHO) arbeitet seit 1994 an einem Konzept "Health as a Bridge to Peace". Hierbei wird die Rolle von *health professionals* und Gesundheitsprogrammen im Prozeß der

Friedensschaffung untersucht. Wegweisend waren die Bemühungen der Gesundheitsministerien Lateinamerikas in den 80er Jahren, die mit Unterstützung der "Pan American Health Organisation" humanitäre Waffenstillstandsabkommen verhandelten, um Impfprogramme für Kinder durchführen zu können. Ergebnis waren nicht nur humanitäre Hilfsleistungen für Kinder und Frauen; durch den Waffenstillstand wurden auch der Gewaltzyklus der Kriegshandlung unterbrochen und Raum für friedliche Verhandlungen und Kooperationsbereitschaft bei den Kriegsgegnern geschaffen (Walker 1993, WHO 1996).

Das Konzept "Health as a Bridge to Peace" wurde seitdem in mehreren Kriegsgebieten (z.B. Afghanistan, Philippinen, Uganda, Irak) übernommen und leistete als *zones for peace* und *days of tranquility* einen wichtigen Beitrag, die Rechte von Kindern in Kriegszeiten zu garantieren.

Eine wichtige Vorreiterrolle für die UN-Konvention über die Rechte des Kindes waren das Engagement der philippinischen "nationalen Friedenskoalition". Dieser Gruppe gelang 1988 mit der Durchsetzung des Projekts *Immunisation for Peace* ein entscheidender Beitrag für das Zustandekommen von Friedensverhandlungen im ganzen Land. Die Regierung selbst (Gesundheitsministerium) koordinierte seit 1993 die aus diesem ersten Projekt entstandene Bewegung *Ceasefire for Children - Waffenruhe für Kinder*. Landesweit konnten erfolgreich zwei Waffenstillstandsabkommen ausgehandelt werden, die auch hier für Impfkationen genutzt wurden. Letztendlich basierten die Friedensverhandlungen auf den Philippinen auf einem von verschiedensten zivilen Gruppen der Gesellschaft ausgehandelten Konsens - der gemeinsamen Sorge um die Gesundheit und das Wohlergehen der Kinder. Als übergeordnetes Ziel erklärte die nationale Friedenskoalition:

"To ensure the survival, development and protection of children throughout the country by providing health services and achieving peaceful cooperation and co-existence among various groups affecting child welfare in conflict areas" (Peters 1996)

Das unmittelbare Ziel der Friedenskoalition war:

"To facilitate the delivery of immunization and to promote the capability of local communities and service providers in ensuring the rights of the child and in peacebuilding initiatives" (Peters 1996)

Elterliche Streßreaktionen auf traumatische Erlebnisse im Sinne eines PTSD haben wie oben schon angedeutet Auswirkungen sowohl auf den Entwicklungsprozeß der Kinder als auch auf die Entstehung von psychopathologischen Veränderungen im Familiensystem. Folglich gilt die Schaffung eines sicheren Umfeldes und das Aufrechterhalten elterlicher Schutzfunktionen für Kinder während des Krieges als ein entscheidender präventiver Schritt, eine psychische Traumatisierung bei Kindern zu vermeiden oder zu begrenzen. Im Beispiel der Filipinos begannen gesellschaftliche Gruppen während des anhaltenden Krieges eine "prosoziale Identität" zu schmieden:

Den enthumanisierenden Elementen des Krieges und der Kriegspropaganda wurde etwas Menschliches entgegengehalten.

Die nationale und internationale Aufmerksamkeit wurde auf die Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die Gesundheit von Menschen und insbesondere auf das Leid der Kinder gerichtet.

Durch Aktivität konnten die Menschen ihre Gefühle der Isolation und Hilflosigkeit überwinden, sie wurden dadurch in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt.

Die Waffenruhe erlaubte den Menschen, die Gedanken von dem alltäglichen Überlebenskampf ruhen zu lassen, zur Besinnung zu kommen, Hoffnung zu schöpfen.

So können Kinder, die vielleicht seit Geburt unter Einflüssen von Krieg und Gewalt leben, durch die Rollenvorbilder ihrer Eltern und die prosozialen Faktoren ihres unmittelbaren Umfeldes eine sogenannte survivors's identity (Macksoud et al 1993) entwickeln, in der sie aus der "Opferrolle" in die "Retterrolle" wechseln. Kinder entwickeln in solchem Umfeld häufig eine altruistische Grundhaltung und äußern als Berufswunsch Lehrer oder Arzt, um ihrem Land helfen zu können. Dieses Verhalten wird als innerer Abwehr- oder Bewältigungsmechanismus interpretiert, mit dem erlebtes Trauma kontrolliert und beherrscht werden kann. Umgekehrt entwickeln gerade Jugendliche infolge von indoktrinierender Propaganda und Verherrlichung von Gewalt eine Zunahme in ihrem antisozialen Verhalten (s. o).

In die UN-Konvention über die Rechte zum Schutz des Kindes wurden 1989 die drei Elemente

- a) Wahrung der Rechte von Kindern

- b) Schutz für diejenigen, die die Kinder versorgen und
- c) Leistung einer Grundversorgung in voller Anerkennung der Menschenrechte und des internationalen humanitären Völkerrechts

In ausgearbeiteter Form erschienen sie in der *World Declaration* und dem *Plan of Action* des Weltkindergipfels von 1990.

Die grundsätzlichen Regelungen zum Schutz der Kinder in bewaffneten Konflikten wurden bereits in 17 kindbezogenen Artikeln der IV. Genfer Konvention von 1949 niedergelegt und in 8 kindbezogenen Artikeln der Zusatzprotokolle von 1977 ergänzt und vertieft. Der Fortschritt der UN-Konvention über die Rechte des Kindes wird somit überwiegend in der Schaffung eines neuen Durchsetzungsorgans der Konventionsbestimmungen gesehen:

(...) the Convention creates a permanent international forum that will force a protracted discussion on the rights of the child. A monitoring system written into the Convention provides for the appointment of a committee of ten experts, to be elected by the ratifying countries. This committee will review the obligatory progress reports from ratifying nations on their compliance with the Convention (Jupp 1990).

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete 1993 eine Resolution, die den Generalsekretär beauftragte, eine umfangreiche Studie zu den komplexen und multidimensionalen Problemen von Kindern aus Gebieten bewaffneter Auseinandersetzungen anfertigen zu lassen. Das Ergebnis der Studie wurde auf der 51. Generalversammlung im November 1996 den Staatsregierungen vorgestellt. Die wichtigsten Forderungen der Studie sind:

1. Der Schutz und die Versorgung von Kindern und Frauen müssen in Kriegs- und Friedenszeiten Vorrang haben.
2. Kinderrechtsverletzungen müssen dokumentiert und an die Öffentlichkeit gebracht werden. Mitarbeiter von Hilfsorganisationen sollen zum Thema Kinderrechte besonders geschult werden.
3. Nothilfe für Kinder muß die gesundheitliche Versorgung, Schulunterricht und psychosoziale Maßnahmen zur Bewältigung traumatischer Kriegserlebnisse einschließen.

4. Vergewaltigung muß weltweit als Kriegsverbrechen geächtet werden. Militärs, Friedenstruppen und Hilfsorganisationen müssen darin geschult werden, Kinder und Frauen vor sexueller Gewalt besser zu schützen.
5. Bei der Versorgung von Vertriebenen soll UNICEF die Federführung übernehmen und mit Unterstützung von anderen Hilfsorganisationen gezielte Maßnahmen für Kinder durchführen.
6. Das Mindestalter für die Rekrutierung von Kindersoldaten soll auf 18 Jahre angehoben werden. Soldaten unter 18 Jahren müssen sofort demobilisiert werden und brauchen spezielle Wiedereingliederungshilfen.
7. Die Produktion, der Export und der Einsatz von Landminen müssen international verboten werden. Produzenten und Exporteure sollten Finanzmittel für Minenräumung, Aufklärungs- und Rehabilitationsprogramme bereitstellen.
8. Sanktionen müssen auf ihre negativen Auswirkungen auf Kinder hin überprüft werden.
9. Die Ursachen der Gewalt müssen stärker bekämpft und Konfliktlösungsstrategien entwickelt werden. Waffenlieferungen in Krisengebiete müssen kontrolliert und weltweit geächtet werden.
10. Ein UN-Sonderbeauftragter soll künftig die Umsetzungen der Empfehlungen überwachen. Im August 1997 wurde der Jurist und Präsident der Internationalen Friedensakademie, Olara Otunnu, in dieses Amt berufen (UNICEF 1997).

1.2 Fragestellung

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welches die psychosozialen Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die Gesundheit somalischer Kinder sind.

Die untersuchten Kinder gehören zu der jeweiligen *internally displaced population* ihres Landes. Es handelt sich um somalische Kinder, die im ersten Fall die kenianische Staatsangehörigkeit haben und im zweiten Fall nach Auflösung der Republik Somalia ohne Staatsangehörigkeit sind.

Es wird bewußt versucht, dieser Fragestellung während der noch anhaltenden Kriegssituation nachzugehen.

1.3 Wissenschaftliche Relevanz

Die Gesundheitswissenschaften und insbesondere die psychosozialen und psychiatrischen Gebiete in der Medizin sind gefordert, ihrer globalen Verantwortung gegenüber der individuellen und sozialen Gesundheit auch der schwächsten Bevölkerungsgruppen weltweit nachzukommen.

Während einer Kriegs- und unmittelbaren Nachkriegssituation ist es schwer, etwas über die psychosoziale Situation von Kindern in Erfahrung zu bringen. Häufig ist der Grund hierfür der Mangel an geschultem Personal unter den *field workers* der internationalen humanitären Organisationen und das Fehlen einer praktikablen Methodik in der Wissenschaft.

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zu leisten für das Verständnis der psychosozialen Situation und das Umfeld von somalischen Kindern und Jugendlichen einer schwer zugänglichen Region, die von Krieg, Gewalt, Chaos und Anarchie geprägt ist.

Der gewonnene Einblick ermöglicht die weitere Suche nach Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Kindern und Jugendlichen in Kriegsgebieten und Möglichkeiten zur Unterstützung bei der sozialen Reintegration in eine neu zu zivilisierende Gesellschaft.

Die Untersuchung zeigt im Ansatz auf, wie eine Verbindung zwischen der Feldsituation und dem universitären Forschungsbereich hergestellt werden kann. Dies wird als notwendig erachtet, um einerseits das Agieren von Hilfsorganisationen im konzeptlosen Raum zu verhindern und andererseits zu vermeiden, daß Forschung an den realen Verhältnissen und Bedürfnissen vorbei betrieben und eine anwendungsfreundliche und handlungsorientierte Ausrichtung gefördert wird.

Aus der beschriebenen Vorgehensweise wird deutlich, daß in dieser Arbeit in einigen Teilen Neuland betreten wird, wobei jeweils versucht wird, die limitierenden Faktoren des methodischen Vorgehens zu benennen. Das zu erforschende Feld erfordert in innovativer und kreativer Vorgehensweise einen Grundstock an Informationen zu erarbeiten, und macht deutlich, daß die Medizin Bereiche aufweist, in denen sie

explorative und qualitative Forschungsmöglichkeiten verstärkt nutzen kann und sollte.

1.4 Praxisbezug

Es wird versucht, Theorie und praktische Realität in Teilen während der Untersuchung zusammenzuführen.

Durch die Möglichkeit, während der Felduntersuchung flexibel auf (Teil-) Ergebnisse zu reagieren, konnte der Ablauf der humanitären Hilfsprogramme direkt beeinflusst werden; Ergebnisse sollen auch dazu dienen, daß internationale Organisationen sensibilisiert werden.

Die Erfahrung mit dem Lebenshintergrund somalischer Kinder und Jugendlicher kann auch einem besseren Verständnis in der therapeutischen Arbeit mit somalischen Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland und Europa dienen.

2. Methodik

2.1 Untersuchungsgegenstand

Primärer Gegenstand dieser Untersuchung sind sieben somalische Kinder aus einem Kriegsgebiet. Die Kinder sind im Untersuchungszeitraum 4-15 Jahre alt, wobei es sich bei den untersuchten Kindern um ein Mädchen und sechs Jungen handelt. In zwei Fällen wird jeweils ein Bruder zusätzlich mitinterviewt.

Mit den Fallbeschreibungen wird der Lebenszusammenhang der sieben Kinder unter besonderer Berücksichtigung des familiären und sozio-politischen, kulturellen Umfeldes beschrieben.

2.1.1 Auswahl der Kinder

Da diese Untersuchung im Rahmen qualitativ angelegter Forschung geführt wurde, konnte die Auswahl der Interviewkinder nicht als repräsentative Stichprobe im statistischen Sinne erfolgen.

Es handelt sich vielmehr um gezielte Auswahl, in einem Fall um eine Zufallsauswahl, aus einer vorab definierten Gruppe von Hunderten von Kindern. Die folgenden Faktoren kennzeichnen die definierte Gruppe, die ex ante festgelegt wurden: Altersgruppe 0-16 Jahre, unmittelbare Betroffenheit durch Krieg und Flucht oder Vertreibung, Betreuung durch die Untersuchende in einem Hilfsprojekt.

2.1.2 Kriterien zur Auswahl

Auf Grund der unten näher beschriebenen, die Arbeit erschwerenden Rahmenbedingungen im Feld war die Grundvoraussetzung bei der Auswahl der Kinder ein bestehendes Vertrauensverhältnis zwischen Untersuchender und Kindern.

Das Vertrauensverhältnis kam durch direkte Berührungspunkte während der täglichen Arbeit zustande. In fünf der sieben Fälle hängt es unmittelbar mit der Aufenthaltsdauer der Kinder und der Untersuchenden in den Projekten zusammen, die zu einer Gewöhnung der Kinder an die fremde Person führte.

Ein weiteres Kriterium für den Zugang oder die Kontaktaufnahme zu den Kindern waren Auffälligkeiten oder Besonderheiten im Verhalten, durch die sie aus der großen Gruppe anderer Kinder herausragten und Aufmerksamkeit auf sich zogen: entweder ausgeprägte Neugier und Aufgeschlossenheit oder soziale Deprivation.

Besondere Krankheitszeichen oder -verläufe von Kindern führten ebenfalls zur Auswahl als Interviewpartner.

Das Betreuungspersonal der Projekte wurde angelernt, mit Hilfe im Feld entwickelter Richtlinien die Kinder auf Krankheitszeichen (physische und psychische) zu screenen (s. Anhang). Hierbei sollten die Betreuer insbesondere auf das psychosoziale Verhalten der Kinder achten.

Die Auswahl der Kinder wurde von der Untersuchenden selbst getroffen. Nach Rücksprache mit dem Betreuungspersonal deckten sich die Beobachtungen an den Kindern in den meisten Fällen.

Allgemein auffälliges psychosoziales Verhalten sowie Schuß- oder Minenverletzungen bei Kindern gehören wie die oben genannten Definitionskriterien der Gruppe zu den ex ante festgelegten unspezifischen Auswahlkriterien und sollten eine möglichst breite Erfassung potentieller Phänomene bei den untersuchten Kindern ermöglichen.

Die spezifischen Kriterien, die der Fallvorstellung jeweils im Text vorangestellt werden, haben sich erst während der Untersuchung herauskristallisiert. Wie beim *theoretical sampling* (Glaser und Strauss 1967) wurden die Auswahlkriterien durch ein schrittweises und zirkuläres Vorgehen im Feld endgültig festgelegt. In diesem Prozeß hat sich die Untersuchende zunächst durch ihre teilnehmende Beobachtung Verständnis und einen Überblick über die Lebenssituation der Kinder aus der vordefinierten Gruppe verschafft und ihr theoretisches Konzept während des Feldaufenthalts der sozialen Realität angepasst.

2.1.3 Überlegungen zur Fallzahl und Zusammensetzung der Fälle

Eine bestimmte Fallzahl wurde bei der Untersuchung nicht angestrebt. Es war vor dem Feldaufenthalt nicht absehbar, in welchem Rahmen die Untersuchung durchgeführt werden konnte. Abhängig von den situativen Rahmenbedingungen sollte das größtmögliche Maß an Informationen zur Fragestellung gesammelt werden.

Für die Geschlechtsverteilung in der Untersuchungsgruppe fällt auf, daß nur ein Mädchen interviewt wurde. Bis auf die Tatsache, daß unter den kriegsverletzten Patienten in den Projekten mehr Jungen als Mädchen anzutreffen waren, ist die Auswahl zugunsten der Jungen zufällig.

Die Mehrheit der Kinder ist im Alter zwischen 8 und 15 Jahren. Die Gruppe der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren war durch die hohe Mortalitätsrate dieser Altersgruppe deutlich ausgedünnt. Im Jahr 1992 waren über die Hälfte der Kinder unter 5 Jahren in Somalia gestorben (UNICEF 1996).

Durch den zeitlich begrenzten Rahmen für die Interviews zog die Untersuchende das direkte Gespräch mit den Kindern zugunsten von Interviews mit Familienmitgliedern über die betroffenen Kinder vor. Dies setzt eine kognitive Entwicklungsstufe bei den Kindern voraus und erklärt die Konzentration der 8- bis 15-jährigen unter den untersuchten Kindern. Das vierjährige Mädchen, das über ihren Bruder interviewt wurde, bildet die Ausnahme.

Die sieben Kinder repräsentieren in einem ausgewogenen Maß Familien mit städtischem und ländlich nomadischem Hintergrund.

Alle Kinder waren privilegiert, da es ihnen aus unterschiedlichen Gründen gelungen war, zu den Nutznießern einer internationalen Hilfsorganisation in Zeiten absoluten Notstands zu gehören.

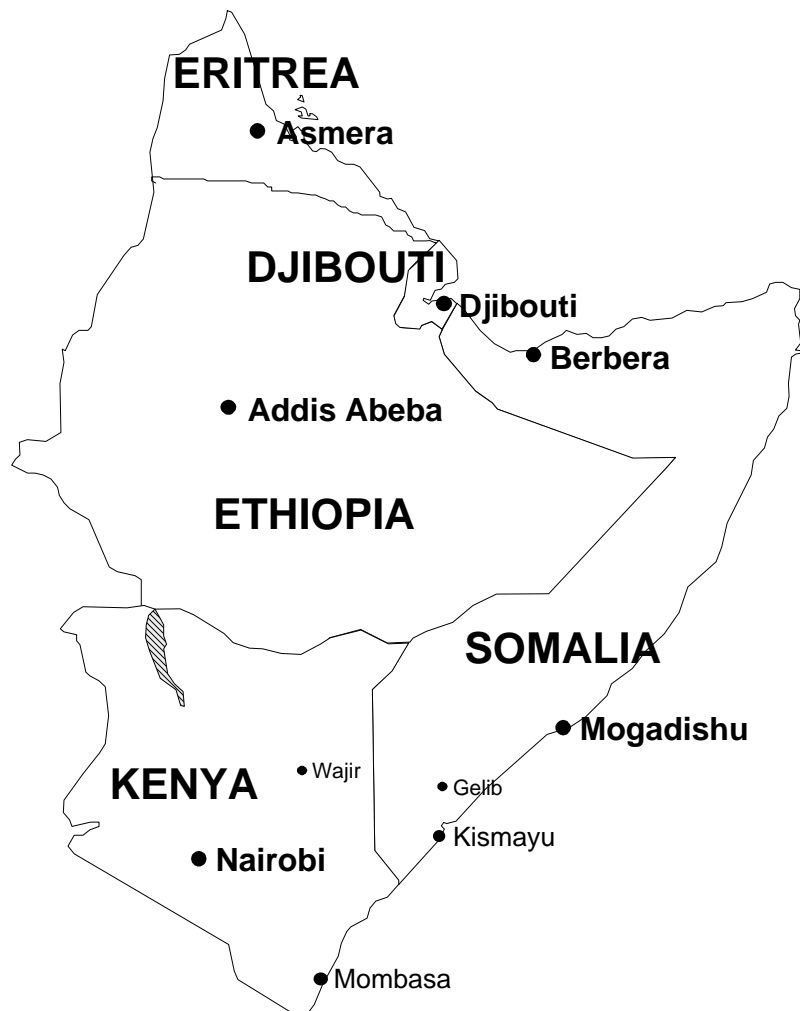
Eine Repräsentativität kann mit dieser Fallzahl nicht hergestellt werden. Bei dieser Untersuchung hat die Allgemeingültigkeit wenig Bedeutung, da es sich um eine explorativ-deskriptive Annäherung der Fragestellung im Kontext des somalischen Bürgerkriegs handelt.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kriegssituationen ist begrenzt, da jedes Land seine spezifische Kriegsform hat und Kinder folglich von Land zu Land unterschiedliche traumatische Erlebnisse haben. Macksoud, Dyregrov und Raundalen (1993) sehen die Notwendigkeit, ein *national childhood war trauma profile* zu entwickeln, um für ein bestimmtes Land die Identifizierung spezifischer Formen von Kriegstraumata vornehmen zu können. Diese Untersuchung kann als ein Beitrag für die Entwicklung eines somalischen *national childhood war trauma profile* herangezogen werden.

2.2 Feldsituation

2.2.1 Ort

Die Gebiete, aus denen das Material zusammengestellt wurde, umfassen die Distrikte Wajir und Mandera im Nordosten Kenias sowie die Städte Kismayu, Gelib und das Juba-Tal im Süden Somalias.



In Somalia herrschte zur Zeit der Untersuchung Bürgerkrieg, der sich in den angrenzenden Nordosten Kenias ausbreitete. Sowohl der Nordosten Kenias als auch Somalia waren im Untersuchungszeitraum von der 1990 einsetzenden schweren Dürrekatastrophe im Horn von Afrika und Ostafrika betroffen.

2.2.2 Zeit

Das Material zu den Lebensumständen und Biographien der ausgewählten Kinder wurde in den Zeiträumen September bis Oktober 1992, Februar bis September 1993 und März 1996 gesammelt.

Expertengespräche fanden während des gesamten Zeitraumes vom Herbst 1992 bis zum Ende des Jahres 1996 statt.

2.2.3 Zugang

Das Material wurde während verschiedener Einsätze in den Projekten von Médecins sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) gesammelt. MSF ist eine private, internationale Hilfsorganisation, die im Bereich der medizinischen Nothilfe arbeitet. Das Ziel der Organisation ist, Menschen, die durch Kriege, Naturkatastrophen oder durch den Zusammenbruch von Gesellschaftsstrukturen in Not geraten sind, medizinische Hilfe zu leisten. MSF verpflichtet sich, diese Hilfe auf den humanitären Grundsätzen der Neutralität und Parteilosigkeit unabhängig von der religiösen, ideologischen oder politischen Überzeugung zu leisten (MSF 1971).

Ein Zugang in das Kriegs- und Krisengebiet wäre ohne Mitarbeiterstatus einer internationalen Nichtregierungsorganisation (NGO) oder einer Organisation der Vereinten Nationen (UN) in dem Untersuchungszeitraum 1992 / 1993 gar nicht bzw. nicht über einen mehrtägigen Zeitraum hinaus möglich gewesen.

Der persönliche Schutz war in dieser Zeit ebenfalls nur über die internationalen Organisationen und über die Blauhelmissionen (UNITAF 1992/1993 und UNOSOM I/II 1992 - 1995) der Vereinten Nationen gewährleistet. Der Personen- und Projektschutz durch bewaffnete Kenianer oder Somali verstieß gegen die humanitären Grundsätze von MSF und wurde daher als Sicherheitskonzept in den meisten Fällen ausgeschlossen.

Der logistische Zugang nach Somalia war nur über den Luft- oder Seeweg im Rahmen der Hilfs- und Schutzoperationen obiger Organisationen möglich. Der zivile Luft- und Schiffsverkehr war in Folge des Bürgerkriegs und der Auflösung des somalischen Staates aufgehoben, der Landweg aus Sicherheitsgründen unmöglich.

2.2.4 Rahmenbedingungen

2.2.4.1 Arbeitsumfeld

Die Tätigkeitsfelder der Autorin bei MSF umfassten im Nordosten Kenias 1992 die Leitung und medizinische Betreuung des therapeutischen *Feeding Centers* in Alimao, einer nomadischen Ansiedlung mit einem *Displaced Camp*, nahe der Stadt Wajir. In dem Center wurden durchschnittlich 110 Patienten im Alter von 0 bis 15 Jahren behandelt. Des Weiteren betreute sie ein mobiles Team von lokalen Mitarbeitern, die in 11 weiteren nomadischen Ansiedlungen für ein Ernährungsprogramm für 7000 unterernährte Kinder und deren medizinische Grundversorgung verantwortlich waren.

In Somalia 1993 lagen die Aufgabenfelder der Autorin in der Supervision verschiedener *Feeding Center* in der Stadt Kismayu sowie im Aufbau eines Pflegeapparates und der Einrichtung verschiedener medizinischer Stationen im Kismayu General Hospital. In Gelib betreute sie eine medizinische Einrichtung mit 11 Krankenhausbetten und einem ambulanten Programm sowie die Aktivitäten einer Einrichtung für Waisenkinder und eines *Feeding Centers*.

Durch diese medizinischen Aufgaben war die Untersuchende in ihrer Forschungstätigkeit stark eingeschränkt.

2.2.4.2 Sicherheit

Der Bewegungs- und Handlungsspielraum der Autorin war aufgrund der anhaltenden Kämpfe in Somalia und wiederholten gewalttätigen Übergriffe im Nordosten Kenias sowie strenger Sicherheitsvorkehrungen von MSF während aller Aufenthalte stark eingeschränkt.

Die Wegstrecken zwischen Wohnhaus und Projekteinrichtung sowie anderen Einrichtungen wurden immer im Fahrzeug zurückgelegt. Beobachtungen zu Bevölkerungsbewegungen, zur ökonomischen Situation, insbesondere Marktbeobachtung, zu politischen und religiösen Aktivitäten etc. wurden zum größten Teil aus den Fahrzeugen heraus gemacht oder sind Berichten anderer Kollegen entnommen. Die freien Kontaktmöglichkeiten zur lokalen Bevölkerung in den Dörfern und Städten ergaben sich äußerst selten. Zu den wenigen Malen einer Kontaktaufnahme außerhalb der Projekteinrichtungen gehörten eine

epidemiologische Untersuchung in den *Displaced Camps* in und um Kismayu, eine exploratory mission gemeinsam mit anderen Organisationen in das Juba Tal, drei private Besuche bei lokalen MSF-Mitarbeitern in Kismayu und Gelib, ein Stadtrundgang in Gelib, ein Dorfbesuch in Afmadu und mehrere Besuche lokaler Einrichtungen in Wajir.

2.2.4.3 Verständigung

2.2.4.3.1 Sprache

Die Sprachbarriere war eines der offensichtlichen Probleme. Die Untersuchende benutzte Englisch als Verständigungssprache, wobei dies weder ihre Muttersprache noch die ihrer Mitarbeiter, Dolmetscher und der interviewten Kinder war. Bei der jeweiligen Übersetzung sind auf allen Seiten sprachlich-kulturelle Nuancen verlorengegangen bzw. konnten nicht vermittelt werden.

Zu spezifischen Themengebieten muß davon ausgegangen werden, daß in der somalischen Sprache ein äquivalentes Vokabular vollständig fehlt und bei der Übernahme bestimmter Begriffe, z. B. "Trauma", unterschiedliche Interpretationen und ein unterschiedliches Verständnis des Wortes die Regel sind. Nicht übersetzbare Ausdrücke und Sprachlücken wurden in der Regel von den Dolmetschern beliebig gefüllt und können somit die Authentizität der geführten Gespräche gefährden.

Neben dem eigentlichen Sprachproblem bereitete die unterschiedliche Anwendung von Sprache in der somalischen Kultur große Anfangsschwierigkeiten: "Palavern" ist Kulturgut in der traditionellen mündlichen Überlieferungs- und Kommunikationstradition der Somali. Dies erforderte eine Anpassung der eigenen ergebnisorientierten und rationalen Anwendung von Sprache an die lokale Kultur.

2.2.4.3.2 Kultur und Religion

Im Rahmen dieser Untersuchung konnte nicht interdisziplinär gearbeitet werden. Es wurde aber in dem Bewußtsein geforscht, daß psychologische Theorien, Erkenntnisse und Praktiken in die sozio-politische Matrix der jeweiligen Gesellschaft eingebettet sind.

In Gesellschaften afrikanischer Länder, die eine größere Nähe zu alten religiösen Heiltraditionen bewahrt haben, besteht häufig ein holistisch-kosmologisches Modell von Körper und Geist, von Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit wird als harmonische Beziehung zwischen Individuum, Natur, den Geistern verstorbener Vorfahren und anderen Mitgliedern der Gemeinschaft verstanden. Wird diese Harmonie gestört, geschieht dies im Verständnis dieser Kulturen, weil sich entweder der Einfluß bössartiger Geister breitmacht oder die Ahnengeister eingreifen, um soziales Fehlverhalten zu korrigieren. Krankheit hat somit eine bedeutende soziale Komponente. Heilung wird folglich durch einen ganzheitlichen Prozeß erreicht, indem sowohl die sozialen als auch die körperlichen Dimensionen der Krankheit angegangen werden (Dawes 1996).

Der somalischen Kultur stand in dieser Untersuchung, vertreten durch die Untersuchende und MSF als internationaler Hilfsorganisation, ein modernes und westliches kulturelles Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Heilung gegenüber. Dieses drückt sich beispielsweise in der Sichtweise der Biomedizin aus, die sich beim Umgang mit Patienten häufig auf einzelne Organe oder Organsysteme des Patienten beschränkt. Auch die moderne Psychologie des Kindes ist eine Psychologie, die das Individuum losgelöst von der Gesellschaft und der spirituellen Welt betrachtet und behandelt (Sampson 1989), und der weitverbreitete Glaube in westlichen Therapiemustern, daß das Reden über psychische und seelische Belastungen und das Ausagieren dieses Stresses (Spiel-, Kunst-, Gestalttherapie, u.a.) sowie deren Interpretation zur Besserung und Heilung beitragen, ist ethnozentrisch.

Dieser westliche Glaube und diese Praxis wird als die Auffassung einer Minderheit unter den Kulturen dieser Welt betrachtet (Shweder und Bourne 1984).

Es besteht die Gefahr, daß in dem Ungleichgewicht (Dawes 1996), in dem diese unterschiedlichen kulturellen Konzepte aufeinandertreffen, lokales Wissen und Verständnis verlorengehen. Und es bleibt festzuhalten, daß das Verständnis für die Situation der Kinder und die Interpretation der Daten abhängig ist von dem Verstehen der fremden Kultur, dem Bewußtsein der eingeschränkten Übertragbarkeit von Konzepten und dem Eingebundensein der einzelnen untersuchten Faktoren in einen Gesamtzusammenhang. Kontextbeschreibung, Offenheit, Flexibilität,

aktives Zuhören und Vorsicht bei Interpretation bei Durchführung der Untersuchung sollten dieses Verständnis fördern.

2.2.4.3.3 Dolmetscher

Bei der Auswahl der Dolmetscher wurde neben ihren sprachlichen Fähigkeiten darauf geachtet, daß sie bei der soziokulturellen Übersetzung Hilfestellung bieten konnten. Sie dienten als Bindeglied zwischen der Untersuchenden und den Kindern.

Die Dolmetscher hatten entweder eine hohe soziale Funktion - entweder als Mitarbeiter in leitender Position innerhalb der Projekte bzw. in religiöser Funktion der lokalen Gemeinschaft - oder waren persönlich mit dem interviewten Kind befreundet. Sie standen alle im engen, täglichen Arbeitsverhältnis mit der Interviewerin. Hierdurch waren zahlreiche informelle Gespräche über Themen, die im Kontext der Untersuchung stehen, im Vorfeld der Interviews möglich. Die Dolmetscher konnten demnach als thematisch eingearbeitet und mit der Forschungsmaterie weitgehend vertraut betrachtet werden. Ihr Interesse war sehr persönlicher Natur und schloß den Austausch über ihre persönlichen Kriegserlebnisse und Nöte mit ein.

Während der eigentlichen Interviews mußten sie oftmals daran erinnert werden, sich streng an die wörtliche Übersetzung zu halten und eigene Interpretationsansätze bis zum Ende der Interviews zurückzuhalten.

Durch die Möglichkeit des langfristigen Kontaktes zu den Dolmetschern konnten viele Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt werden wie inhaltliches Verständnis und entsprechende Übersetzung in beide Richtungen, fokussierte Gesprächsführung, u.a..

2.2.4.4 Gesprächssituation

Es wurde darauf geachtet, eine entspannte und angenehme Atmosphäre für die Gesprächssituation zu schaffen. Kleine Besonderheiten sollten die Einmaligkeit und Wichtigkeit der Situation unterstreichen und bei den Beteiligten für ungeteilte Aufmerksamkeit sorgen.

Der Gesprächsort wurde so gewählt, daß eine gewisse Privatsphäre gewährleistet war und nach Möglichkeit die Alltagshektik des Projektes und täglichen Lebens außenvorblieben und voraussehbare externe

Unterbrechungen, wie beispielsweise Gebetszeiten, Essenszeiten, Visiten und Besprechungszeiten ausgeschlossen wurden.

Die Gesprächsdauer lag zwischen 30 - 90 Minuten.

Die Konzentrationsfähigkeit war sowohl bei den Kindern als auch den Dolmetschern stark eingeschränkt. Es kam nie zu einem strukturierten Gesprächsverlauf, und selten gab es die Möglichkeit, Gespräche fortzuführen. Durch das Dolmetschen waren die Gespräche oft zäh. Außerdem kam es gelegentlich trotz der oben angeführten Maßnahmen für eine optimale Gesprächssituation zu unvorhergesehenen Ablenkungen.

2.2.4.5 Wissenschaftliches Umfeld

Ein wissenschaftliches Umfeld nach hiesigen Standards fehlte vor Ort.

Unter der Lokalbevölkerung gab es neben vier Ärzten, einigen ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern und einigen angelernten Kräften aus dem veterinär-medizinischen Bereich keine weiteren Menschen mit einer medizinischen oder paramedizinischen Berufsausbildung. Unter den anwesenden Berufsgruppen hatte niemand Erfahrung mit wissenschaftlichem Arbeiten. Ausführlichere Gespräche mit lokalen Experten waren wegen kontinuierlicher Arbeitsüberlastung kaum möglich.

Eine Betreuung oder Supervision der eigenen Arbeit im Feld oder eine kritische Diskussion mit einem Kreis von Kollegen fand während der Feldarbeit nicht statt. Es gab keine Kollegen aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen, die an einer ähnlichen Fragestellung gearbeitet haben.

2.3 Datengrundlage

2.3.1 Erhebungsverfahren

2.3.1.1 Leitfaden-Interviews

In der Vorbereitungsphase wurden verschiedene Erhebungsverfahren besprochen und auf Grund fehlender Rahmenbedingungen im Feld von

vornherein ausgeschlossen (Spielbeobachtung, geschlossene Interviewform, standardisierte Fragebögen).

Die Interviews wurden in Anlehnung an die biographische Methode (Fuchs 1984, Thomae 1987) geführt.

Da es sich bei der Untersuchung weniger um die Erhebung einer umfassenden Lebensgeschichte als um die Erforschung des Umgangs mit bestimmten Lebensereignissen handelt, wurde das Leitfaden-Interview als Teilmethodik des fokussierten Interviews (Merton und Kendall 1984) dem narrativen Interview (Schütze 1983) vorgezogen. Ein ausführliches und zusammenhängendes Erzählen selbsterlebten Geschehens, was für das Gelingen eines narrativen Interviews für unerlässlich gilt, konnte wegen der Feldsituation und der Tatsache, daß die Interviewpartner Kinder waren, nicht geleistet werden.

In den leitfadengestützten Interviews sind die Kinder als Experten ihrer Lebensgeschichte betrachtet worden, und es wurde niemals korrigierend oder beurteilend in die Erzählung eingegriffen.

Der Leitfaden (s. Anhang I) lag während des Interviews vor. Nach ihm sollten die folgenden Bereiche erfragt werden:

- Familiengeschichte und Familiendynamik
- Hören oder Miterleben von Kriegereignissen
- Beschreibung / Bedeutung von "Zuhause" und "Rache"
- situative oder emotionale Veränderungen für die eigene Person oder Familie, bedingt durch den Krieg
- Zukunftswünsche

Während der Interviews wurden Stichworte vermerkt. Das Interview wurde im Anschluß protokolliert und die situativen Bedingungen des Interviews und Beobachtungen in Form von Feldnotizen aufgeschrieben.

Die Feldnotizen zu den einzelnen Kindern wurden durch längerfristige Beobachtung, Visiteneintragungen und Eintragungen in die betreffenden Krankenblätter ergänzt.

Auf akustische und audiovisuelle Aufnahmen wurde während des gesamten Feldaufenthalts verzichtet. Unabhängig von den Interviewsituationen wurden einige Kinder photographiert.

2.3.1.2 Expertengespräche

Offene, leitfadenorientierte Interviews und informelle Gespräche mit Experten wurden in und außerhalb des Feldes geführt.

Im Feld gehörten die Interviewten zu Personengruppen, die aus beruflichen Gründen engen Kontakt zu Kindern hatten (Ärzte, Gesundheitsarbeiter und Lehrer). Sie bekamen ihre Rolle als Experten von der Untersuchenden zugeschrieben.

Außerhalb des Feldes fanden die Interviews mit Experten statt, die sich in persönlichem oder beruflichem Kontext mit Kindern und Jugendlichen in Kriegsgebieten befanden.

Bei den Expertengesprächen kam es der Untersuchenden unter anderem darauf an, Erfahrungsregeln, die das Funktionieren des fremden sozialen Systems bestimmen, kennenzulernen. Die Experten lieferten wichtiges Kontextwissen, und die geführten Gespräche hatten vorrangig eine explorativ-felderkundende Funktion (Meuser und Nagel, 1991).

2.3.1.3 Teilnehmende Beobachtung

Der von Lindemann (1924) geprägte Begriff "teilnehmende Beobachtung" gehört zu den wesentlichen Methoden der Feldforschung. Mit ihr soll die systematische Wahrnehmung und das Verstehen des sozialen Handelns von Individuen und Gruppen in ihrer alltäglichen Umgebung durch einen Beobachter erfolgen.

Durch die Übernahme einer aktiven und sozialen Rolle im Feld war der Untersuchenden der Zugang zum Feld ermöglicht. Sie war Teil des Handlungsfeldes, und die Interaktion mit Personen im Feld war täglich gegeben. Die Voraussetzung für das Erlangen von Vertrauen und Akzeptanz im Feld war ein flexibles und anpassungsfähiges Verhalten.

Durch den langen Feldaufenthalt und die Herausforderung, die schwierigen Umstände der Zeit (z.B. mangelnde Sicherheit) zu meistern, erfolgte eine Identifikation mit dem Feld. Das Vermeiden einer Überidentifikation und das Einhalten der erforderlichen Distanz zum Handlungsfeld und ihren Personen wurden durch die tägliche Rückzugsmöglichkeit in die abgeschlossene Teamatmosphäre der Mitarbeiter der internationalen Hilfsorganisation ermöglicht.

Die Forderung von Dechmann (1978) und Girtler (1984) nach einer Personalunion von Forscher und Beobachter, die das Fremdverstehen durch direkte Erfahrung im Feld und zumindest partielle Identifikation mit dem Feld erst ermöglichen, ist in dieser Untersuchung erfüllt. Die von ihnen beschriebene "Einmaligkeit der Beobachtungssituation" trifft ebenfalls zu.

Die Beobachtungen wurden in einem chronologisch geführtem Tagebuch festgehalten.

2.3.2 Aufbereitung des empirischen Materials

Die einzelnen Informationseinheiten wurden so zusammengestellt, daß durch eine dichte Beschreibung ein Bild der sozialen Welt einer schwer zugänglichen Szene oder Subkultur, hier von Kindern in einem Kriegsgebiet, für die Wissenschaft und für die Öffentlichkeit geschaffen wird. Die Untersuchende übernahm hierbei die Funktion eines Sprachrohrs für Menschen, die sich zum Zeitpunkt der Feldstudie und unter den gegebenen Umständen nicht selbst artikulieren können.

Den jeweiligen Fallbeschreibungen sind allgemeine Beschreibungen über die Strukturen des Feldes als Orientierungshilfe vorangestellt. Bei diesem situativen Überblick fließen die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung, Experteninterviews und das Literaturstudium zusammen. Die Fallbeschreibungen sind nur auf diesem Hintergrund ausreichend verständlich.

Bei den einzelnen Fallbeschreibungen wurde auf die direkte Übermittlung der geführten Interviews verzichtet. Die Beschreibungen setzen sich zusammen aus der indirekten Wiedergabe der protokollierten Interviews, Feldnotizen und Felddokumente, z.B. der Krankenblätter. Ziel war hierbei, ein möglichst lebendiges Bild der individuellen Kinder zu erstellen.

2.3.3 Auswertungsverfahren

Das Ergebnis der Interviews mit den Kindern wurde auf dem Hintergrund ihres sozialen Umfeldes im Rahmen einer Supervision diskutiert und jeweils in einer zusammenfassenden Beurteilung festgehalten. Die Situation der in dieser Untersuchung beschriebenen Kinder wird im Diskussionsteil mit Ergebnissen wissenschaftlicher Arbeiten verglichen und diskutiert.

3. Deskription

Die somalischen Kinder aus Kenia und Somalia werden getrennt voneinander vorgestellt. Nach Überblick und Einführung in die "North Eastern Region" in Kenia folgen zwei Fallbeispiele von Kindern, die dort ihren Lebenshintergrund haben. Anschließend wird zunächst im Überblick und wieder einführend Somalia als Lebensraum der übrigen Kinder beschrieben. Dann folgt die Vorstellung der Kinder aus Somalia.

3.1 North Eastern Region, Kenia

3.1.1 Überblick

Der Norden und Nordosten Kenias bestehen überwiegend aus Halbwüste oder Steppen- und Savannenlandschaft. Die Zahlen über die Gesamtbevölkerung dieser Region stammen aus dem Zeitraum um 1960 und werden auf 200.000 - 390.000 Menschen geschätzt, von denen die Somali mit etwa 200.000 die größte Bevölkerungsgruppe stellen. Insgesamt ist diese Region im Vergleich zu Kenias fruchtbarem Hochland und Küstengebieten stark unterentwickelt. Nur an wenigen begünstigten Stellen ist Ackerbau möglich, sodaß aufgrund der natürlichen Gegebenheiten fast ausschließlich eine nomadische Weidewirtschaft betrieben wird. Die überwiegende Mehrheit der Somali war nach 1860 im Zuge nomadischer Wanderungen in den Nordosten Kenias zugewandert.

Die heutige North Eastern Region (NER) Kenias wurde während der britischen Kolonialherrschaft als Teil des Northern Frontier District (NFD) verwaltet. Auf Grund der geographischen und ethnisch kulturellen Besonderheiten erhielt der NFD von der britischen Kolonialverwaltung einen besonderen Verwaltungsstatus. Dadurch wurde das herrschende Nord-Südgefälle innerhalb des britischen Protektorates noch verschärft. Die Region wurde zunehmend von den wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Zentren im Süden Kenias isoliert. "Von der ... Administration des NFD wurde kaum etwas getan, um die anhaltende Bodenerosion zu bekämpfen und die Wasserversorgung zu verbessern. Infolge von Überweidung und Wassermangel kam es im NFD immer wieder zu Unruhen und Stammeskämpfen. Es fehlte im NFD an Straßen, an Schulen und an medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen. Während im

Süden Kenias die Urbanisierung voranschritt und es zu modernen ökonomischen, sozialen und politischen Entwicklungsprozessen kam, wurde die Urbanisierung im NFD von der Kolonialverwaltung bewußt behindert und keine den modernen Entwicklungsprozessen im Süden vergleichbare Entwicklung induziert. ... So entwickelte sich der NFD im Lauf der Jahre gegenüber dem südlichen 'Zentrum' Kenias immer mehr zu einer marginalisierten 'Peripherie': nach Lewis war der NFD 'the most isolated, and the most backward portion of Kenya' und der wohl rückständigste Teil aller Somali-Gebiete im Horn von Afrika, und nach dem Urteil von Soja war er zur Zeit der Unabhängigkeit Kenias 'beyond effective national control and functionally not part of the Kenya nation' " (Matthies 1973).

Die Somali waren von Anfang an bedacht, ihre Identität als eigene Volksgruppe zu behalten, und strebten während und nach der britischen Kolonialherrschaft in Kenia ihre Autonomie und eine Sezession von Kenia an. Schon um die Jahrhundertwende leisteten sie bewaffneten Widerstand gegen die britische Kolonial-Administration. Einige wenige somalische Händler formierten erste politische Gruppierungen in den Jahren 1915-1943, doch an politischer Kraft gewannen die im NFD lebenden Somalis erst nach Gründung der Somali Youth League (SYL), die 1943 in Mogadischu gegründet worden war. Ende 1948 wurde die SYL im NFD von der britischen Verwaltung verboten. Man fürchtete ihren zunehmenden antikolonialen Charakter und versuchte mit der Unterdrückung der politischen Aktivitäten, der Gefahr einer politischen Untergrabung zu entgehen. Im Zusammenhang mit der Unabhängigkeit Somalias und den Vorbereitungen der Unabhängigkeit Kenias ließ die britische Kolonialverwaltung politische Aktivitäten im NFD wieder zu. Dies führte u.a. zur Bildung der größten Partei der Region, der Northern Province People's Progressive Party (NPPPP), die offen eine Sezession von Kenia und einen Anschluß an die Republik Somalia forderte. Die überwiegende Mehrheit der Somali, aber auch große Teile der nicht-somalischen moslemischen Bevölkerung im NFD, standen hinter der Forderung der NPPPP. Um ihrer Forderung Nachdruck zu verleihen, boykottierten die Somali die Wahlen 1961. Sie reichten in die Verhandlungen um die Unabhängigkeit Kenias im März 1962 ein Memorandum ein, in dem sie ihren Standpunkt festschrieben. Die großen Parteien im Süden Kenias lehnten die Forderung nach Sezession kategorisch ab, und Großbritannien löste im Frühjahr 1963 die

administrativen Grenzen des alten NFD auf und entließ die östlichen Teile des alten NFD als neue *North Eastern Region* und integralen Bestandteil Kenias 1963 mit in die Unabhängigkeit. Sie tat dies trotz Drängens der Republik Somalias auf Selbstbestimmung für die Bevölkerung im NFD und, obwohl sie von einer durch sie selbst ins Leben gerufenen unabhängigen Kommission bestätigt bekommen hatte, daß die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung des NFD eine Sezession wünschte.

So wurden die Somalis im Nordosten Kenias zwar nach formaljuristischen Kriterien Bürger Kenias, aufgrund ihrer politischen Kultur, nationalen Loyalitäten und Identifikationen fühlten sie sich jedoch eher der Republik Somalia zugehörig.

Als Folge dieser Entscheidung kam es zunächst zu sporadischen Unruhen und Zwischenfällen und führte schließlich zu dem Ausbruch des *shifita*-Krieges in Kenia (1963 - 1967).

Die kämpfenden Guerillagruppen setzten sich anfangs aus jungen Männern der NFD-Somali zusammen. Später erst wurden diese Kämpfer militärisch von der Republik Somalia unterstützt. Die regionale Basis der *shifita* konzentrierte sich vor allem auf die Distrikte Garissa, Wajir und Mandera. Die ersten Kriegsjahre waren von Überfällen auf Polizeiposten, Armeelager, kleine Geschäfte und nomadische Siedlungen sowie Attentaten und Entführungen geprägt. Mit der somalischen Intervention intensivierte sich der Krieg nochmals, u.a. auch wegen des erstmaligen Einsatzes von Sprengstoff und Landminen. Im Herbst 1967 kam es nach Verhandlungen zwischen Kenia und Somalia zu einem Ende der somalischen militärischen Beteiligung und zu einem allgemeinen Abflauen der Kämpfe. Die kenianische Regierung unternahm umfangreiche Counter-Guerilla-Maßnahmen militärischer wie administrativ-politischer Natur. Zu letzteren gehörten eine Registrationspflicht für alle Somalis und eine Zwangsansiedlung in *manyattas* (nomadische Siedlungen mit Umhegungen für das Vieh). Längerfristig verfolgte die kenianische Regierung das Ziel, die Nomadenbevölkerung in der NER sesshaft zu machen; zum einen um bessere Kontrolle über sie ausüben zu können, zum anderen wohl auch weil sie sich hierdurch erhoffte, den Lebensstandard der Somali durch ökonomische und soziale Entwicklung anzuheben und sie damit enger an den kenianischen Staat zu binden (Matthies 1973).

3.1.2 Situation in der Region seit 1990

Das Leben der Menschen im Nordosten Kenias wurde seit 1990 von einer Hungersnot bedroht, die durch eine anhaltende Dürrezeit in Ostafrika und dem südlichen Afrika verursacht wurde. Die Dürre führte zu hohen Verlusten in den Viehbeständen, zu hohen, rapide ansteigenden Preisen für Vorratsnahrungsmittel und *displacement* von Menschen in Lager und an die Peripherie städtischer Gebiete.

Verstärkt wurde die Hungerkatastrophe durch die gewaltsamen Konflikte in den Nachbarländern Kenias (Sudan, Äthiopien und Somalia).

Für den Nordosten Kenias und seine überwiegend halbnomadische, ethnisch somalische Bevölkerung bedeuteten die 402.000 Flüchtlinge (Flüchtlinge am 31.12.1992, UNHCR 1994) aus Äthiopien, dem Sudan und Somalia den endgültigen Kollaps der ohnehin stark unterentwickelten Region.

3.1.3 Folgen für die Region

In Folge der Kämpfe im benachbarten Somalia entstanden zunächst im Osten Kenias im Grenzbereich zu Somalia vier Flüchtlingslager: Das Liboi-Lager, ursprünglich als Durchgangslager für maximal 3000 Flüchtlinge konzipiert, etablierte sich ab Mitte 1992 als semi-permanentes Lager und beherbergte zu diesem Zeitpunkt 45.000 somalische Flüchtlinge. In den Lagern Ifo, Dagahaley, Hagadera, die im Umkreis von 25 km eingerichtet wurden, lebten zum gleichen Zeitpunkt 110.000 Flüchtlinge. Um die im nördlicheren Grenzbereich liegenden Provinzstädte El Wak und Wajir sowie um die Provinzhauptstadt Garissa bildeten sich Flüchtlingslager und *Displaced Camps*, in denen somalische Flüchtlinge und kenianische Halbnomaden somalischer Abstammung Zuflucht suchten. In El Wak und zugehörigem Distrikt handelte es sich um 20.000 somalische Flüchtlinge und 43.000 *internally displaced*. In Wajir mit zugehörigem Distrikt und in Garissa überwog die *displaced population* mit 85.000 und 61.000 Menschen. Auch hier waren es in überwiegender Zahl Nomaden, die sich wegen der Dürre und Hungersnot niederließen.

Ein weiteres riesiges Flüchtlingslager bildete sich im Oktober 1992 nahe der Stadt Mandera im Drei-Länder-Eck Äthiopien, Somalia, Kenia. In den ersten Tagen des Monats flüchteten 5000 - 6000 Somali pro Tag über die somalische Grenze und suchten in Mandera Zuflucht. Das Lager schwoll

binnen kurzer Zeit auf 55.000 Flüchtlinge an (UNHCR 1992a, 1994; MSF 1992, 1993).

Die kenianische Regierung forderte Hilfe von der internationalen Gemeinschaft für das Überleben der zehntausend bis hunderttausenden von Menschen, die sich in akut lebensbedrohlichem Zustand innerhalb kürzester Zeit in den Lagern niederließen. UNHCR koordinierte die Hilfsprogramme der UN-Organisationen und NGO's. MSF übernahm in den kenianischen Flüchtlingslagern und *Displaced Camps* folgende Aufgaben:

- Einrichtung von therapeutischen *Feeding Centers* und Ernährungsprogrammen, insbesondere für Kinder unter 5 Jahren sowie stillende und schwangere Frauen
- Durchführung von Masern- und Tuberkulose-Impfkampagnen sowie des gesamten EPI-Programms
- Aufbau, Einrichtung und Supervision von Health Posts, Ambulanzen und Kliniken
- Verteilung von Medikamenten
- Bereitstellung und Aufbereitung von Trinkwasser und Durchführung von Sanitärprogrammen
- Ausbildung von Gesundheitshelfern und allgemeine Gesundheitserziehung
- Datensammlung und Monitoring von Gesundheits- und Ernährungszustand (MSF 1992, 1993)

3.1.4 Situation der Menschen

Die immensen Probleme, die bei der Versorgung der Flüchtlinge und *internally displaced* im Nordosten Kenias auftraten, lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen.

3.1.4.1 Sicherheit

Der Osten Kenias ist bekannt für seine immer wiederkehrenden Gewalttaten der *shifita* und anderer marodierenden Banden, die seit über 30 Jahren Einheimische und Flüchtlinge überfallen, berauben, ihr Leben bedrohen und Frauen vergewaltigen. Die Gewalt in dieser Region ist in

dem Zeitraum der humanitären Krise zusätzlich eskaliert. Durch den Krieg in Somalia gelangten zahlreiche Waffen in die Region und teilweise überschritten die Kämpfe der somalischen Splitterparteien die Grenze und bedeuteten zusätzliche Gefahr. Die verschärfte Knappheit an Ressourcen, Weideland, Wasserstellen, Nahrungsmittel u.a., erhöhten die Spannungen zwischen der lokalen Bevölkerung und den Flüchtlingen. Es kam zu hemmungslosen bewaffneten Raubüberfällen und Morden aus dem Hinterhalt oder auf offener Straße. Polizeieskorten wurden ebenso überfallen wie die Unterkünfte der internationalen Hilfsorganisationen.

Der Ablauf der Hilfsmaßnahmen wurde dadurch erheblich gestört.

Die Mitarbeiter der Hilfsorganisationen waren gezwungen, einen großen Teil ihrer Zeit damit zu verbringen, schwer bewaffnete Polizeieskorten zu organisieren, die sie von einem Lager ins andere eskortierten. Für den Schutz ihrer Unterkünfte waren häufig bewaffnete Wächter erforderlich. Ihre Fahrzeuge, die häufig das Ziel von Übergriffen waren und nach Eroberung über die Grenze nach Somalia entführt wurden, tankten sie nie mit mehr als 20 Liter Benzin auf, um sich so vor potentiellen Überfällen zu schützen.

Das Leben der Flüchtlinge und *internally displaced* in den Lagern war ebenfalls geprägt von mangelndem Schutz und Gewalt. In den meisten Lagern hielten die somalischen Flüchtlinge an ihrer strengen Clan-Ordnung fest. Das Zusammenleben verfeindeter Clans auf engem Raum führte zu einer gespannten Atmosphäre in den Lagern und erschwerte die Hilfsmaßnahmen. So wurde beispielsweise ein *Feeding Center* für Kinder von einigen Flüchtlingen nicht aufgesucht, weil MSF dieses unbeabsichtigt in zu naher Nachbarschaft eines gegnerischen Clans eingerichtet hatte. Ein anderes Beispiel für den sozialen Unfrieden in den Camps war die Nahrungsmittelverteilung. Die Verteilung der Hilfsgüter und Nahrungsmittel erfolgte zum größten Teil über Clan-Älteste und von den Flüchtlingen eingesetzte Sprecher. Die Kontrolle und Verteilung der Hilfsmittel durch die Clanführer verlief chaotisch und führte immer wieder zu aufruhrartigen Zuständen unter den Flüchtlingen.

Eines der größten Probleme in den Lagern war der fehlende Schutz für somalische Flüchtlingsfrauen und Kinder vor sexuellem Mißbrauch und Vergewaltigung.

In der somalischen Gesellschaft war Vergewaltigung mit zunehmender Auflösung der sozialen und gesellschaftlichen Infrastruktur zu einem alltäglichen Problem geworden. Für die moslemischen Frauen, die sich in überwiegender Mehrheit der landesüblichen weiblichen Beschneidung unterziehen, ist die Vergewaltigung ein besonders schmerzvoller Gewaltakt. Die Frauen, die zusätzlich vor oder während der Vergewaltigung mit dem Messer im Genitalbereich verletzt werden, tragen langwierige medizinische Komplikationen davon. Schwangerschaften, die durch eine Vergewaltigung entstanden waren, wurden von den meisten somalischen Frauen ausgetragen und führten in vielen Fällen zu konfliktreichen Mutter-Kind-Beziehungen und zu einer sozialen Isolation. Die Gefahr einer HIV-Infektion durch die Vergewaltigung bedeutet für die Frauen eine zusätzliche Stigmatisierung und hat meist zur Folge, daß ihre Familie und die Gemeinschaft sie verstoßen.

Zahra wurde in Kismayu vor den Augen ihrer Eltern und ihres Ehemannes mißbraucht. "Sie schossen in meine Beine und schlugen mich brutal", berichtete sie. "Als ich den Schmerz nicht mehr aushalten konnte, ging ich widerstandslos mit ihnen ... Mein Ehemann trennte sich am nächsten Morgen von mir. Er fragte mich warum ich in die Vergewaltigung eingewilligt habe. Er sagte, ich hätte den Tod wählen können" (Wilkes 1993).

Gelang den Frauen die Flucht vor Folter und Vergewaltigung in ihrer Heimat, waren sie während der Flucht und in den Lagern erneut der Gefahr ausgesetzt, vergewaltigt zu werden. UNHCR setzte im Februar 1993 in den Lagern um Ifo eine Beraterin zur Betreuung traumatisierter Vergewaltigungsopfer ein. Obwohl es für jede somalische Frau das Ende ihrer sozialen Integrität in der Gemeinschaft bedeutet, wenn sie zugibt, vergewaltigt worden zu sein, nahmen nach wenigen Monaten 200 Frauen das Beratungsangebot an.

In den sieben Monaten von Februar bis August 1993 dokumentierte UNHCR 192 Fälle von Vergewaltigung. Allein im Monat August 1993 wurden 42 neue Fälle dokumentiert. 85 Frauen gaben an, in Somalia vergewaltigt worden zu sein, 107 in kenianischen Flüchtlingslagern. Für 100 Vergewaltigungen waren Straßenräuber verantwortlich und sieben wurden Sicherheitspersonal zugeschrieben (Wilkes 1993). Es wird geschätzt, daß die Dunkelziffer der Vergewaltigungen zehn Mal höher liegt als die der dokumentierten Fälle.

Die meisten Vergewaltigungen geschahen nachts in den Lagern oder während die Frauen Feuerholz sammelten. Die Erlebnisse einer Flüchtlingsfrau schildert eine UNHCR-Schutzbeauftragte der Lager wie folgt:

Als Fatima zum ersten Mal vergewaltigt wurde, kamen die Shifta-Banditen mitten in der Nacht in ihre Hütte im Flüchtlingslager. Sie war ausgesucht worden, weil sie einen Laden im Lager hatte und deshalb vermutet wurde, daß sie Geld habe. "Ich wurde von zwei Männern gleichzeitig vergewaltigt. Nachdem sie uns vergewaltigt hatten, durchsuchten sie das Zelt nach Geld. Ich sagte ihnen, wir hätten nichts. Als meine Tochter mitansehen mußte, daß wir geschlagen wurden, sprang sie aus ihrem Bett und schrie ‚Mutter, Mutter‘. Sie liefen zu ihr und schlugen sie mit dem Gewehrkolben." Während Fatima ihre Geschichte erzählt, klammert sich ihre Tochter heftig an sie. Durch den Schlag mit dem Gewehr wurde das Gehirn des Kindes schwer geschädigt. Innerhalb eines Monats wiederholte sich die Tortur. Die Shifta-Banditen kamen zurück, da sie wußten, daß Fatima ihr Geschäft wiederaufgebaut hatte. Sie stahlen ihr Geld und vergewaltigten alle Frauen im Haus. Fatima weigerte sich aufzugeben. Gemeinsam mit ihren Geschäftspartnern verschaffte sie sich einen Kredit und begann noch einmal von vorne. Jedoch nach sechs Monaten kehrten ihre Peiniger erneut zurück, stahlen alles und vergewaltigten sie erneut (Bissland 1993).

UNHCR veranlaßte die Verlegung Fatimas in ein anderes Lager nördlich von Mombasa. Viele der Frauen, die zu ihrem eigenen Schutz in das Flüchtlingslager bei Mombasa verlegt wurden, baten um ihre Rückverlegung. In den Lagern Ifo, Hagadera und Dagahaley wurden ihnen besondere für Vergewaltigungsopfer zugedachte Bereiche eingerichtet. Diese besonderen Bereiche erhöhten zwar ihre Sicherheit durch verstärkte Patrouillen der Wachposten, und durch die medizinische Versorgung und Beratung sollte ihnen bei der Verarbeitung der erlebten sexuellen Gewalt geholfen werden, doch wurden die somalischen Flüchtlingsfrauen durch diese extra Zuwendung gleichzeitig isoliert und stigmatisiert.

Africa Watch dokumentierte mehrere Fälle von Vergewaltigungen an Kindern. Im Juni 1993 wurden im Liboi-Camp ein 4-jähriges Mädchen und ein 7-jähriger Junge von einem anderen Flüchtling vergewaltigt.

In der Nacht vom 19. Juni hörte die Mutter ihren Sohn weinen. Die Mutter schlief mit ihren Kindern in einem großen scheunenartigen Gebäude das dem Camp als Krankenhaus diente. Die Familie lebte in dem Krankenhaus, weil die Mutter krank war. Es waren weitere kranke Flüchtlinge mit ihren Familien anwesend. Die Mutter ging zu dem Platz, an dem ihr Sohn schlief und fragte, warum er weine. Sie fand Mr. M. im gleichen Bett mit ihrem Sohn schlafen. Mr. M. war sechs Monate zuvor mit seiner Frau und seinen Kindern nach Liboi gekommen. Die Mutter fragte Mr. M. was er im Bett ihres Sohnes täte. Er antwortete, daß ihm kalt wäre und er deshalb mit in das Bett gekrochen sei. Da die Mutter Mr. M. kannte und dachte, daß sie ihm trauen könne, ging sie zurück in ihr Bett. Ungefähr eine halbe Stunde später wurde sie wieder von dem Geweine ihres Sohnes geweckt. Als sie hinüber ging, um nach dem Rechten zu sehen, fand sie ihren Sohn weinend allein im Bett. Er sagte, daß sein Po naß sei. Als sie ihn untersuchte, fand sie Samenflüssigkeit. Das Gesundheitspersonal bestätigte am nächsten Tag, daß der Junge anal vergewaltigt wurde. Nachdem dieser Vorfall der Polizei gemeldet worden war, berichtete eine Frau, daß ihre 4-jährige Tochter von dem gleichen Mann vergewaltigt worden war. Eines Nachts hörte sie ihre Tochter schreien. Als sie zu ihr eilte, fand sie ihre Tochter in den Armen von Mr. M. Er übergab ihr das Mädchen und sagte ihr, daß sie nicht schlafen wolle. Die Mutter dachte sich zunächst nichts weiter bei diesem Vorfall bis sie feststellte, daß ihre Tochter keinen Urin lassen konnte. Als die Mutter ihre Tochter, die einer genitalen Beschneidung (Infibulation) unterzogen worden war, untersuchte, entdeckte sie einen Riß in der Vagina des kleinen Mädchens. Sie wollte die Tochter in medizinische Behandlung geben, wurde aber von Mr. M. bedroht, daß er sie schlagen würde, wenn sie dies täte. Später untersuchte eine Krankenschwester das Mädchen und bestätigte die Vergewaltigung.

Mr. M. wurde verhaftet und in die nächste Stadt Garissa gebracht. Die Mutter des 7-jährigen Jungen berichtete später, sie habe gehört, daß der Vergewaltiger ohne Strafe wieder freigesetzt wurde und daß sie sich vor seiner Rückkehr und möglichen Rache fürchten würde (Africa Watch 1993).

Nachdem im Juni 1992 auch eine Ärztin einer internationalen Hilfsorganisation während eines Überfalls der *shifita* vergewaltigt wurde,

sah sich diese Organisation mehrfach gezwungen, ihre weiblichen Mitarbeiter zu evakuieren.

Die Schuldzuweisungen für die herrschende Unsicherheit und die eskalierte Gewalt gingen hin und her. Es gibt genug Indizien dafür, daß sowohl kenianische und somalische Banden, organisierte Flüchtlingsgruppen und die kenianische Polizei an den Gewalttaten beteiligt waren.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß mangelhafte Sicherheit sowohl für die Flüchtlinge und Einheimischen als auch für die internationalen Helfer die größte Gefahr bedeuteten und alle Hilfsmaßnahmen während der Kriegs- und Dürrekatastrophe in erheblichem Maß beeinträchtigten. Diese fehlende Sicherheit führte als ein wesentlicher Faktor dazu, daß der Bürgerkrieg in Somalia mit seinen Auswirkungen auf benachbarte Länder zu den sogenannten *complex humanitarian emergencies* (Chen 1994, Leaning 1996) gezählt wird.

3.1.4.2 Versorgung

3.1.4.2.1 Nahrungsmittel

Die seit 1990 anhaltende Dürre in der gesamten Region Ostafrikas führte zu Engpässen in der Nahrungsmittelversorgung. Hauptnahrungsmittel der kenianischen und somalischen Halbnomaden sind das Fleisch und die Milch ihrer Viehbestände (Kamele, Rinder, Ziegen). Infolge der Dürre verdurstete das Vieh oder wurde von bewaffneten *shifita* geraubt und zum Teil ins Ausland verkauft. Der Bevölkerung war somit ihre Lebensgrundlage entzogen. Ausbleibende Ernten trugen ihren Teil zu der Hungersnot bei. Überall, wohin das Auge reichte, sah man die Auswirkungen der Dürre und Hungerkatastrophe: Die Menschen erreichten ausgemergelt und in absolutem Erschöpfungszustand die Lager, nachdem sie tage- und oft wochenlang nichts gegessen und nur ein Minimum an Wasser getrunken hatten, und mehrere Hundert Kilometer zu Fuß durch die sengende Sonne gelaufen waren. Im Flüchtlingslager angekommen, waren sie häufig zu schwach, sich aus ihren Zelten heraus Hilfe zu besorgen und verhungerten in der ersten Zeit trotz Vorhandenseins von Nahrung und Wasser. Erst die Ausbildung und der Einsatz von *community health workers*, deren explizite Aufgabe das

Ausfindigmachen dieser hilfsbedürftigen Menschen war, verbesserte die Situation der Schwächsten.

Die Hilfslieferungen der internationalen Gemeinschaft bestanden anfangs aus Mais, Mehl, Öl und Bohnen. Die Eßgewohnheiten der zu versorgenden Bevölkerung wurden bei der Planung nicht bedacht. An die Beratung für die Zubereitung der fremden Nahrung dachte ebenfalls zunächst niemand.

Als die ersten Bohnen an die Flüchtlinge verteilt wurden, kochten die Frauen der Nomaden sie einige Minuten in Wasser und warfen sie anschließend weg. Sie meinten man wolle sie dazu bewegen, Steine zu essen (UNHCR 1992).

Die Umstellung auf die ungewohnte Nahrung ging häufig mit Unverträglichkeitsreaktionen und Krankheit einher.

3.1.4.2.2 Wasser

Die Wasserversorgung für über hunderttausend Flüchtlinge in der wüstenähnlichen Region der Lager Liboi, Ifo, Hagadera und Dagahaley war oft von Engpässen gekennzeichnet. Die Menschen standen bis zu 48 Stunden zum Teil in sengender Sonne um 3 Liter Wasser zu bekommen. Nachdem neue Brunnen gegraben waren, gelang es pro Kopf 10 Liter Wasser bereitzustellen.

Im Flüchtlingslager Mandera war die Wasserversorgung zunächst durch das Flußwasser eines nahen Flusses sichergestellt. Als dieser versiegte, drohte die Versorgung der 50.000 Flüchtlinge zusammenzubrechen. Es wurde kurzfristig an eine Umsiedlung der Flüchtlinge gedacht, und gleichzeitig baute man neue tiefe Brunnen. Die Wasserstellen, die zur Trinkwassergewinnung und -aufbereitung dienten, waren oft gefährdet, durch das verendende Vieh und die Kadaver kontaminiert zu werden.

3.1.4.2.3 Hygiene

Mängel in verschiedene Bereichen der Hygiene bedeuteten zusätzliche Gefahren für die Gesundheit der Menschen in den Flüchtlingslagern und *displaced camps*. Neben der Aufbereitung des Trinkwassers (s.o.) ist die Entsorgung der menschlichen Fäkalien und des allgemeinen Mülls Voraussetzung, um großen Epidemien vorzubeugen. Die im Busch

lebenden Nomaden kennen keine sanitären Anlagen und mußten sich in den Massenunterkünften auf die Benutzung der bereitgestellten Latrinen umgewöhnen. Die Entsorgung des anfallenden Mülls in den Massenlagern bereitet große Probleme. Oft drohte eine Seuchengefahr nicht nur durch das verendende Vieh sondern auch durch die menschlichen Leichen, die unmittelbar neben den Unterkünften beerdigt wurden, wo anschließend wieder Kinder spielten und neue Hütten aufgerichtet wurden. Die Übervölkerung der Menschen in den Lagern begünstigte die Übertragung von Krankheiten insbesondere von Tuberkulose, Masern und Scabies.

3.1.4.2.4 Unterkunft

Die Bereitstellung von Unterkünften für die *internally displaced* und Flüchtlinge wird oftmals als Komfortleistung und nicht als Notversorgung anerkannt. Grund hierfür ist die unzureichende Information über die direkten Zusammenhänge von Unterkunft und Gesundheitszustand der Menschen, die über den bloßen Schutz vor schlechtem Wetter hinausgehen. *Housing* bietet Schutz vor Hitze, Kälte und Regen und hat unmittelbare Auswirkungen auf den Ernährungszustand der Bevölkerung und die Inzidenz von Luftwegserkrankungen. In einer Situation, die von Nahrungsmittelknappheit oder Hunger geprägt ist, bedeutet zusätzliches Leiden an Kälte für die Menschen einen erhöhten Kalorienverbrauch. Bedingt durch die Unterernährung leiden die Menschen an Hypothermie. Fehlender Schutz vor Kälte begünstigt somit Unterernährung und erhöht das Risiko, an Unterkühlung zu sterben. Unzureichendes *housing*, wie beispielsweise die Übervölkerung der Unterkünfte fördert die Übertragung von Krankheiten (s.o.). Zusätzlich bedeutet das Fehlen einer Privatsphäre für die Familien eine hohe psychologische und soziale Belastungssituation, die wiederum Ursache für eine erhöhte Gewaltbereitschaft sein kann. Die Flüchtlinge und *internally displaced population* in der Umgebung von Wajir lebten in notdürftig zusammengesteckten Hütten, die mit Plastikplanen und den leeren Säcken der Lebensmittellieferungen abgedeckt waren.

3.1.4.2.5 Energie

Energie wurde fürs Kochen, Wärmen und als Lichtquelle benötigt.

Die ökologische Landschaft im Umfeld der Flüchtlingslager und *displaced camps* wurde in einem großen Radius durch Abholzung der letzten Busch- und Baumbestände völlig zerstört. Für die Flüchtlinge stellt Holz die einzige Energiequelle für die Kochstellen dar.

Am Beispiel des Feuerholzes läßt sich verdeutlichen, wie eng häufig die einzelnen oben aufgeführten Bereiche miteinander verwoben sind und sich immer wieder zu einem Teufelskreis verbinden. Die Suche nach Feuerholz zwingt die Frauen und Kinder, sich weit von den Lagern zu entfernen. Die Gefahr überfallen und vergewaltigt zu werden, erhöht sich, je weiter sie sich von dem relativen Schutz der Lager entfernen. Bohnen als Bestandteil der Lebensmittelhilfe führen durch ihre lange Garzeit in der Zubereitung zu einem besonders hohen Verbrauch von Feuerholz. Hoher Bedarf an Feuerholz führt zu Engpässen in der Energieversorgung und bedingt wieder lange Wege zur Gewinnung des Feuerholzes.

Ansätze, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, existieren oft nur in den Köpfen der Mitarbeiter von Hilfsorganisationen und scheitern häufig an der praktischen Umsetzung. So planten beispielsweise Mitarbeiter von Hilfsorganisationen, das noch lebende Vieh den Flüchtlingen abzukaufen, um es zu schlachten und als Nahrung zur Verfügung zu stellen. Man wäre den Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung entgegengekommen und hätte verhindert, daß das Vieh durch Krankheiten und Verdursten verendet und zur Seuchengefahr wird. Die logistischen Schwierigkeiten, die mit dem Schlachten der Tiere und der gerechten Verteilung des Fleisches an die Bevölkerung zusammenhingen, schienen unüberwindbar und verhinderten die Umsetzung eines sinnvollen Planes.

3.1.4.3 Gesundheit

Die gesundheitliche Versorgung der nomadischen Bevölkerung im Norden Kenias war noch nie gewährleistet. Ein kleines Distriktkrankenhaus in Wajir und ein staatliches Tuberkulose Behandlungszentrum im gleichen Ort sind chronisch mangelversorgt und arbeiten die meiste Zeit des Jahres ohne Arzt oder Ärztin. Dieses wackelige System brach mit Eintreffen der Flüchtlinge vollends zusammen und wurde von internationalen Hilfsorganisationen und UNICEF unterstützt.

Im *displaced camp* Alimao traten die für ein Flüchtlingslager typischen Erkrankungen und Epidemien auf (Durchfallserkrankungen, Infektionen

der Luftwege, Masern, Malaria, schwere Anämien), und wurden im Rahmen der therapeutischen Ernährungsprogramme mitbehandelt. Schuß- und Messerstichverletzungen wurden in das Distriktkrankenhaus überwiesen, Tuberkulosekranke im lokalen Behandlungszentrum therapiert.

Das größte medizinische Problem in den Feeding Centers waren Apathie und fehlende Motivation der Mütter und Familienangehörigen bei der Versorgung der schwer unterernährten Kinder. Die Familien lehnten eine Sondenernährung der Kinder zum großen Teil ab (z. T. kulturelle Gründe und mangelnde anatomische Kenntnisse) und waren nicht bereit, die Kinder engmaschig und teelöffelweise zu ernähren. Sie saßen schweigend und apathisch von morgens bis abends mit ihren Kindern im Arm auf den Matten. Nachts gingen sie in Ihre Hütten zum Schlafen. Die Situation entspannte sich erst nach zwei Maßnahmen. Zunächst wurde ein lokaler "district health officer" zu einer Informationsveranstaltung zum Thema "Anatomie des Gastrointestinalen Traktes" und "Bedeutung von therapeutischer Nahrung / Ernährung" geladen. In einem nächsten Schritt kauften MSF-Mitarbeiter lokales Material zum Flechten von Strohmatte ein. Dieses Material wurde den Müttern zur Verfügung gestellt, die gegen eine Entgelt Matten für "ihr" neues Feeding Center flochten. Mit dieser Aktivität veränderte sich die Stimmung schlagartig - hin zu mehr Leben, Lachen und Kooperation in der Versorgung der schwer unterernährten Kinder.

Auffällig war die große Nachfrage der Familienangehörigen nach Aspirin Tabletten bei Kopf- und Bauchschmerzen. Schätzungsweise 50 % dieser Menschen hatten keine weiteren Symptome, die beispielsweise auf Durchfallserkrankungen und / oder Malaria hinweisend waren.

3.1.5 Fallbeschreibungen

3.1.5.1 Zeynab Mohamed (4 Jahre)

Kurzvorstellung

Zeynab ist ein Mädchen aus dem *Feeding Center* Alimao bei Wajir im Nordosten Kenias und nach Aussage ihres Bruders vier Jahre alt. Zeynab fiel schon im Zeitraum September und Oktober 1992 unter den 120 anderen Kindern im *Feeding Center* durch ihre schweigsame, scheue und zurückgezogene Art auf. Im Februar 1993 fiel sie erneut auf, da sie wieder Patientin im *Feeding Center* war und nach wie vor durch ihr zurückgezogenes Verhalten auf sich aufmerksam machte.

Vorgeschichte

Aus Zeynabs Krankenblatt und anhand mehrwöchiger Beobachtung während ihres Aufenthaltes im *Feeding Center* läßt sich folgende Information zusammentragen:

Das Mädchen wird am 5. September 1992 erstmalig in das *Feeding Center* Alimao aufgenommen. Sie wiegt bei Aufnahme 9100 g bei einer Körperlänge (KL) von 90 cm. Zeynabs Grad der Unterernährung fällt damit in ein fortgeschrittenes Stadium. Aus der knappen Anamnese ist bekannt, daß Zeynab seit über 2 Monaten Magenprobleme habe und seit einer Woche huste und tachypnoeisch sei. Am Aufnahmetag hat Zeynab 39,3°C Fieber. Die Aufnahmediagnose lautet fieberhafter Luftwegsinfekt, z. B. Pneumonie, und Zeynab wird entsprechend antibiotisch behandelt, zunächst mit Procain Penicillin Forte i.m. (PPF) und anschließend mit Penicillin oral für insgesamt 7 Tage. Des weiteren bekommt Zeynab nach dem üblichen Protokoll als Oralmedikation: Mebendazole über drei Tage, und Vitamin A als dreimalige Gabe über sieben Tage, Chloroquin sowie Eisen und Folsäure. Eine orale Candidiasis wird mit Gynostat / Nystatin behandelt.

Seit dem 8. September 1992 ist Zeynab fieberfrei und nimmt wenig, aber kontinuierlich an Gewicht zu: vom 8. September bis zum 5. Oktober 1600g. Am 5. Oktober wiegt sie 10,6 kg bei 91,5 cm Körperlänge.

Die Kinder im F.C. werden auf Hinweise gescreent, die eine zusätzliche Erkrankung nahelegen. Diese grobe Screening-Methode wird angewendet, da nicht alle Kinder untersucht werden können und ein schnelles therapeutisches Eingreifen bei den unterernährten Kindern lebensnotwendig ist. Zu den Faktoren, auf die geachtet wird, gehören u. a. Zurückgezogenheit des Kindes - "not as playful as usual" -, schlafende, in sich zusammengekauerte Kinder, schlechtes Eß- und Trinkverhalten und Gewichtsabnahme oder -stagnation, glänzende, fiebrige Augen, Erbrechen und Diarrhoe.

Bei der täglichen Visite im *Feeding Center* fällt Zeynab immer wieder auf. Sie sitzt oft in der Ecke des *shelters* an den Pfeiler gedrückt; wenn sie sich außerhalb des *shelters* befindet, fällt auf, daß sie sich kaum aus dem Schatten einer von ihr ausgewählten anderen Person herauswagt. Sie steht kaum allein "in der Gegend" und vermittelt trotzdem den Eindruck, völlig isoliert und einsam zu sein. Manchmal folgt sie aufgeschlossenen Kindern, die neugierig und interessiert die Nähe der Autorin suchen. Zeynab nimmt dabei nie direkt Kontakt auf, weder mit den Kindern noch mit der Autorin. Auf direkte Ansprache und in einer Untersuchungssituation reagiert sie neutral. Sie zeigt weder gesteigerte Scheu oder Scham, noch scheint ihr dieser nahe Kontakt willkommen zu sein - sie läßt es über sich ergehen.

Ihr Gesichtsausdruck ist verhalten und tief traurig. Sie beobachtet ihr Umfeld genau, bleibt aber in ihrer Beobachtung distanziert. In ihrem Gesicht spiegelt sich nichts aus ihrer Beobachtung wieder, es bleibt tief traurig und ansonsten regungslos.

Der shelter supervisor wird angewiesen, darauf zu achten, daß Zeynab in das alltägliche Geschehen mit einbezogen und der Kontakt zu anderen Kindern gefördert wird. Es kann nicht nachvollzogen werden, inwieweit der shelter supervisor die Notwendigkeit dieser Anweisung nachvollzieht und/oder sie umsetzt.

Am 9. Oktober wird Zeynab mit einem Gewicht von 10,6 kg entlassen.

Wiederaufnahme der vierjährigen Zeynab ins *Feeding Center* Alimao am 26. Januar 1993. Zeynabs Aufnahmegewicht beträgt 9,2 kg bei einer Körperlänge von 91 cm. Zeynab hat bei Aufnahme diesmal kein Fieber (Temp.: 37,5°C). Eine Anamnese wurde nicht erstellt.

Unter Aufsicht nimmt Zeynab wie bei ihrem ersten Aufenthalt wieder kontinuierlich an Gewicht zu: vom 26. Januar bis 23. Februar 1300g. Am 23. Februar wiegt sie 11,1 kg.

Während dieses zweiten Aufenthaltes bekommt Zeynab eine fünftägige Behandlung mit Cotrimoxazole oral. Außer einer Otitis purulenta ist kein Krankheitszeichen im Krankenblatt vermerkt. Die Standardmedikation läuft nach Protokoll wie beim ersten Aufenthalt.

Im Ernährungsprotokoll ist vermerkt, daß Zeynab täglich eine von fünf Milchmahlzeiten ganz ausläßt oder nur zu einem Viertel trinkt. Nach Auskunft der shelter supervisor muß Zeynab bei jeder Mahlzeit angehalten werden, ihren Becher Milch auszutrinken. Eigenständig trinkt sie nicht und sitzt teilnahmslos mit dem Becher in den Händen auf dem Boden. Sie ist wie im September und Oktober des vergangenen Jahres während des Aufenthaltes im *Feeding Center* stumm und sitzt passiv am Rande der anderen Kinder in ihrem shelter oder steht abseits im Bereich des Centers. Sie beobachtet das Geschehen um sich herum, und eine sichtbare Anteilnahme ihrerseits an dem Treiben im *Feeding Center* oder den Spielaktivitäten anderer Kinder läßt sich nicht erkennen.

Zeynab wird täglich von ihrem 13-jährigen Bruder Mohamud zum F.C. gebracht und auch wieder abgeholt. In seiner Abwesenheit kümmert sich keiner der Angestellten des *Feeding Centers* und auch keiner der anderen Kinder und deren Angehörigen um Zeynab.

Gesprächssituation

Am 23.2.1993 kommen Mohamud und Zeynab zu einem Gespräch in das Aufnahmezelt. Der Koordinator des *Feeding Centers* dolmetscht das Gespräch. Das Gespräch ist nicht sehr lang, da sowohl die Kinder als auch der Dolmetscher nach 30 Minuten an Aufmerksamkeit verlieren und die alltäglichen Aktivitäten und Aufgaben im *Feeding Center* das Treffen der kleinen Gruppe stören.

Zeynab spricht während des gesamten Treffens kein Wort und das Gespräch läuft nur mit ihrem Bruder Mohamud. Zeynab sitzt währenddessen auf dem Schoß und umfaßt mit einer Hand den Arm der Untersuchenden. Sie scheint sich, ohne daß sie sich körperlich völlig in den Schoß sinken läßt, wohl zu fühlen, und den körperlichen Kontakt zu

genießen. Durch ihr andauerndes spielerisches Begreifen der Armbanduhr vermittelt sie den Eindruck leichter Nervosität oder Angespanntheit.

Gesprächsergebnis

Zeynab lebt mit ihrem Vater, den drei älteren Brüdern und einer Tante und deren Kindern im *Displaced Camp* Alimao. Die Mutter verstarb, als Zeynab ein Jahr alt war. Sie sei im Krankenhaus gewesen und von dort entlassen worden. Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus sei sie in den Busch gegangen, um dort zu sterben. Über ihre Krankheit ist nichts bekannt. Von Zeynab erzählt Mohamud, daß sie immer sehr still sei, aber zuhause mit ihren Brüdern rede. Sie würde es überhaupt nicht mögen, von ihren Brüdern getrennt zu sein, und würde immer weinen. Das Verhalten von Zeynab zuhause sei nicht grundsätzlich anders als im *Feeding Center*. Sie sitze mit sich allein, weine oft und warte bis jemand käme, um sie zu trösten. Ihr Verhalten sei schon immer so gewesen.

Vor der Dürrezeit lebte die Familie mit einer großen Kamelherde im Busch und wanderte von Wasserstelle zu Wasserstelle. Fast alle Kamele der Familie verendeten aufgrund der Dürre. Mohamud versorgt nun als ältester Sohn die Geschwister. Er passe auf sie auf, koche ihnen Essen und bewirtschaftete ein winziges Stück Land mit wenigen einzelnen Pflanzen (a small farm). Auf dem Stück Land sei er damit beschäftigt, Mais anzubauen und den Mais zu wässern. Am frühen Morgen besuche er die islamische Schule. Die Versorgung der Geschwister und die Pflege der Maispflanzen seien seine alleinige Verantwortung. Das Alter der beiden jüngeren Brüder ist nicht bekannt. Einer der jüngeren Brüder besucht das islamische *Feeding Center* in Wajir, der andere lebt mit Verwandten im Busch. Mohamud möchte nicht zurück in den Busch. Es würde keinen Sinn machen, da sie alle Kamele verloren hätten. In diesem Zusammenhang berichtet Mohamud von einem bewaffneten Überfall im Busch, den er miterlebt hatte. Nach seiner Beschreibung waren es Soldaten, die ihn, seinen Onkel und seinen Cousin überfielen. Die Soldaten töteten seinen Onkel und stahlen ein Kamel. Mohamud mußte bei dem toten Onkel zurückbleiben, während der Cousin Hilfe herbei holte. Mohamud erzählte, daß er lange geweint habe und einen tiefen inneren Schmerz empfunden habe (cried for long time and felt pain inside). Sein Wunsch sei nun, in der Gegend zu bleiben, und wenn er erwachsen sei, einen Job zu finden. Er hätte sich an das Leben im "Dorf" gewöhnt.

Mehr Informationen werden in diesem Gespräch nicht bekannt. Leider kam es aus Zeitmangel zu keinem weiteren Gespräch.

Zusammenfassende Beurteilung

Zeynab fällt unter den vielen Kindern durch ihr stark gestörtes psychisches Verhalten auf. Ihr mutistisches Verhalten ist dabei besonders besorgniserregend. In ihrer völligen Zurückgezogenheit zeigt sie eine gewisse *numbness* gegenüber ihrer Umwelt. Sie sorgt nicht für sich und scheint ihre Gefühle nicht wahrzunehmen. Auffällig ist, daß sie in privaten Situationen mit ihren beiden Brüdern redet. Im *Feeding Center* hält ihre seelisch bedingte Stummheit kontinuierlich an. Wenn Mohamed, ihr älterer Bruder, sie morgens im Feeding Center abliefert, weint sie nicht und spricht weder beim Bringen noch beim Abholen auch nur ein Wort mit ihm. Die Diskrepanz zwischen ihrem Verhalten Zuhause - dort spricht sie mit ihren Brüdern, weint und ist jämmerlich und zeigt ein Anklammerungsbedürfnis - und dem Verhalten im Feeding Center deutet auf eine starke Depression hin. Es scheint, als könne sie die wiederholte morgendliche Trennungssituation nur bewältigen, indem sie einen Teil von sich völlig abspaltet. Durch die von ihr gewählte Zurückgezogenheit und Stummheit sperrt sie ihre Gefühlsempfindungen und Ausdrucksmöglichkeiten aus. Zeynabs Mutter starb im ersten Lebensjahr. Es ist nicht bekannt, ob die Mutter für Zeynab innerhalb des ersten Jahres verfügbar war, oder nicht schon von Krankheit gekennzeichnet oder aus anderen Gründen nur eingeschränkt für ihr jüngstes Kind sorgen konnte. Zeynab wächst in der Großfamilie auf und zeigt zumindest gegenüber ihren beiden leiblichen Brüdern eine emotionale Beziehung. Man muß davon ausgehen, daß die Zeit des *attachment* und die Phase der Ausbildung ihres Urvertrauens (basic trust) stark gestört wurde und die Auswirkungen sich u.a. in ihrem geringen Selbstwertgefühl und der fehlenden Fähigkeit, sich anderen Personen anzuvertrauen zeigt. Sie scheint über keine inneren Ressourcen zu verfügen, die ihr helfen, die morgendlichen Trennungssituationen positiv zu bewältigen. Die Umgebungssituation bietet ihr keine "Ersatzbetreueperson", der sie sich hätte anvertrauen können. Sie erlebt somit täglich den "völligen Objektverlust, bei dem das Kind ohne Bindung in einer Art 'Niemandland der Gefühle' existieren muß" (Fuchs 1992). Aus der Beobachtung, daß Zeynab sich häufig in der Ecke an Pfeiler gedrückt oder im Schatten

anderer Kinder aufhält, entsteht der Eindruck, daß dies Ausdruck für ihr großes Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Anklammerung ist. Zeynab gelingt es in der lokalen Situation nicht, durch die Zeichen, die ihre Bedürftigkeit signalisieren, genügend Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Zeynab bräuchte gesonderte und individuelle Aufmerksamkeit und professionelle psychische Betreuung. In der gegebenen Situation scheint nur ein Minimum an Hilfe möglich. Als erstes müßte dafür gesorgt werden, daß Zeynab zusammen mit ihrem jüngeren Bruder in ein und demselben *Feeding Center* untergebracht wird. Entscheidend scheint weiterhin zu sein, ob sich eine verfügbare Person finden läßt, mit der Zeynab ein beständiges Vertrauensverhältnis aufbauen könnte. Weitere Erlebnisse der Enttäuschung müssen möglichst vermieden werden, da sich keine Gelegenheiten anbieten, individual-therapeutisch auf Zeynabs Verlustängste einzugehen.

Es wäre wünschenswert gewesen, mehr über die Betreuungssituation zu erfahren: Ist die Tante mit ihren Kindern die Frau von dem im Busch getöteten Onkel? Wieviele Kinder leben neben Zeynabs Geschwistern noch in der Familie? Welches Alter haben sie? Werden zwischen Zeynabs Geschwistern und den Kindern der Tante Unterschiede in der Betreuung und im Umgang gemacht? Muß Mohamed auch die Kinder der Tante versorgen? Welche Rolle spielt der Vater in der Familie und was macht der Vater? Hat er noch andere Frauen und Kinder?



Abb 1 Zeynab steht am Rande und verfolgt still und in sich zurückgezogen das Treiben im *Feeding Center*

3.1.5.2 Mohamed Shale (11 Jahre)

Kurzvorstellung

Mohamed ist 11 Jahre alt und wie Zeynab Patient im *Feeding Center* Alimao. Mohamed stach durch seine Lebendigkeit und Neugier unter den anderen Kindern im *Feeding Center* hervor. Er war sowohl in dem Zeitraum September und Oktober als auch im Februar Patient in dem *Feeding Center*, ohne zwischendurch entlassen worden zu sein.

Vorgeschichte

Folgende Informationen sind dem Krankenblatt entnommen und aus eigenen Beobachtungen zusammengeschrieben worden:

Mohamed wird am 6. August 1992 in das *Feeding Center* als Patient aufgenommen. Er wiegt bei Aufnahme 16,6 kg bei einer Körperlänge von 134 cm. Für seine Größe ist Mohamed schwer untergewichtig.

Die Anamnese im Krankenblatt ist leer und von den Gesundheitshelfern ist nichts über seinen Gesundheitszustand vor Aufnahme in das F.C. zu erfahren. Mohamed erhält die übliche Standardmedikation nach Protokoll (s. Zeynab).

Bis zum 11. September gibt es außer den regelmäßigen Gewichtseintragungen keine Bemerkungen. Am 11. September hat Mohamed 38,9°C Temperatur. Neben dem Fieber läßt sich als Krankheitszeichen nur ein oberer Luftwegsinfekt diagnostizieren. Prophylaktisch wird Mohamed mit einem Antibiotikum, Cotrimoxazole über 7 Tage und mit einem Antimalariamedikament, Chloroquin über 4 Tage, behandelt. Am 15. September hat Mohamed immer noch 38,6° Fieber. Über sein Befinden ist im Krankenblatt nichts vermerkt.

Mohameds Gewichtsentwicklung ist seit seiner Aufnahme zunächst positiv. Er nimmt kontinuierlich an Gewicht zu. Parallel zu seinem fieberhaften Luftwegsinfekt zeigt seine Gewichtskurve vom 11. - 18. September zum ersten Mal einen Gewichtsrückgang von 18,5 kg auf 17,5 kg. Im weiteren Verlauf nimmt Mohamed wieder an Gewicht zu. Am 25. September wird eine eitrige Konjunctivitis festgestellt und mit Tetracycline Augensalbe behandelt.

Im Zeitraum vom 27. Oktober bis 4. November gibt es einen erneuten Knick in seiner Gewichtskurve, wieder mit einem Gewichtsverlust von 1 kg. Auch diesmal hat Mohamed 38,7°C Fieber und wird, ohne daß weitere Krankheitszeichen vermerkt sind, antibiotisch mit Cotrimoxazole behandelt.

Vom 13. bis 23. November wird Mohamed zum dritten Mal antibiotisch behandelt, zunächst mit Procain Penicillin Forte i.m. und nach drei Tagen mit Ampicillin oral sowie Aspirin. Es lassen sich weder Beschwerden noch Krankheitszeichen als Ursache für diese medikamentöse Behandlung aus der Krankenakte ablesen oder von dem *shelter-supervisor* bzw. Krankenpfleger /-schwester erfahren.

Zwischen dem 1. Januar und dem 23. Februar 1993 pendelt Mohamed mit seinem Gewicht zwischen 19,4 kg und 20,6 kg. In diesem Zeitraum ist sein Gesundheitszustand relativ stabil. Er wird gegen Scabies behandelt und an zwei Tagen in diesen Wochen erbricht Mohamed mehrmals. Vom 16. - 20. Februar wird Mohamed erneut mit Penicillin und Aspirin behandelt. Er hat zu diesem Zeitpunkt außer Husten keine Beschwerden und Krankheitszeichen. Die Medikamente werden am 20. Februar abgesetzt.

Am 23. Februar 1993, nach sechseinhalb Monaten Aufenthalt im *Feeding Center*, hat Mohamed 2,5 kg an Gewicht zugenommen. Er wiegt an diesem Tag 20,1 kg bei einer KL von 134 cm. Sein Gesundheitszustand ist unauffällig.

Während seines bisherigen gesamten Aufenthaltes fallen drei unkommentierte Eintragungen über jeweils mehrtägige Abwesenheit aus dem F.C. auf.

Mohamed ist ein ausgesprochen hübscher Junge mit ausdruckstarkem Gesicht und Augen. Seine Bewegungen und sein Verhalten drücken viel Würde und Stolz aus. Der Junge hat sehr guten Kontakt zu den jungen lokalen Mitarbeitern des *Feeding Center*. Er ist stets um sie herum und sie unterhalten sich viel. Bei den täglichen Visiten der Untersuchenden fällt er durch seine Neugier auf. Er begleitet sie häufig bei ihren Visiten durch die einzelnen *shelter* und nimmt die Aktivitäten während dieser Runden neugierig wahr. Er erscheint dabei oft skeptisch und kritisch. Bei den Teambesprechungen der Erwachsenen drückt er sich in ihrer Nähe herum. Er läuft dem MSF Auto morgens, mittags und abends entgegen

und begrüßt einen mit Schnalzen und Augenzwinkern. Immer häufiger wirft er einem keck einige Brocken Englisch entgegen und sucht verbalen Austausch. Während der Visiten macht er mit frechen und provozierenden Gesten auf sich aufmerksam. Er überrascht die Untersuchende mit der Übernahme kleiner Aufgabenfelder im *Feeding Center*. So übernimmt er zum Beispiel für einige Tage die Kontrolle am Eingang des *Feeding Centers*, wo sich jeder Eintretende zunächst die Hände mit Wasser und Seife waschen muß. Ob dies auf Eigeninitiative entsteht, oder ob er dazu von dem lokalen *Feeding Center* Personal animiert wird, ist nicht bekannt.

Als die internationalen Mitarbeiter einen Ball mit in das *Feeding Center* bringen, ist Mohamed das dominierende Kind in der Gruppe der Kinder, die sich in das Kickgemenge einmischen. Er versucht zunächst, hauptsächlich die Erwachsenen als Spielpartner zu gewinnen, und freut sich, wenn dies nach Feierabend gelingt. Spielt er nur mit Kindern, muß er häufig ermahnt und zurechtgewiesen werden. Er läßt nur ausgewählte Kinder mitspielen und beansprucht den Ball für sich allein. Er ist beleidigt, daß ihm der Ball immer wieder weggenommen wird, um ihn anderen Kindern zur Verfügung zu stellen oder um ihn in Verwahrung zu nehmen. Es scheint, als projiziere er seinen Ärger auf die Untersuchende und straft sie mit bösen, beleidigten Blicken oder stolzer Abwendung. Beide Verhaltensweisen halten nicht lange an.

Gesprächssituation

Am 23. Februar kommt auch Mohamed zu einem Gespräch in das Aufnahmezelt.

Das Gespräch wird wieder von dem Koordinator des *Feeding Center* gedolmetscht. Offensichtlich kennt der Dolmetscher den Jungen und seine Familie. Es kommt wiederholt zur Einmischung von seiten des Dolmetschers während der Unterhaltung.

Gesprächsergebnis

Mohamed lebt mit seinen Eltern, zwei jüngeren Brüdern und der Großmutter väterlicherseits im *Displaced Camp Alimao*. Die beiden Brüder seien 9 und 5 oder 6 Jahre alt. Ein zwei Jahre älterer Bruder sowie zwei jüngere Schwestern und die Großmutter mütterlicher Seite seien gestorben. Zum Alter seiner Schwestern und zum Zeitpunkt des Todes

seiner Geschwister kann Mohamed keine Angaben machen. Die Schwestern waren die jüngsten von sechs Kindern und müssen somit beide jünger als fünf Jahre alt gewesen sein, als sie starben. Als Ursache für den Tod seiner Geschwister nennt er Krankheiten. Eine der Schwestern sei "psychisch krank" gewesen. Sie habe sich mit heißem Brei von der Feuerstelle verbrannt und sei an den Folgen der Verbrennung gestorben. Seine Großmutter sei auch "psychisch krank" gewesen und eines Tages einfach verschwunden. Die Mutter sei an Tuberkulose erkrankt und lebe im Tuberkulose manyatta. Über das gemeinschaftliche Leben in der Familie befragt, berichtet Mohamed, daß es mit den Eltern nicht viel Austausch gebe, da sie die meiste Zeit nicht da seien. Während der Mahlzeiten teilen sich die Familienmitglieder das Essen vom gemeinsamen Eßgeschirr. Der jüngste Bruder esse mit dem Vater, und Mohamed teile sich das Essen mit seinem neunjährigen Bruder. Mohamed erzählt, wie er oft das Geschirr des jüngsten Bruders verstecke und seinen Becher wegwerfe. Er gibt zu, eifersüchtig auf den jüngeren Bruder zu sein. Er wird gefragt, ob er denn nicht gemeinsam mit der Großmutter essen könne. Seine Antwort auf diese Frage ist, daß das nicht ginge, da er jetzt ein Mann sei und mit dem Vater essen solle.

An dieser Stelle im Gespräch berichtet der Dolmetscher, daß Mohamed im *Feeding Center* durch aggressives und destruktives Verhalten auffalle. Er suche oft gewalttätige Auseinandersetzungen mit jüngeren und älteren Kindern. Der Übersetzer wußte ebenfalls zu erzählen, daß Mohamed zuhaus oft ein sehr destruktives Verhalten habe, insbesondere gegenüber seiner Großmutter. Es drücke sich dadurch aus, daß er seine Großmutter oft anschreie und sie mit Steinen bewerfe. Als Mohamed einmal im *Feeding Center* Steine aus dem Fußboden schlug, wurde er nach seinen Gründen befragt. Er sei seiner Großmutter über (he is tired of his grandmother) ... Auf die Frage, warum, habe er angefangen zu weinen. Der Dolmetscher wird gebeten, Mohamed diese Informationen und Beobachtungen über ihn zurückzuübersetzen.

Vor seiner Ankunft in Alimao, lebte Mohamed mit seiner Familie im Busch. Die Familie besaß viele Kamele und lebte ein für das Gebiet typisches nomadisches Leben. Mohamed habe seine eigenen Kamele gehabt und sei für sie verantwortlich gewesen. Die meisten Kamele seien aufgrund der Dürre verdurstet. Auch seien sie einmal von einer *shifita*-Bande überfallen worden, wobei u. a. auch eines seiner Kamele gestohlen wurde.

Die Familie besäße jetzt noch 12 Kamele, die von einem Onkel im Busch betreut würden.

Der Dolmetscher fügt dem Gespräch zu, daß Mohamed schon mehrmals aus Alimao und dem *Feeding Center* weggelaufen sei, um seinen Onkel im Busch zu begleiten. Dies geschah ohne Wissen und Einverständnis der Eltern. Verwandte hätten ihn jeweils nach ca. vier Tagen zurückgebracht. Mohamed wirft ein, daß er nicht länger im *Feeding Center* bleiben wolle. Es gäbe hier zu wenig Platz und es sei zu langweilig. Früher sei er täglich viele Kilometer durch den Busch gewandert und hätte eine Aufgabe gehabt. Wenn er drei Wünsche frei hätte, wolle er mehr Kamele und einen festen Job im *Feeding Center*, z. B. an den Wassertrommeln am Eingang des *Feeding Center*.

Das Gespräch muß nach ca. 50 Minuten abgebrochen werden, weil die Konzentration bei Mohamed und dem Dolmetscher nachlassen.

Aus Zeitmangel kann auch diesmal das Gespräch nicht wieder aufgenommen oder auf andere Familienmitglieder ausgedehnt werden.

Zusammenfassende Beurteilung

Bei Mohamed Shale stehen die Bewältigung von Entwurzelung und Verlust von Identität im Vordergrund. Als nomadischer Junge hat Mohamed die gewaltsame Umstellung von einem traditionellen Leben in großer Selbständigkeit und Freiheit zu einem Leben in totaler Abhängigkeit im *Feeding Center* nicht verarbeitet. Früh in seiner Kindheit hatte er eigene Verantwortung für einen Teil des Viehs übernommen. Diese Aufgabe gab ihm einen Stellenwert und eine Bedeutung in der Familie und Gemeinschaft. Bedingt durch Krieg und Dürre hat Mohamed einen hohen Verlust an Familienmitgliedern und Viehbeständen zu beklagen. Es scheint, als ob die Hilflosigkeit und das Gefühl der Ohnmacht gegenüber diesem weitreichenden Verlust gemeinsam mit fehlendem Ersatz und Ausweichmöglichkeiten das deutlich aggressive Verhalten in Mohamed hervorruft. Das Leben im *Feeding Center* zwingt Mohamed in eine Abhängigkeit, die er seit seiner frühesten Kindheit nicht mehr erlebt hat. Er wird in seinen Fähigkeiten weit zurückgeworfen, ist ständig unterfordert und weiß nicht, wohin er seine Energien lenken soll. Er versucht sowohl zuhause als auch im *Feeding Center* ungeteilte Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Im negativen Sinne gelingt dies durch

sein aggressives und destruktives Verhalten und seine starke Eifersucht. Er versteckt das Eßgeschirr seines Bruders, kämpft gegen die Großmutter an und versucht die Kinder im Feeding Center zu beherrschen. Es besteht die Gefahr, daß Mohamed durch sein aggressives und forderndes Auftreten Schwierigkeiten in seiner *peer* Gruppe bekommt und sich sozial isoliert. Wie sehr er darunter leidet, daß er nicht mehr den gewohnten Tätigkeiten nachgehen kann und seinen unabhängigen Lebensstil leben kann wird besonders durch seine "Fluchtversuche" deutlich. Seine Stärke, auch im positiven Sinne Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, ist Grund zur Hoffnung, daß sich sein negatives Verhalten relativiert, sobald die soziale und ökonomische Deprivation ein Ende hat. Seine Offenheit und Neugier gegenüber der Untersuchenden und anderen Erwachsenen, die durch seinen Stolz und seine "Zähigkeit" sich zu keinem Zeitpunkt in ein distanzloses Verhalten entwickeln, zeugen von großem Selbstvertrauen und starken inneren Ressourcen. Allgemein zeigt er im Verhalten leadership Qualitäten, beispielsweise indem er freiwillig prosoziale Aufgaben übernimmt. Vorausgesetzt, daß die sozialen Strukturen wiederhergestellt werden können oder sich vergleichbare Aufgaben für Mohamed stellen und erwachsene Rollenvorbilder ihn leiten und Grenzen setzen, gibt sein Verhalten keinen Grund für ernsthafte Besorgnis.



Abb 2 Mohamed Shale - stolzer nomadischer Hirtenjunge

3.2 Somalia

3.2.1 Überblick

Im äußersten Zipfel des Horn of Africa gelegen, entstand am 1.7.1960 durch den Zusammenschluß des Protektorats Britisch-Somaliland und des unter italienischer Verwaltung stehenden UN-Treuhandgebiets die Demokratische Republik Somalia.

Als Besonderheit des somalischen Volkes im Vergleich zu anderen afrikanischen Ländern gilt, daß die Somali durch eine gemeinsame Sprache, Kultur und Religion verbunden sind. In Somalia ist Islam Staatsreligion und über 99% der Bevölkerung sind sunnitische Muslime schafiitischer Richtung.

Die Somali gelten als Hauptopfer der territorialen Aufteilung des Horns durch den Kolonialismus (Matthies, 1992). Während der Kolonialzeit waren sie unter die Herrschaft von vier christlichen Mächten (England, Frankreich, Italien und Äthiopien) geraten, und die von ihnen bewohnten Landstriche wurden in fünf verschiedene Gebiete aufgeteilt (Britisch-Somaliland, Französische Somali-Küste, Italienisch Somaliland, den britisch verwalteten NFD Kenias und das von Äthiopien besetzte Ogaden-Gebiet).

Bis heute leben die Somali als "Nation ohne Staat" (Matthies 1992). Die Republik Somalia hat sich im Bürgerkrieg nach dem Sturz der Siad Barre Diktatur 1991 aufgelöst und ist seitdem de facto ohne Staatsführung und Regierung. Es herrschen Anarchie und Chaos. Im Mai 1991 erklärt sich Nordsomalia unabhängig und ruft den Staat "Republik Somaliland" aus, der bis zum heutigen Tag international nicht anerkannt ist. Große Bevölkerungsgruppen leben auch heute noch in Djibouti, im Osten Äthiopiens (Ogaden) und im Nordosten Kenias. Das somalische Problem ist eindeutig ein Problem der gesamten Region.

*Dort drüben ist mein Bruder.
Ich höre die Glocken seiner Kamele,
wenn sie grasen dort drüben im Tal.
Die Blätter der Büsche, an denen sie fressen,
sind so süß wie die Blätter der Büsche bei mir.
Der Regen, der sie grün macht, kommt vom selben Himmel.
Wenn mein Bruder betet, dann bete auch ich.
Denn wir haben den selben Gott.
Dort drüben ist mein Bruder.
Drüben im Ogaden.*

Verse eines unbekanntes Nomaden aus Somalia (Matthies 1992a)

Geographisch ist das ehemalige Staatsgebiet der Republik Somalia, infolge Somalia genannt, in drei Zonen untergliedert. Nördlich von Mogadischu ziehen sich die Gebiete von Wüsten, Halbwüsten und Steppen entlang der Küste bis ins Landesinnere. Dieses Gebiet wird von Hirtennomaden besiedelt, die eine ausgedehnte Weidewirtschaft (Kamele, Rinder, Ziegen und Schafe) betreiben. Im Süden Somalias sowie im ganzen Landesinneren strecken sich weite Gebiete offener Busch- und Baumsavanne mit gemischter Weide- und Feldwirtschaft und Anbau von Mais, Maniok und Hirse. Im Süden Somalias befinden sich die Flußtäler des Juba und Shebelli. Die Flüsse vereinigen sich wenige Kilometer nördlich der Hafenstadt Kismayu und fließen dort in den Indischen Ozean. In den Flußtälern leben vor allem die ca. 100.000 somalischen Bantu. Sie leben hier neben den Somali in angespannter Atmosphäre mit ausgeprägtem Rassismus. In diesem Gebiet wird Bewässerungswirtschaft, seßhafter Ackerbau und cash-crop-Anbau (vor allem Bananen, Zuckerrohr, Baumwolle und Reis) betrieben. Das Gebiet der fruchtbaren Flußtäler beträgt nur 10% der Gesamtfläche des ehemaligen Staatsgebiets, würde aber allein ausreichen, um die Ernährung des ganzen Landes mit extra Ressourcen zur Mitversorgung der umliegenden Region sicherzustellen. In einigen Küstenstädten wird Fischerei betrieben. Der Fischfang wird von der eigenen Bevölkerung kaum zur Ernährung genutzt und dient in erster Linie dem Export.

Die Einwohnerzahl Somalias wurde 1990 auf 8 -9 Millionen geschätzt. Vor Kriegsausbruch lebte davon knapp 1 Million in der Hauptstadt Mogadischu und jeweils 70.000 Menschen in Hargeisa und Kismayu. Genaue

Bevölkerungszahlen liegen aufgrund von Flüchtlings- und Wanderströmen nicht vor (Labahn 1993). Etwa die Hälfte der Bevölkerung sind Nomaden oder Halbnomaden, wobei auch die städtische Bevölkerung nach wie vor von der nomadischen Tradition und Wertekultur geprägt ist.

Die sechs großen Clanfamilien, Hawiye, Issaq, Darod, Rahanweynm, Dir und Digil teilen sich auf in Subclans, welche wiederum in Sub-Subclans usw. unterteilt sind. Auf der Sub-Subclan Ebene bilden die sogenannten *DIYA-paying* Gruppen (Blutzollgemeinschaften) die stabilste soziale Organisationsform. Sie stellen die politische und juristische Einheit dar, in der die Mitglieder traditionell Blutzoll zahlen. Seit dem Zerfall des Zentralstaats haben diese traditionellen Bindungen wieder an Gewicht gewonnen. Wie in der Tradition vieler Nomadenvölker, suchen auch die Somali ihre Sicherheit nicht im Landbesitz sondern in den Verwandtschaftsbeziehungen.

Die somalische Autorin Gassem (Gassem 1994) unterteilt die somalische Gesellschaft in drei Untergruppen mit jeweils charakteristischen Merkmalen:

Die reinen Hirtennomaden leben fast überall in Somalia, hauptsächlich jedoch im Hinterland der nördlichen Regionen und Zentralsomalias. Sie fühlen sich selbst mit ihrer Hirtenkultur allen anderen Gruppen überlegen, und ein Vermischen von Hirtentätigkeit und landwirtschaftlichen Arbeiten wird von ihnen tabuisiert. Zu diesem Tabu gehört das Einheiraten in bestimmte handwerkliche Berufsgruppen, wie beispielsweise die der Eisenschmiede oder der Schuhmacher.

Die Nomaden werden als intelligent und von Natur aus neugierig beschrieben, denen ihr Freiheits- und Unabhängigkeitsdrang und ihre Arroganz oft im Wege stehen. Ihre charakterlichen Merkmale stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrer Lebensweise und werden oft als Reflex auf die unwirtlichen ökologischen Bedingungen und die gefährliche Umgebung gesehen. Auf der ständigen Suche nach Wasser und Weiden müssen die Nomaden sich vor wilden Tieren und konkurrierenden Nomaden schützen. Bei drohender Gefahr ist Angriff ihre erste Überlebensregel. Viele Konflikte entstehen am Rande von Wasserstellen, wo junge Nomaden nach langen Zeiten der Einsamkeit wieder mit Menschen in Kontakt kommen, die ebenfalls Wasser für ihre Herde und Familie suchen, wobei Tiere in ihrer Sichtweise wertvoller sind als das menschliche Leben.

Im Falle einer Niederlage gilt der Nomade als zu stolz, sich zu ergeben. Ein Mann, der nicht angreift oder zumindest aggressives Verhalten zeigt, gilt als Schwächling und Feigling. Auseinandersetzungen enden entweder, nachdem eine Seite einen zweifellosen Sieg über die andere errungen hat, oder wenn beide Seiten zustimmen, daß keiner der Gegner siegen wird. Nachdem es zu einem Friedensschluß kommt, wird erobertes Gebiet und Eigentum zurückgegeben und eine Anzahl von Bräuten ausgetauscht, um eine Blutsverwandtschaft herzustellen. Mit diesen Bräuchen soll guter Wille bekundet und Frieden gesichert werden.

Das Kommunikationssystem unter den Nomaden ist bemerkenswert. Es gibt fast keine Familie, die nicht ein Transistorradio besitzt und in absoluter Regelmäßigkeit die somalischen sowie die Weltnachrichten verfolgt. Am weitesten verbreitet sind die Nachrichten der British Broadcasting Corporation (BBC) und der Voice of America (VOA). Ein weiteres Kommunikationsmedium ist die absolut schnelle Mund-zu-Mund Überlieferung von Nachrichten. Als eine der wichtigsten kulturellen Errungenschaften der Somali gilt ihre mündlich überlieferte Dichtung. Die somalischen Nomaden gelten als gute Zuhörer und Poeten, die sich in der Rezitation von Legenden, Gedichten und Liedern über ihre Geschichte, das Clanleben, die Liebe, das Verhältnis des Nomaden zu seinen Kamelen sowie Naturschönheiten austauschen. Die orale Kultur hat zur Folge, daß es bis zur Entwicklung der somalischen Schriftsprache 1971 keine niedergeschriebene Dokumentation der jahrhundertealten Tradition und Kultur in somalischer Sprache gibt.

Die zweite Untergruppe in der Gesellschaft sind die Halbnomaden, die sowohl Hirtentätigkeit ausüben als auch Ackerbau betreiben. Sie leben ebenfalls über das ganze Land verstreut, sind jedoch überwiegend in den Gebieten Zentralsomalias und im Süden des Landes anzutreffen.

Neben ihren Viehbeständen besitzen sie kleine Farmen auf denen sie Mais, Sesam und Bohnen für den Eigenbedarf anbauen. Die Familien leben getrennt. Während die Männer mit den Kamelen von Wasserstelle zu Wasserstelle durch den Busch ziehen, bewirtschaftet der Rest der Familie die kleine Farm und hütet die Rinder und Ziegen. Auch die farmende Familie ist nicht sesshaft und zieht saison- und regenabhängig weiter zu grünerem Weideland und fruchtbarerem Boden.

Den Halbnomaden wird ein gemischtes Temperament zugeschrieben. Sie seien weder so aggressiv wie reine Nomaden, noch so sanft wie sesshafte Bauern, und passen sich mit ihrem Temperament ihren jeweiligen

Lebensumständen an. Zur Konfliktlösung tragen in ihren Reihen die Clanältesten und Religionsführer bei, deren Entscheidungen respektiert werden und durch deren Vermittlung gewaltsame Auseinandersetzungen häufig vermieden werden können.

Der dritten Gruppe, den seßhaften Bauern in den Flußtälern des Juba und Shebelle, wird ein naturgegebenes sanftes Temperament nachgesagt. Unter ihnen sowie unter den wenigen Fischern, die entlang der Küste leben, wird ein traditionelles Wertesystem mit Verhaltensregeln geschätzt und gepflegt, das Racheakte und gewaltsame Konfliktaustragung zum großen Teil verhindert.

Gassem liefert zwei Erklärungen für das Ausufern von Gewalt innerhalb der somalischen Gesellschaft. Zum einen den Verlust von religiösen und traditionellen Werten während anhaltender Repression und Gewalt in den letzten zwei Jahrzehnten und ein fehlender universell gültiger, neuer *code of conduct* und zum anderen das Phänomen der kollektiven Schuld innerhalb des Clansystems.

Fordert eine Auseinandersetzung Tote, so tritt der Brauch des DIYA (arabisches Wort für Blutzoll) ein. Im Gegensatz zum islamischen Gesetz, nachdem der Schuldige selbst oder seine engste Familie für den Blutzoll aufkommt, wird beim traditionellen DIYA durch den Clanältesten kollektiv für den schuldigen Clan die Kompensationsleistung entrichtet. Hierbei trägt jedes Clanmitglied einen Anteil. Nach traditionellem Brauch geht der Blutzoll an den gesamten Clan und nicht wie nach islamischen Gesetz nur an die geschädigte Familie. Der Blutzoll wird sowohl bei Mord als auch bei Unfällen oder Zwischenfällen mit tödlichem Ausgang entrichtet, wo hingegen nach islamischen Gesetz diese Art von Kompensationsleistung im Falle eines Mordes nicht geleistet wird. Diese traditionelle Anwendung des DIYA hat - nach Ansicht von Gassem - die Somali ermutigt, bei Auseinandersetzungen leichtfertig zu morden, und die Folgen mittels DIYA zu regeln. Mit der Anwendung des DIYA sind die strafrechtlichen und zivilen Verantwortlichkeiten für ein Verbrechen abgegolten.

Dieses traditionelle Verhalten hat eine Wertminderung des einzelnen Lebens zur Folge. Zusammen mit der Absicherung durch das kollektive Schuldverhalten, was den Einzelnen durch die Umverteilung der Schuld auf die Schultern des gesamten Clanverbunds entlastet, ist dies der Grund für die hohe Gewaltbereitschaft innerhalb der Gesellschaft. Michler (1993) sieht in der DIYA nicht nur den Akt der Vergeltung sondern auch den

Versuch, die "Balance" in diesem komplizierten Gefüge der "Nebeneinander-Gesellschaften" in Form einer absoluten "Solidar-Gemeinschaft" aufrechtzuerhalten. Nach dem Sturz der Barre Diktatur gipfelte dieses traditionelle Verhalten letztendlich in einem Kreislauf von Rache und Gegenrache bis hin zum Krieg jeder gegen jeden.

3.2.2 Politische Entwicklung und Situation seit der Unabhängigkeit

Die innerpolitischen Probleme des Nord-Südgefälles, der Landflucht, Angleichungsschwierigkeiten der unterschiedlichen Verwaltungsapparate nach der Staatsbildung, Uneinigkeit über die im Süden des Landes entwickelte Verfassung und der Unmut über die Wahl der südlich gelegenen Hauptstadt Mogadishu, führten schon früh zur Entwicklung von bewaffneten oppositionellen Kräften und Gruppierungen. Diese Gruppen hatten sich nie höheren Loyalitätsstrukturen zugehörig gefühlt, sondern bildeten situationsabhängige, häufig wechselnde politische Allianzen aufgrund von Clanzugehörigkeiten. Ihre ethnisch-kulturelle Homogenität zeigte sich nur bei äußerer Bedrohung. Der englische Sozialanthropologe Lewis (1988) schreibt der somalischen Gesellschaft aufgrund ihrer nomadischen Lebensweise in kleinen, autonomen Gruppen und der Organisation in kleinen Familienverbänden (Clans) Ansätze "pastoraler Demokratie" zu.

Grenzkonflikte um die mit ethnisch somalischer Bevölkerung besiedelten Gebiete im Nordosten Kenias (*shifita-Krieg* 1963-67) und Äthiopien (Ogadenkrieg 1977-78) im Spannungsfeld des Ost-West-Machtverhältnisses ließen keine Ruhe in die junge Nation einkehren.

Das Siad Barre Regime war 1969 durch einen Militärputsch an die Macht gekommen und löste mit einer sozialistisch geprägten Regierungspolitik das demokratisch gewählte Parlament ab. Seine ersten Regierungsjahre waren u.a. durch eine breit angelegte Alphabetisierungskampagne und mit der Einführung der somalischen Schriftsprache erfolgreich. Im Gesundheitsbereich gelang es innerhalb weniger Jahre eine rückläufige Säuglingssterblichkeit und eine höhere Lebenserwartung zu erzielen.

Nach der großen Niederlage im Ogadenkrieg entwickelte sich die Regierung zu einem brutalen Repressionsapparat und verstieß systematisch gegen die Menschenrechte. Immer mehr oppositionelle Gruppen bewaffneten sich und formten im äthiopischen Grenzgebiet

Guerillagruppen. Im Norden des Landes kam es in den achtziger Jahren zu ersten bewaffneten Kämpfen innerhalb Somalias, die sich gegen die Regierung Siad Barres wandten und maßgeblich von der Somalischen Nationalbewegung (SNM) geführt wurden. Nachdem die SNM die Städte Hargeisa und Burao eingenommen hatte, spitzten sich die Auseinandersetzungen zu und endeten in einem Bürgerkrieg. Zwischen 1988 und 1991 war Barres erklärtes Ziel die totale Zerstörung des Nordens Somalias mitsamt der Bevölkerung. Er bombardierte die Städte und verminzte Hargeisa, um die Rückkehr der Bevölkerung zu verhindern. Zehntausende Zivilisten wurden getötet und 500.000 Menschen flohen nach Äthiopien. Zahlreiche Massaker in verschiedenen anderen Regionen führten zu Unruhen im ganzen Land.

Nach Gründung des United Somali Congress (USC), dem die späteren Hauptkontrahenten Ali Mahdi und General Aidid angehörten, und dem Somali Patriotic Movement (SPM) im Jahr 1989, breitete sich der Bürgerkrieg auf Zentral- und Südsomalia aus.

Die Hauptstadt Mogadishu fällt nach mehreren Wochen heftiger Kämpfe im Dezember 1990 und Siad Barre flieht im Januar 1991 aus der Stadt.

Im Mai 1991 erklärt Nordsomalia sich unabhängig. Ali Mahdi ernennt sich in Mogadishu zum Interimspräsidenten Rest-Somalias.

Nachdem das Ziel, die Barre Diktatur zu stürzen, erreicht ist, hält die verschiedenen Gruppen nichts mehr zusammen, und heftige, teils wahllose Kämpfe um Ressourcen, strategische Positionen und Macht verwüsten Städte und Dörfer endgültig. Ex-Soldaten, Milizen und entwurzelte Jugendliche bilden marodierende Banden und erpressen die eigene Bevölkerung sowie Mitarbeiter von Hilfsorganisationen, um ihre eigene Versorgung zu gewährleisten. Die Vertreibung der Bauern von ihrem Land, die Zerstörung von Feldern, Saatgut und Geräten und die Kontrolle der marodierenden Banden über die knappen Lebensmittelvorräte führen während der anhaltenden Dürre zur verheerenden Hungerkatastrophe mit ihrem Zentrum im "Todesdreieck" Mogadishu, Baidoa und Kismayu.

Erst zu diesem Zeitpunkt, im Sommer 1992, plazierten die Medien den Krieg in Somalia in das Bewußtsein der Weltöffentlichkeit.

Die meisten Somali konnten nicht verstehen, warum die Weltgemeinschaft ihnen den Rücken zukehrte, nachdem sie die Barre-Diktatur überworf

hatten und offensichtlich in ein politisches Vakuum stürzten. Mohamed Sahnoun, UN-Beauftragter für Somalia 1992, beschreibt, daß es theoretisch keinen Mangel an Akteuren gab, die rechtzeitig und vermittelnd hätten eingreifen können. Somalia sei Mitglied der Arabischen Liga, der Organisation der Afrikanischen Einheit (OAU) und der *Islamic Conference*. Desweiteren habe Somalia während der Carter und Reagan Administration eine enge Beziehung zu den USA und erhielt wirtschaftliche und militärische Unterstützung im Werte hunderter Millionen Dollar. Somalia hatte ebenfalls weiterhin gute Beziehungen zu seinen ehemaligen Kolonialmächten England und Italien, zwei einflußreichen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Und letztlich war Somalia natürlich Mitglied der Vereinten Nationen (Sahnoun 1994).

3.2.3 Folgen für die Region - Intervention der internationalen Gemeinschaft

Seit 1990 flohen schätzungsweise 500.000 Somali nach Kenia, 90.000 nach Djibouti und 500.000 nach Äthiopien. Nach Angaben des Internationalen Roten Kreuzes lebten im April 1993 75% der verbleibenden somalischen Bevölkerung als *internally displaced* (Spangenberg 1993).

Die gesamte Infrastruktur des Landes ist total zerstört: Schätzungsweise 1,5 Millionen Landminen machen die Straßen im Norden unpassierbar. Die Städte Hargeisa und Burao sind zu 80% zerstört, Mogadishu und Kismayu liegen ebenfalls in Trümmern. Die städtische Wasserversorgung, die Elektrizitätswerke und die industrielle Produktion sind zusammengebrochen. Was noch nicht zerstört ist, fällt den Plünderern zum Opfer. Von den Gebäuden bleiben nur die Außenmauern stehen. Blech- und Ziegeldächer werden weggeschleppt, Türen und Fensterrahmen demontiert, Elektrokabel und Wasserleitungen aus den Wänden gerissen. Auch in den Straßen werden Elektro- und Telefonkabel aus dem Boden gerissen. Das Kupfer aus den Kabeln wird auf dem Markt verkauft, es ist zur Ersatzwährung geworden. Ganze Fabrikanlagen und anderes Diebesgut werden nach Äthiopien oder in die arabischen Staaten geschafft. Der Erlös fließt zu einem großen Teil in die Finanzierung des Krieges. Seit 1990 waren alle Schulen und die Universität in Somalia geschlossen. Die Einrichtungen der Schulen wurden ebenfalls zerstört und geplündert.

Die Hungersnot erreichte ihren Höhepunkt Anfang 1992 und innerhalb weniger Monate verhungerten Hunderttausende in diesem sich selbst überlassenen Land. 70% der somalischen Viehbestände waren zu diesem Zeitpunkt verloren.

Nur eine Handvoll Hilfsorganisationen war zur Jahreswende 1991/92 noch bereit, unter den gefährlichen Bedingungen in Somalia zu arbeiten. Es war problematisch Wege zu finden, die notleidende Bevölkerung zu erreichen. Die zu versorgenden *internally displaced* lebten inmitten der Kampfgebiete und wer helfen wollte, mußte sich Wege durch vermintes Gebiet und in das Hinterland sichern.

Die erste diplomatische Initiative von seiten der Vereinten Nationen fand innerhalb der ersten drei Monate 1992 statt. Die Aktion scheiterte aufgrund schlechter Vorbereitung und diplomatischen Ungeschicks.

Der im Februar 1992 in New York ausgehandelte Waffenstillstand wurde in Somalia für alle überraschend eingehalten. Die UN waren weder in der Lage, diesen Waffenstillstand für humanitäre Maßnahmen zu nutzen, noch vorbereitet, für die langfristige Einhaltung und Überwachung zu sorgen. Im April beschloß der Sicherheitsrat die Entsendung von 50 UN-Beobachtern nach Mogadishu und ernannte Sahnoun zum Sonderbeauftragten für Somalia. Dies war der Beginn von UNOSOM, der UN-Operation in Somalia (UN Security Council Resolutions on Somalia 1994).

Die im Juli 1992 stationierten 50 Blauhelme konnten aus Sicherheitsgründen ihre Kaserne meist nicht verlassen und demzufolge nichts ausrichten. Noch im gleichen Monat beschloß der Sicherheitsrat die Entsendung einer weiteren 500 Mann starken Friedenstruppe, die zur Sicherung der Hilfsgüter im Hafen und Flughafen sorgen sollte. Die Luftbrücke für Nahrungsmittel von Kenia aus setzte schon im August ein, doch die Friedenssicherungstruppe kam erst im September an. Zu der vom Sicherheitsrat Ende August beschlossenen Entsendung weiterer rund 3000 UN-Soldaten kam es nicht mehr. Die eingetroffenen Hilfsgüter konnten nicht verteilt werden oder wurden geplündert. Maßgeblich auf den Druck der Weltöffentlichkeit hin, fühlten sich die UN genötigt, ihr bisheriges Versagen mit einer "schnellen" Lösung wieder wettzumachen. UNOSOM wurde im Dezember 1992 von der Militärintervention der US-geführten UNITAF (Unified Task Force) abgelöst. Das "Ausmaß der menschlichen Tragödie" in Somalia und die "ungewöhnliche Situation" sowie der Einschätzung der US-Regierung, diese militärische Aktion sei "machbar",

fürten zu dem Interventionsbeschuß. Zielvorgabe für die Intervention war die Sicherstellung der humanitären Hilfsleistung der internationalen Gemeinschaft unter Anwendung "aller notwendigen Mittel" (UN-Resolutionen zu Somalia).

Mit einigen Wochen Verzögerung konnten zwar die Absicherung von Häfen und Flughäfen, die Minenräumung auf den wichtigsten Straßen sowie die Absicherung von Nahrungsmitteltransporten erreicht werden, doch gelang es den rund 30. 000 Blauhelmsoldaten nicht, für die somalische Bevölkerung und die internationalen Mitarbeiter von Hilfsorganisationen und deren Projekte ein sichereres Umfeld zu schaffen.

Am 4. Mai 1993 war der UNITAF Einsatz mit der offiziellen Kommandoübergabe an UNOSOM 2 beendet. UNOSOM 2 übernahm die ungelösten Probleme der Entwaffnung und Befriedung der somalischen Bevölkerung von UNITAF und hatte u.a. den Auftrag, Somalia beim Wiederaufbau einer Zivilgesellschaft zu helfen. Dies sollte mit finanziellen Mitteln gelingen, die ein Zehntel dessen betragen, was in die fünfmonatige militärische Intervention investiert wurde. Mangelnde Kooperation und Absprache unter den 23 verschiedenen Nationen der UNOSOM-Truppen, komplizierte Kommandostrukturen sowie Unklarheit und Vermischung von friedensschaffenden und friedensbildenden Maßnahmen führten zu halbherzigen und ungerechten Aktionen bei der Entwaffnung der Kämpfenden und schürten neue Konflikte. Dies bewirkte einen großen Vertrauensverlust von Seiten der Somali und noch gefährlichere Arbeitsbedingungen für die Hilfsorganisationsen. Viele von ihnen sahen sich gezwungen, 1993 ihre Projekte abubrechen und Somalia zu verlassen, nachdem es in Mogadishu zu mehreren versehentlichen Angriffen von UN-Blauhelmen auf Einrichtungen internationaler Hilfsorganisationen kam (Matthies 1993, Horn of Africa Bulletin 1993, Eikenberg 1993, Menkhaus 1994, Matthies 1994).

3.2.4 Situation der Menschen in Kismayu und Umgebung

Die Situation speziell der Kinder auf dem Höhepunkt des somalischen Bürgerkrieges in Baidoa, dem Zentrum der Hungersnot, beschreibt ein Arzt aus einem Hilfsprojekt mit den Worten:

Bürgerkrieg, Hungersnot und Anarchie haben schon über zwei Jahre in Somalia geherrscht, bevor die Weltöffentlichkeit überhaupt Notiz

von diesem Krieg genommen hat. Täglich starben 350 Menschen an Unternährung, Krankheiten oder Kriegsverletzungen. In einer Stadt mit weniger als 100.000 Einwohnern bedeutet dieses ein halbes Prozent der Gesamtbevölkerung täglich, eine unfaßbar hohe Sterblichkeitsrate. 90 % aller Kinder bis 5 Jahren waren tot. 85 % aller Kinder zwischen 5 und 15 Jahren waren schwer unterernährt. An psychischen Auswirkungen war das offensichtlichste und bedeutendste Zeichen, Tag für Tag, die Stille. Was am lautesten klang in den acht Feeding Centers, in denen je 3000 bis 8000 Menschen lebten, Mütter und Väter mit einem oder mehreren Kindern, war der Lärm der Stille. Die Kinder saßen zusammengesunken da, weinten nicht, lachten nicht, saßen nur in völliger seelischer Erstarrung da (Orbinsiki 1993).

Die Stadt Kismayu war in der Zeit von 1990 bis 1994 von großen Bevölkerungsbewegungen geprägt. Colonel Ahmed Omar Jess führte eine Koalition der Somali National Alliance (SNA) mit Teilen des Aidid Flügels des USC und der aufgesplitterten SPM, als er im Mai 1992 Kismayu eroberte. Die Kämpfe hatten zur Folge, daß die Bevölkerung von 200.000 auf 50.000 sank. Der Großteil der Bevölkerung floh ins Juba-Tal. Bis zum Sommer 1993 wechselten die politischen Allianzen der Clans und Subclans häufig, und die rivalisierenden Kämpfe um die strategisch wichtige Stadt brachten für die ganze Region ein hohes Maß an Instabilität und Unsicherheit. Die Landwirtschaft im fruchtbaren Juba-Tal lag brach. Bewässerungsanlagen, Saatgut und landwirtschaftliche Vorratsmittel wurden zerstört. Die wichtigsten Zufahrtsstraßen von Liboi (Kenia) und Gelib waren für mehrere Monate durch Minen und Überflutungen abgeschnitten. In Kismayu pendelte sich die Bevölkerungszahl bei ca. 120.000 Menschen ein, von denen 70.000 *internally displaced* waren.

3.2.4.1 Gesundheitsituation

Von den 70 Krankenhäusern in ganz Somalia aus dem Jahr 1988 blieben nur 15 teilweise funktionsfähig, und das in totaler Abhängigkeit von externer Unterstützung. Es gab weder Wasser, Strom, noch Medikamente, Verbandsmaterial, Betten oder einfachste Krankenhausgeräte. Die *Primary Health Care* Versorgung war zusammengebrochen und mit ihr sämtliche Malaria-, Tuberkulose- und Impfprogramme.

Durch die vielen Kämpfe kam es zu zahlreichen Verletzten, die chirurgisch versorgt werden mußten. Die 4 oder 5 im Land verbliebenen, somalischen Chirurgen arbeiteten alle in Mogadishu, sodaß die ganze operative Versorgung der Bevölkerung in Südsomalia im Krankenhaus in Kismayu durch die internationalen MSF-Teams erfolgte. Viele der Verletzten mußten tage- und wochenlang im Busch in ihrem Versteck ausharren, bis sie es wagen konnten, das Krankenhaus aufzusuchen. Sie kamen in völlig erschöpftem Zustand und mit superinfizierten Wunden nach langen Fußmärschen im Krankenhaus an. Es ist unbekannt, wieviele Verletzte und Kranke aus "politischen" Gründen keine Hilfe im Krankenhaus fanden. Für die internationalen Mitarbeiter der Hilfsorganisationen gab es viele Zeichen, die darauf hindeuteten, daß nur wer Geld oder das Glück hatte, daß sein Subclan in der Stadt die Macht innehatte es wagte, das Krankenhaus aufzusuchen. Der neutrale und unparteiliche Status der Hilfsorganisationen und der Schutz durch UN-Blauhelme des einzigen Krankenhauses im Süden des Landes änderte an dieser selektiven Auswahl nichts. Die größten medizinischen Probleme waren die unzureichende Hygiene im Operationssaal und auf den Stationen sowie unzulängliche postoperative Pflege. Dies führte zu Infektionen und Wundheilungsstörungen. Das Personal konnte wegen der Akutversorgung nur notdürftig und über einen langen Zeitraum hin angelernt werden und zeigte keine große Motivation, den Ist-Zustand positiv zu beeinflussen. Zudem floh die Hälfte der angelernten Mitarbeiter bei einem Angriff auf das Krankenhaus im März 1993 und neue Kräfte mußten nach langen Verhandlungen mit den Clanältesten rekrutiert und neu ausgebildet werden.

Weitere Probleme waren viele Fälle von Tetanus sowie Fälle von tuberkulöser Meningitis. Erst sehr spät im Verlauf des Krankenhausausbaus kamen Frauen mit Risikoschwangerschaften in die Klinik, häufig erst nach mehrstündigem Geburtsstillstand, was sie bei zusätzlichen extremen Anämiezuständen meist nicht überlebten. Die hohe Tuberkulosedurchseuchung konnte bis 1995 nicht bekämpft werden, da durch die hohe Fluktuation der Bevölkerung und schlechter Compliance der Patienten eine Ausbildung von Resistenzen gegen die Tuberkulostatika befürchtet wurde. Überhaupt war eine schlechte Compliance im Therapieverlauf zu beobachten. Entweder wurden die Medikamente den Patienten vom Pflegepersonal vorenthalten und auf

dem Markt verkauft, oder die Patienten und ihre Familienangehörigen verkauften die Medikamente bei ersten Anzeichen der Gesundung selbst.

Völlig außer Kontrolle geriet die Überwachung von Valium. Innerhalb der gesamten Bevölkerung war eine hohe Diazepamabhängigkeit verbreitet, die offen zugegeben wurde. Eine andere weitverbreitete Droge war das "Kat".

Die Blätter dieser in Äthiopien und Kenia wachsenden Pflanze werden stundenlang gekaut und im Mund behalten. Jeder Somali, der etwas auf sich hält, macht das, Tag für Tag, nachmittags beginnend. Der Kausaft aus den Katblättern entfaltet eine Rauschwirkung [Wirkung beruht auf Amphetaminbasis], die Müdigkeit und Hunger verdrängt, aber auch Angst und Risikoeinschätzung: Geradezu ideal also für diejenigen, die in den Krieg geschickt werden (Michler 1993)

Viele Streitereien im Katrausch endeten mit blutigen Verletzungen. Die Versorgungsstrukturen mit der Katdroge gleichen internationalen Mafiamethoden. Im Krankenhaus gab es trotz Katverbots keine Kontrolle über die lokalen Mitarbeiter. Medizinisch war das Kat ein Problem bei den Ketanestnarkosen. Die Patienten mit Katrausch brauchten ein vielfaches der normalen Dosierung für ihre Narkotisierung.

Für Kinder war das Morbiditätsmuster den Umständen entsprechend: Luftwegsinfekte, Diarrhoen, Malaria und andere parasitäre Erkrankungen, Unterernährung u.a.

3.2.5 Fallbeschreibungen

3.2.5.1 Mohamed Salah Mohamed (9 Jahre)

Kurzvorstellung

Mohamed Salah ist nach schwerem Schußtrauma Dauerpatient im Krankenhaus Kismayu. Durch die Dauer seines Krankenhausaufenthaltes entwickelte sich ein vertrautes Verhältnis zwischen Patient und der Untersuchenden, ohne daß Einzelheiten aus seinem Leben bekannt waren. Die Gewißheit, daß Mohamed Salah noch lange nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden könnte, führte dazu, daß ein Gespräch mit ihm immer wieder aufgeschoben wurde. Erst im März 1996 kommt es während eines erneuten mehrtägigen Aufenthalts in Kismayu zu einem kurzen Gespräch mit Mohamed Salah.

Vorgeschichte

Aus dem Arbeitstagebuch und der Krankenakte lassen sich folgende Vorgänge rekonstruieren:

Der neunjährige Mohamed Salah fällt in den Monaten März und April 1993 als einer der jüngsten Patienten auf der chirurgischen Station des Krankenhauses auf. Eine Schußverletzung im Bereich des Beckens führte zu einer Hüftfraktur und einer Blasenruptur. Die Blasenruptur wird operativ versorgt, die Hüftfraktur heilt mit konservativer Therapie (Bettruhe) aus. Als Folge dieser Verletzungen treten eine Urethralstenose und eine Coxa vera auf.

Auf der chirurgischen Station liegen wenige Kinder. Sie ist in erster Linie mit Männern belegt, viele von ihnen wurden als aktive Kämpfer verletzt. Frauen und Kinder liegen auf der Station von den Männern räumlich nicht getrennt. Die Station ist überfüllt und es herrscht eine angespannte, aggressive Stimmung. Es besteht einige Wochen die Gefahr, daß Patienten aufgrund von Clanfeindschaften auf der Station umgebracht werden. Bei drei verstorbenen Patienten aus diesem Zeitraum vermutet man Mord als Todesursache. Als Täter kommen Krankenpfleger, Besucher, Familienangehörige und Mitpatienten in Frage.

Die postoperative Pflege auf dieser Station ist sehr notdürftig. Dies betrifft besonders die Überwachung der Patienten, Medikamentenausgabe und -einnahme sowie Verbandswechsel. Die meisten Patienten werden von ihren Familienangehörigen versorgt, viele haben starke Schmerzen und schreien und stöhnen. Die Luft ist stickig heiß und riecht faulig.

Mohamed Salah erlebt von seinem Bett aus häufig, daß Patienten um ihn herum sterben. Einige der Patienten sind durch Kriegsverletzungen im Bereich des Gesichtsschädels grausam entstellt. Vielen wurden Arme und/oder Beine amputiert; bei anderen werden die Beutel der Thorax- und Abdominaldrainagen selten ausgewechselt und hängen voll Blut und Serum an den Betten.

Die Einrichtung einer Kinderstation wird während dieser Zeit vorangetrieben, zum einen damit Kinder wie Mohamed Salah aus der aggressiven und elendigen Atmosphäre dieser Station verlegt werden können, und zum anderen um eine bessere medizinische Versorgung der Kinder zu erreichen.

Es ist nichts über Mohamed Salahs körperlichen und emotionalen Zustand aus dieser Zeit bekannt. Erst nach seiner Verlegung auf die neueingerichtete Kinderstation rückt Mohamed ins nähere Blickfeld der Untersuchenden, die auf dieser Station die täglichen Visiten durchführt.

Mohamed Salah leidet während seines Aufenthaltes sehr unter seinen physischen posttraumatischen Beeinträchtigungen. Aufgrund der Katheterbehandlung bei Urethralstenose kommt es häufig zu bakteriellen, hochfieberhaften Harnwegsinfekten. Diese werden mit Infusionstherapie und Antibiotika behandelt. Immer wieder kommt es zu Harnverhalten. Mohamed Salah informiert das Pflegepersonal erst darüber, wenn seine Schmerzen unerträglich sind. Oft fällt sein Harnverhalten erst während der Visite durch sein verzweifertes und verweintes Gesicht auf. Als Grund für seine späte Reaktion gegenüber den Pflegenden und Ärzten gibt er seine Furcht vor erneuten intravenösen Injektionen und Braunülen und dem Katheterwechsel an. Der Katheterwechsel wird jedes Mal in Narkose vorgenommen. Es wird versucht, durch Bougierung der Urethra die Stenose zu erweitern. Dieses Vorgehen bleibt trotz wiederholter Prozedur in mehrwöchigen Abständen ohne Erfolg. Die Hüftverletzung beeinträchtigt Mohamed Salah durch eine Beinverkürzung und Innenrotation beim Laufen. Er kann sich nur an Krücken fortbewegen. Die meiste Zeit sitzt Mohamed depressiv und gelangweilt auf seinem Bett. Er hat häufig

Besuch von seiner Mutter und anderen Verwandten. Während des Besuchs sitzt die Familie mit auf seinem Bett. Das Pflegepersonal wird angewiesen, Mohamed Salah und die Familie häufiger aufzufordern, das Bett und die Station zu verlassen und in den Innenhof zu gehen.

Mohamed Salah scheint sich den ganzen Tag über mit nichts zu beschäftigen. Einzige Abwechslung scheinen die kurzen Begegnungen während der Visiten zu sein, auf denen Mohamed Salah leidenschaftlich mit dem Walkie Talkie der Untersuchenden spielt. Während kurzer Besuche beim Vorübergehen bleibt die Kommunikation auf eingespielte Gesten und "Quatsch-machen" beschränkt, da niemand seiner Familie englisch spricht. Mohamed Salah ist häufig niedergeschlagen und schlecht gelaunt. Er lässt sich an solchen Tagen gern in den Arm nehmen und trösten. Manchmal beginnt er dann erst richtig zu weinen.

Eine Stimulation zu mehr Aktivität durch das Zusammenlegen mit Mahat Baraki gelingt nicht. An einem Tag bekommen die Kinder jeder ein Spielzeug aus einer Spende einer Hilfsorganisation. Mohamed Salah und Mahat Bakari bekommen beide ein kleines Stofftier und ein Spielzeugauto. Es bleibt keine Zeit, die Jungen ausführlicher anzuregen, mit den Tieren ein Puppenspiel zu initiieren. Mohamed Salah hält die ersten Tage sein Stofftier immer in der Hand. Als es eines Tages weder in seiner Hand noch im Bett zu sehen ist, erklärt er, er habe es seiner Mutter mit nach Haus gegeben, weil er Angst habe, daß es auf Station gestohlen werden würde.

Das Personal der Kinderstation beschreibt Mohamed Salah als ein Kind, das häufig weint. Er hat ständig schlechte Laune und kann nie zum Lachen gebracht werden. Gegenüber dem Pflegepersonal verhält sich Mohamed während der Versorgung sehr aggressiv. Beim Anlegen einer intravenösen Braunüle würde er die Schwestern und Pfleger bespucken und beißen. Sie erzählen, daß Mohamed Salah regelmäßig zum Gebet in die Moschee auf dem Krankenhausgelände geht.

Zweieinhalb Jahre später, am 23. März 1996, kommt es noch einmal zu einer Begegnung mit Mohamed Salah.

Es ist nicht genau nachzuvollziehen, wann Mohamed Salah das erste Mal aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Aus der unvollständigen Krankenakte geht hervor, daß er vom 12. Juni 1994 bis zum 1. Juni 1995 erneut im Krankenhaus war. In dieser Zeit wurden mehrere operative

Eingriffe an der Harnröhre unternommen, zuletzt im April 1995. Nach dieser letzten Operation ist die plastische Rekonstruktion der Harnröhre endlich gelungen.

Am 22. Januar 1995 wurde eine Osteotomie mit Anlegen eines subtrocantären Fixateur externe im Bereich des linken Hüftgelenks durchgeführt. Die Fehlstellung konnte damit grob korrigiert werden.

Gesprächssituation

Bei dem Treffen im März 1996 macht der inzwischen 12-jährige Mohamed Salah einen ausgeglichenen und gesunden Eindruck. Er hat sich von seinem äußerlichen Erscheinungsbild kaum verändert. Er geht aufrecht und ohne Krücken, ein leichtes Hinken wird kaum wahrgenommen. Im Gespräch bestätigt Mohamed Salah, daß es ihm gut gehe. Er freut sich über die Fotos von damals, die er geschenkt bekommt. Gern ist er zu einem Gespräch bereit. Faisal, der Projektmanager übersetzt.

Gesprächsergebnis

Während des Gespräches wird über seine Familie nur bekannt, daß beide Eltern noch leben und Mohamed Salah noch drei jüngere Brüder hat. Die Familie ist aus Kismayu und auch Mohamed Salah ist in dieser Stadt geboren. Der Vater arbeitet in einer Autowerkstatt. Mohamed Salah ging kurzfristig in eine allgemeine Schule und geht heute regelmäßig in die Koranschule. In seiner Freizeit spielt er viel Fußball.

Das Gespräch bleibt dann bei der Schilderung seiner Verletzung und seinen bitteren Rachegedanken hängen:

Er sei absichtlich in der Stadt beschossen worden. Er habe in Kismayu mit Freunden in seinem Alter gespielt und sei dann mit einem seiner Freunde nach Haus gegangen, um Wasser zu trinken. Dort habe er vor dem Haus ein Gewehr liegen sehen. Es sei dann zu einem Streit zwischen ihm und dem Freund gekommen, als dieser sich das Gewehr genommen habe. Der Vater des Jungen habe dann seinem Sohn gesagt, daß er schießen solle. Der Onkel des Freundes habe ihn daraufhin ins Krankenhaus gebracht.

Jetzt sei der andere Junge wegen der Probleme zwischen den Clans in Mogadishu.

Es folgt ein längeres Hin und Her zwischen Mohamed Salah und dem Dolmetscher, wobei das meiste nicht übersetzt wird. Mohamed Salah erklärt, daß alles was er wolle, Rache sei. Er wolle dem ehemaligen Freund gleiches antun. Zum Thema Rache und Krieg merkt er an, daß es ihm egal sei, ob der Krieg in Somalia weitergehe oder nicht.

Der Dolmetscher ist sichtlich überrascht über Mohamed Salahs unabänderliche Rachegeanken und redet ruhig und eindringlich auf den Jungen ein. Er übersetzt nur knapp, worum es in dem Gespräch geht.

Das Gespräch führt anschließend zu einer langen Unterredung mit dem Dolmetscher. Mohamed Salah darf am nächsten Tag einem Gespräch der Untersuchenden mit Lehrern einer Schule der Stadt beiwohnen.

Zusammenfassende Beurteilung

Mohamed Salah ist durch seine Schußverletzung über lange Zeit stark eingeschränkt und leidet an den physischen Folgen und Schmerzen dieser Verletzung. Während seines Krankenhausaufenthaltes bleibt er oft allein mit seinen Schmerzen und seinem Kummer. Er findet keinen Weg, sich mitzuteilen und trösten zu lassen. Mohamed läßt sich nur kurzfristig ablenken oder aufheitern und vermittelt den Eindruck, sich ausgeschlossen zu fühlen. Seine Grundstimmung ist mißmutig und depressiv, gelegentlich zeigt er gegenüber dem lokalen Personal aggressives Verhalten. Erst während der Interviewsituation, drei Jahre nach der ersten Begegnung, wird bekannt, daß ihn ein Freund absichtlich, nachdem dieser durch seinen Vater dazu aufgefordert wurde, anschießt. Erst jetzt kommen seine ungeheure Wut und Rachegeanken zum Ausdruck. Mohamed glaubt, daß die Gerechtigkeit nur wiederhergestellt werden kann, indem er seinem Freund gleiches antut, was ihm widerfahren ist. Es ist während der Gesprächssituation kaum möglich, von seinen Rachephantasien abzulenken. Es scheint, als ob diese Phantasien Teil seines Bewältigungsmechanismus sind, und er sich dem Gefühl der Ungerechtigkeit, Hilflosigkeit und Ausgeliefertseins aus der Unfallsituation nur erwehren kann, indem er Rachepläne schmiedet. Es kann nicht eingeschätzt werden, ob traditionelle Elemente von Schuld und Vergeltung bei dem Jungen eine große Rolle spielen. Mohamed ist zu wünschen, daß er sich durch Anleitung aus seiner anhaltenden Streßsituation befreien kann und seine Wünsche nach Vergeltung und Gerechtigkeit in konstruktive Bahnen geleitet werden.



Abb 3: Neunjähriger Mohamed nach der Visite auf der Kinderstation

3.2.5.2 Mohamud Ahmed Dol (11 Jahre)

Kurzvorstellung

Mohamud Ahmed ist im Frühjahr 1993 über mehrere Wochen Intensivpatient im Krankenhaus Kismayu. Er ist zu diesem Zeitpunkt 11 Jahre alt. Während seines Krankenhausaufenthaltes genießt Mohamed Ahmed durch die engagierte persönliche Betreuung eines internationalen Mitarbeiters aus dem chirurgischen Team eine Sonderstellung.

Krankengeschichte

Mohamed Ahmed wird im März 1993 von seiner Mutter ins Krankenhaus gebracht. Der Junge ist bei der Aufnahmeuntersuchung hochfiebernd und somnolent. Weitere Symptome weisen auf ein akutes Abdomen hin. Die Verdachtsdiagnose lautet Invagination mit Darmileus. Der Chirurg rät zu einem sofortigen operativen Eingriff.

In einem Gespräch mit der Mutter und anderen Angehörigen verweigert die Familie jeglichen operativen Eingriff. Der Zustand von Mohamud Ahmed verschlechtert sich in den folgenden 36 Stunden rapide. Erst als er im Sterben liegt, bittet die Mutter, den Jungen zu operieren. Der Anästhesiepfleger, ein Mitarbeiter aus dem internationalen chirurgischen Team, begleitet diesen Entscheidungsprozeß intensiv. Die Operation wird durchgeführt, obwohl nicht viel Hoffnung besteht, daß Mohamed Ahmed den Eingriff überlebt. Die Verdachtsdiagnose bestätigt sich intraoperativ und man resiziert ein Stück nekrotisierten Dünndarm.

Der Zustand von Mohamud Ahmed bleibt über mehrere Tage sehr kritisch. Alle verfügbaren Ressourcen werden in die aufwendige Pflege des Jungen investiert. Der Anästhesiepfleger übernimmt persönlich und rund um die Uhr einen Großteil der Überwachung und Pflege von Mohamud Ahmed. Diesem ungewöhnlichen Einsatz des Anästhesiepflegers verdankt Mohamud Ahmed sein Leben. Seine Patientensonderstellung gilt auch für das lokale Krankenhauspersonal. Die Konzentration auf die Pflege und das Wohlergehen eines einzelnen Patienten ist unter den herrschenden Bedingungen im Krankenhaus Kismayu in diesem Zeitraum in der Regel nicht möglich und unüblich. Die allgemeine Situation für Mohamud Ahmed auf der Station entspricht der Beschreibung bei Mohamed Salah.

Nach mehreren Tagen ist Mohmud Ahmed außer Gefahr und seine Genesung geht zunächst rasch voran, bis sich sein Zustand wieder verschlechtert. Unklare Fieberschübe, starke Gewichtsabnahme und eine diffuse Bauchsymptomatik führen zu der vorläufigen Diagnose Typhus. Als sich das klinische Bild des Jungen verschlechtert, entschließt man sich zu einer weiteren Laparatomie. Makroskopisch fallen entzündliche Veränderungen des Ileum sowie vergrößerte lokale Lymphknoten auf. Dieser Befund führt zur Verdachtsdiagnose Morbus Hodgkin. Eine entnommene Probebiopsie wird nach Nairobi eingesandt und verhilft zur endgültigen Diagnosestellung der abdominellen Tuberkulose.

Vier Wochen später wird Mohamud Ahmed aus dem Krankenhaus entlassen. Die begonnene Behandlung der Tuberkulose führt bei ihm zu einem sichtbaren Aufblühen des Allgemeinzustands. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus wird die Behandlung ambulant fortgesetzt.

Gesprächssituation

Ende Juli 1993 kommt es zu einem Gespräch mit Mohamud Ahmed. Auf Wunsch von Mohamud Ahmed nimmt auch sein Freund Baker Hadid an diesem Gespräch teil. Übersetzt wird von Ibrahim, einem Krankenpfleger, der in die intensive Pflege des Jungen involviert war. Er ist ein guter persönlicher Freund von Mohamud Ahmed. Das Gespräch findet im Privathaus der internationalen MSF-Mitarbeiter statt. Die Jungen genießen diese Ausnahmeregelung.

Gesprächsergebnis

Mohamud Ahmed erzählt zunächst etwas über seine Familie.

Er lebe mit seiner Mutter und seiner dreijährigen Schwester gemeinsam mit der Großmutter und einer Tante in Kismayu. Sein Vater sei nach Mombasa in Kenia geflüchtet. Mohamud Ahmed habe ihn zuletzt bei Ausbruch des Krieges gesehen. Vier weitere Tanten hätten ebenfalls das Land verlassen. Drei lebten in Mombasa und eine sei nach Schweden geflüchtet. Geboren sei Mohamud Ahmed in Kismayu, die Familie sei dann aber nach Mogadishu gezogen. Dort habe sie bis zum Kriegsausbruch gelebt und habe ein kleineres Textilunternehmen besessen, indem sowohl die Mutter als auch die Tanten gearbeitet hätten. Mohamud Ahmed sei bis zum Kriegsausbruch in die Schule gegangen. Er

habe sowohl die allgemeine als auch die Koranschule besucht. Die Familie sei nach Kismayu geflohen, als es im Rahmen der Angriffe auf das Barre Regime in Mogadishu zu offenen Straßenkämpfen gekommen sei. Als sich in Kismayu die Kämpfe auch der Stadt näherten, sei sein Vater allein nach Mombasa geflohen. Als Gründe gibt Mohamud Ahmed hierfür dessen Arbeitslosigkeit und Sicherheitsgründe an.

Auf Nachfragen wird deutlich, daß Mohamud Ahmed seinen Vater sehr vermißt und ihn sehen möchte. Zuhause werde nicht viel über den Vater gesprochen. Jedesmal wenn er seine Mutter frage, warum der Vater nicht zurückkäme, erhalte er die gleiche Antwort. Er solle sich nicht sorgen, denn sein Vater würde nach London gehen und dann die Familie nachholen.

Mohamud Ahmed wird gefragt, was er von dem Krieg miterlebt und wie sich sein Leben und das Leben seiner Familie verändert habe.

In der Stadt werde ständig gekämpft und immer wieder gebe es irgendwo eine Schießerei. Er habe vieles erlebt, was er vor dem Krieg noch nicht gesehen habe. Jungen seien mit Maschinengewehren ausgerüstet und kämen, um Autos zu klauen. Grundlos würden sie eine Schießerei beginnen. Er habe Landcruiser gesehen, deren Kabinenaufbauten in der Hälfte der Karosseriehöhe abgetrennt waren. Auf der so entstandenen offenen Ladefläche seien schwere Maschinengewehre, leichte Geschütze und Raketenwerfer aufgesetzt worden. Außerdem habe er die unterschiedlichsten Waffentypen gesehen, die es vor dem Krieg nicht gegeben habe. Viele Male habe er die Schießereien mit eigenen Augen verfolgt. Dabei sei er Zeuge gewesen, wie die SLA (politische Fraktion in Kismayu) einen Mann gefangengenommen und ihm Handschellen angelegt habe. Es sei dann zu einem Feuergefecht gekommen, worauf der Mann am Kopf stark geblutet habe. Ein anderes Mal sei er direkt aus seinem Wohnhaus in eine Demonstration hineingeraten, während der es auch zu Schießereien gekommen sei.

Was er über die Kämpfe und den Krieg denke? Er meint, daß die Somali nicht gut seien (they don't have a good mind anymore). Er habe gehört, daß es anderswo im Land noch gefährlicher sei. Die Gruppen Siad Barres schürten die Kämpfe mit der Unterstützung des Tribalismus. Gründe hierfür gäbe es nicht. Es seien schon viele Angehörige unterschiedlicher Clans ermordet worden. Diese Morde würden mit Blutrache vergolten. Er selber hege keine Rachegeanken, man müsse bis zum Tag des jüngsten

Gerichtes warten, bevor Gerechtigkeit herrsche. Der Krieg werde weitergehen, obwohl die Menschen müde wären. Jungen liefen mit Maschinengewehren herum und nahmen sich mit Gewalt was sie bräuchten, wenn sie hungrig wären. Die Kinder seien eigentlich besser. Das Problem sei nur, daß sie aufwachsen würden und nur Krieg kennenlernen und das Verhalten sofort übernehmen würden. Es würde niemand geboren werden mit dem Wunsch zu kämpfen. Als Gründe für die Kämpfe sehe er den Hunger und die Arbeitslosigkeit; beides würde dazu führen, daß man sich mit Gewalt aneigne, was man zum Überleben bräuchte. Seine Familie und er hätten bisher nie hungern müssen. Er wird gefragt, ob er sich zur Zeit in Kismayu sicher fühle. Diese Frage beantwortet Mohamud Ahmed mit ja. Manchmal, wenn er nachts Schüsse höre, könne er nicht schlafen. Er würde dann mit seiner Familie über die Kämpfe reden, wer sich bekämpfe und ob die Schüsse in der Nähe oder weiter entfernt seien. Wenn sich die Kämpfe ganz in der Nähe befänden, würde er auch Angst haben. Die Familie würde dann zusammenrücken und in einem Bett schlafen.

Mohamud Ahmed möchte später Pilot werden und in Mogadishu leben.

Das Gespräch endet mit einer Frage seinerseits. Ob es in Deutschland auch Krieg gäbe? Er habe gehört, daß es viele Kämpfe gäbe und eine riesige Mauer.

Im März 1996 kommt es zu einem kurzen Wiedersehen mit Mohamud Ahmed in Kismayu. Er sieht gesund und ausgesprochen gepflegt aus. Es ist ein freudiges Wiedersehen, auf dem Mohamud von seinem zwei Jahre älteren Bruder begleitet wird. Die Überraschung der Untersuchenden kann er nicht nachvollziehen. Sein Bruder sei damals gemeinsam mit dem Vater nach Mombasa geflüchtet. Im August 1995 seien sie dann nach Kismayu zurückgekehrt. Er könne sich nicht erinnern, daß er seinen Bruder damals nicht erwähnt habe. Heute gehe er wieder zur Schule und helfe den Eltern auf dem Basar.

Zusammenfassende Beurteilung

Mohamud beeindruckt durch seine große intellektuelle Reife. Das Gespräch nahm teilweise philosophische Züge an, wobei der Impuls zum größten Teil von dem Jungen ausging. Er zeigt hervorragende

Bewältigungsmechanismen und Fähigkeiten, traumatisierende Ereignisse zu verarbeiten und damit in sein weiteres Leben zu integrieren. Durch seine kognitive Reife findet er für das Erlebte Erklärungen und fühlt sich dem Geschehen nicht hilflos ausgeliefert. Seine Familie hat eine große Schutzfunktion und bietet ihm Sicherheit "... wenn in der Nähe gekämpft wird, dann reden wir darüber und kriechen alle zusammen in ein Bett." Existentielle Not muß der Junge bei dem bescheidenen Wohlstand der Familie nicht leiden. Die besondere familiäre Situation und die Neugier und Aufgewecktheit des Jungen mobilisieren externe Ressourcen, die die Familie schützen und dem Jungen zum Überleben verhelfen. Nützliche präventive Faktoren, wie Erziehung und Schulbildung, die intakte Schutzfunktion der Familie während des Krieges und seine individuellen Charakterzüge ermöglichen Mohamud, daß er die Erlebnisse des Krieges und die zwei Situationen, in denen er dem Tod näher war als dem Leben, positiv verarbeitet, und an den Erfahrungen psychisch und emotional wächst.



Abb 4: Mohamud beim Interview auf der Dachveranda des MSF-Hauses

3.2.5.3 Baker Hadid Bakaari (11 Jahre)

Kurzvorstellung

Baker ist ein 11-jähriger Junge, der im Zeitraum März bis August 1993 zweimal Patient im Krankenhaus von Kismayu war. Er fällt zunächst als schwerverwundetes Kind unter den Patienten auf und später durch seine ständige Anwesenheit auf dem Krankenhausgelände.

Es wird zunächst nicht in Zusammenhang gebracht, daß es sich in beiden Situationen um ein und denselben Jungen handelt.

Krankengeschichte

Die folgenden Informationen über Bakers Einlieferung ins Krankenhaus und die operative Versorgung der Verletzungen sind einem Arbeitstagebuch entnommen.

Baker wird am 15. März 1993 schwer verwundet in das Krankenhaus von Kismayu eingeliefert. Er liegt neben fünf weiteren Schwerverletzten vor der OP-Tür und wartet mehrere Stunden auf seine operative Versorgung. Die Erstuntersuchung weist mit Ein- und Ausschußstellen im Bereich des Abdomens auf schwere innere Verletzungen hin. Bakers Allgemeinzustand läßt sich durch die Notversorgung, die sich auf eine Schocktherapie und Abdeckung der Wunden beschränkt, nicht stabilisieren. Er ist wach und orientiert und spricht gut auf die beruhigenden Worte in fremder Sprache an. Es fehlt an Personal, das Bakers Vitalzeichen zuverlässig überprüfen und gegebenenfalls Alarm schlagen könnte. Seine Mutter, die neben ihm steht, scheint selbst unter Schock zu stehen. Baker wird aufgrund seines jungen Alters den anderen Patienten zur Operation vorgezogen. Es werden eine Magenruptur, drei Leberrisse, zahlreiche Löcher in Dick- und Dünndarm sowie ein Nierenhämatom festgestellt und versorgt. Bakers kritischer Allgemeinzustand während der OP stabilisiert sich zügig, sein postoperativer Verlauf auf Station ist komplikationslos und führt zu einer baldigen Entlassung.

Über die stationäre Zeit von Baker kann nichts berichtet werden. Durch seine medizinisch komplikationslose Situation verschwindet die Aufmerksamkeit ihm gegenüber. Sein Fall wird in keiner morgendlichen Besprechung genannt und auch unter dem internationalen

Operationsteam wird er in kleinem "privaten" Kreis nicht erwähnt. Er wird als Patient nicht weiter wahrgenommen.

Baker fällt erst Ende Juli, also vier Monate nach seinem ersten Krankenhausaufenthalt, wieder auf. Er wird im Krankenhaus als lebhafter und aufgeschlossener Junge wahrgenommen, der sich im Krankenhausgelände herumtreibt, obwohl er kein Patient ist. Das Wachpersonal läßt ihn gewähren und erlaubt ihm den Zutritt auf das Gelände, auch wenn dies gegen die MSF-Vorschriften verstößt. Zumeist hält Baker sich bei anderen Patienten in seinem Alter auf - eine engere Freundschaft verbindet ihn in diesem Zeitraum mit Mohamud Ahmed Dol - und streunt mit ihnen durch die Krankenstationen und über das Gelände. Auch das medizinische Personal betrachtet den Jungen als "zum Inventar" des Krankenhauses dazugehörend und läßt ihn ungestört dabei sein. Nur selten sieht man somalische Mitarbeiter, die Baker und seine Freunde mit lauten, verärgerten Rufen verscheuchen.

Gesprächssituation

Baker leistet Mohamud bei seinem Gespräch Gesellschaft und fordert die Untersuchende auf, auch seine Geschichte anzuhören.

Er ist sehr gesprächig und beim Erzählen kaum zu bremsen. Das Gespräch wird von einem Krankenpfleger namens Ibrahim übersetzt. Es fällt auf, daß die englische Übersetzung viel kürzer ist als der Redeschwall von Baker. Ibrahim nimmt an dem Erzählten lebendige Anteilnahme und hält sich nicht an eine neutrale Übersetzung. Er wird mehrmals gebeten, den Inhalt von Bakers Antworten vollständig und ungekürzt wiederzugeben.

Gesprächsergebnis

Baker lebt mit seinen Eltern und zwei Geschwistern als ältestes Kind der Familie zur Zeit des Interviews in Kismayu. Sein Bruder ist neun, seine Schwester drei Jahre alt. Baker ist in Mogadishu geboren. Die Familie flüchtete während des Krieges nach Kismayu. Der Vater ist von Beruf Fischer und die meiste Zeit auf See, während die Mutter Zuhause ist und die Familie versorgt.

Baker trägt zum Zeitpunkt des Gesprächs einen Armgips. Auf Nachfrage berichtet er, daß er beim Spielen auf einen Baum geklettert und

heruntergefallen sei, und sich dabei den Arm gebrochen habe. Auf die Frage, ob er mit dieser Verletzung das erste Mal im Krankenhaus gewesen sei, zieht Baker demonstrativ sein T-shirt hoch und zeigt seine Narbe, die vom Processus Xiphoideus bis zum Os pubis reicht. Er ist sichtlich überrascht über diese Frage und fängt an, von dem Operateur zu erzählen, und daß er sich noch genau an die Untersuchende erinnere, die zu dem Zeitpunkt OP-Kleidung getragen habe. Als der Zusammenhang zwischen der zurückliegenden Situation des verletzten Jungen und Baker in der aktuellen Situation hergestellt war, wurde Baker zunächst gebeten zu erzählen, wie seine Verletzung zustande gekommen sei.

Er sei am Rande der Stadt gewesen und habe Samen von einem Baum geerntet. Die kämpfenden SPM- und SLA-Gruppen seien ganz in der Nähe gewesen und es sei viel geschossen worden. Über ihm sei ein Hubschrauber gewesen. Dann habe er plötzlich den Schuß gemerkt und sei umgefallen. Ihm sei dann schwindlig geworden und er habe große Schmerzen gehabt. Wie er ins Krankenhaus gekommen sei, erinnere er nicht. Seine Erinnerung setzte erst wieder im OP-Bereich ein.

Baker ist mehrere Male Augenzeuge von Kämpfen in seiner unmittelbaren Nähe gewesen.

Bei den Kämpfen mit den *technicals* (somalische Kampffahrzeuge) und Panzern sei es um eine Beteiligung an der Macht gegangen. Er könne nicht verstehen, warum Leute unschuldiges Vieh töten würden. Bei den Kämpfen unter den verschiedenen Clans sei es so, daß neben den allgemeinen Attacken alle Seiten auch Banditen hätten, die kämpften.

Einmal kämpften Männer direkt vor seinem Haus. Sie hätten geschossen und dabei zwei Männer getötet, die am Brunnen Wasser holten. Bei einem Mann sei das Gehirn aus dem Schädel getreten und habe im Sand gelegen. Ein anderes Mal habe er gesehen, wie viele Männer weggeführt und getötet worden seien. Er habe auch miterlebt, daß drei Männer Benzin geraubt hätten und dabei einem Mann mit einem Messer den Bauch aufschlitzten. Auf die Frage, wie es ihm nach diesen Erlebnissen ergangen sei und was er danach gedacht habe, erzählt Baker, daß er mehrere Tage nach diesen Erlebnissen nichts gegessen habe. Geweint habe er nicht, da er kein "baby" sei. Traurigkeit habe er nicht empfunden. Das mit der Traurigkeit sei anders - die empfinde er nur, wenn Verwandte getötet worden seien, nicht bei Fremden. Durch den Krieg habe er auch ein Familienmitglied verloren. Einen Onkel, der im Krieg mit Äthiopien

verwundet worden und seitdem behindert sei, und Lagerhausverwalter war. Die Leute seien gekommen und hätten ihn getötet und seien danach weggerannt. Die Hunde hätten das Fleisch seines Onkels gefressen, das wisse er von einem anderen Verwandten, der nur noch die bloßen Knochen gefunden habe. Sein Onkel sei nicht beerdigt worden, weil sein Lagerhaus am Rande der Stadt läge und ihn niemand rechtzeitig gefunden habe. Die Killer hätten selbstverständlich kein Interesse gehabt, seinen Onkel zu beerdigen.

Noch einmal auf seine eigenen Reaktionen und Gefühle befragt, erzählt er, daß er sehr traurig über die Schießerei sei. Nachdem er von einer Kugel getroffen worden sei und wisse, wie es sich anfühle, habe er große Angst beim Lärm des Feuerhagels. Er habe dann Angst, daß er sterben müsse.

Auf die Frage, ob er von Kindern wisse, die sich an Kämpfen beteiligten, antwortete er, daß viele Kinder und auch Frauen beteiligt seien. Die Frauen und Kinder brächten den Kämpfern Wasser und Mut und sorgten für eine gute Stimmung. Manchmal würden sie Waffen zu den Kämpfenden schmuggeln. Einige Jungen in seinem Alter wollten aktiv mitkämpfen, andere aber, die wie er schon einmal verletzt worden seien und wüßten wie schmerzvoll das sei, blieben in den Häusern. Baker wird gefragt, ob er persönlich glaube, daß Frauen und Kinder den Männern helfen sollten. Ja natürlich, die Frauen und Kinder wollten die andere Seite auch besiegen, und deshalb sollten sie helfen.

Im allgemeinen gebe es keine Vorteile durch die Kämpfe. Nur die Räuber und Banditen würden profitieren. Ihm täten all die unschuldigen Menschen leid, und er wünsche sich, daß alle Banditen getötet würden. Er würde gern helfen, die Banditen zu erledigen. Wenn er an der Macht wäre, brächte er alle Banditen ins Gefängnis. Gefängnis und Töten, das sei ein und das selbe. Eigentlich verabscheue er Töten. Vielleicht gäbe das Kämpfen zwischen verschiedenen Ländern noch Sinn, nicht aber wenn man sich untereinander töte. Es sei schlimmer, wenn Leute sich in ihrem eigenen Land bekämpften, aber Krieg sei grundsätzlich schlecht.

Abschließend soll Baker erzählen, wie sich sein Leben durch den Krieg verändert habe und was er sich für seine Zukunft wünsche.

Vorm Krieg sei das Leben gut gewesen. Das Leben in Mogadishu habe ihm besser gefallen, weil Mogadashu eine größere Stadt sei.

Jetzt sei er traurig. Seine Eltern würden ihm ständig sagen, er solle da und da nicht hin gehen. Er ginge aber trotzdem. Das Leben sei nicht normal. Die Leute hätten Angst vor den Kugelhageln und nichts zu arbeiten und keinen Job. Wenn Baker morgens aufstehe, wisse er nicht, wie sein Leben weitergehen würde.

Seine Mutter schicke ihn zur Schule, damit er eine gute Bildung bekäme. Leute ohne Bildung wären ignorant. Er wolle nicht Fischer wie sein Vater werden. Auch sein Vater riete ihm, zur Schule zu gehen: Er selber habe sein Leben an die See verloren, und das solle seinem Sohn nicht genauso ergehen. Baker antwortet auf die Frage, warum Bildung so wichtig sei, daß man sich für die Antwort nur in der Stadt umsehen müsse. Die Leute ohne Bildung seien Träger, die mit Bildung seien Ärzte und Lehrer. Baker selbst wolle Arzt werden und entweder in Nairobi oder Luxemburg (der behandelnde Chirurg war Luxemburger) arbeiten. Am wichtigsten sei ihm aber, die Welt als Tourist zu besuchen.

Bakers Krankenakte ist zum Zeitpunkt des Gespräches in der Krankenhausverwaltung und kann nicht eingesehen werden.

Zusammenfassende Beurteilung

Baker zeigt ein altersentsprechendes Verhalten. Er ist nicht "dumm", scheint es aber vorzuziehen, sich an andere Kinder und Jugendliche anzuhängen. In seinen Erzählungen scheint er fasziniert von der Technik, mit der Gewalt ausgeübt wird. In seinen Berichten sprudelt er förmlich über. Man kann vermuten, daß ihn viele Ereignisse überwältigt haben und sein Redeschwall Ventilfunktion für die angestauten schrecklichen Erlebnisse hat. Bei aller Faszination, Begeisterung und Solidarität erkennt Baker die negativen Folgen der ausgeübten Gewalt und lehnt eine Eigenbeteiligung an den Kämpfen nicht zuletzt wegen seiner eigenen schmerzvollen Erfahrung ab. Es scheint als herrsche in der Familie eine gute Kommunikation. Die Eltern bilden einen moralischen Bezugsrahmen, und obwohl Baker sich einzelnen Vorschriften widersetzt, orientiert er sich an den elterlichen Vorgaben. Im Krankenhaus identifiziert er sich mit der sozialen Vorbildfunktion der internationalen Helfer, die bis hin zu seinem Berufswunsch reicht, Arzt zu werden. In seinen Träumen versucht er der

chaotischen Lage in seinem Land, für die er keine Erklärung findet, zu entfliehen.



Abb 5: Baker hört aufmerksam zu, als sein Freund Mohamud interviewt wird und genießt den "Ausflug" auf die Dachterasse des MSF-Hauses

3.2.5.4 Mahat Bakari Salad und Mohamed Bakari Salad (9 / 12 Jahre)

Kurzvorstellung

Der neunjährige Mahat ist über mehrere Monate Patient im Krankenhaus Kismayu. Er gewinnt durch sein sonniges Gemüt und seinen kindlichen Charme besondere Aufmerksamkeit auf der Kinderstation. Sein Bruder Mohamed hat während eines Krankenbesuches bei seinem Bruder einen akuten Asthmaanfall. Seine Familie bittet in dieser Situation niemanden um Hilfe. Das lokale Krankenhauspersonal nimmt Mohameds Atemnot nicht zur Kenntnis und versorgt ihn erst auf direkte Anweisung der Untersuchenden, die zufällig auf die Situation aufmerksam wird.

Krankengeschichte

Mahat wird wegen starker Schmerzen im rechten Bein Ende Mai 1993 im Krankenhaus vorgestellt und stationär aufgenommen. Sein Allgemeinbefinden ist deutlich reduziert. Er hat Fieber und hustet stark. Zusätzlich ist Mahat stark unterernährt. Die Schmerzen im Bein verursachen eine starke Schonhaltung des betroffenen Beines. Bei der passiven Untersuchung des Beines bleibt unklar, ob eine partielle Lähmung vorliegt. Im Bereich des oberen distalen Femur ergibt der lokale Untersuchungsbefund einen stark druckschmerzhaften Tumor. Die Umgebung ist geschwollen und überwärmt.

Die Behandlung von Mahat ist bei einer unklaren Diagnose schleppend und unspezifisch. Symptomatisch werden Fieber, Schmerzen und Husten behandelt. Bei hohem Fieber unklarer Ursache erhält Mahat sowohl eine antibiotische als auch eine Anti-Malaria Behandlung. Mahat wird wochenlang in der medizinischen Behandlung vernachlässigt. Die Akutversorgung von Patienten sowie allgemeines Projektmanagement haben Vorrang im Krankenhaus. Mahat sitzt in dieser Zeit auf seinem Bett oder draußen, vor der Station, an die Gebäudemauer gelehnt. Bei der Eröffnung der Kinderstation Anfang Juni 1993 wird er zusammen mit Mohamed Salah verlegt. Die Jungen sind Bettnachbarn und sitzen auch draußen zusammen an der Mauer. Viele Gemeinsamkeiten scheinen die Jungen nicht zu finden, manchmal erwecken sie eher den Eindruck, miteinander zu konkurrieren. Die betreuenden Familienangehörigen der beiden Jungen, die sich monatelang Tag für Tag im Krankenhaus

begegnen, scheinen ebenfalls ein eher distanzierendes Verhältnis zueinander zu haben. Mahat wird tagsüber von seiner Großmutter versorgt. Ihre Anwesenheit fällt kaum auf.

Im Sommer 1993 flauen die Kämpfe in und um Kismayu ab. Dadurch gelingt es im Krankenhaus elektive chirurgische Eingriffe aufzunehmen. Man entschließt sich Mahat zu operieren und eine Probeexcision am rechten Femur zu entnehmen. Die Probe wird zur histologischen Aufbereitung nach Nairobi gesendet. Die Diagnose lautet Knochentuberkulose. Mahat wird daraufhin mit Tuberkulostatika behandelt. Die Behandlung bekommt ihm gut. Die chronischen Fieberschübe persistieren, er nimmt an Gewicht zu und fängt nach einiger Zeit langsam wieder an, sein Bein zu belasten.

Gesprächssituation

Ende Juli 1993 kommt es zu einem längeren Gespräch mit Mahat. Ebenfalls anwesend bei diesem Gespräch sind sein 12-jähriger Bruder Mohamed, seine Großmutter und der 9-jährige Mohamud Salah. Der OP-Pfleger Ali übersetzt. Das Gespräch dauert insgesamt eine Stunde und wird gegen Ende sehr unruhig. Ali drängt es zurück in den OP und einige Kinder haben sich im Laufe des Gesprächs neugierig dazugesellt.

Gesprächsergebnis

Mahat lebt mit seiner Familie in einem der *Displaced Camps* in Kismayu. Die Familie werde von der Großmutter versorgt. Mahats Mutter sei "an Schmerzen" gestorben. (Es wird nicht deutlich, ob die Jungen über die Ursache und den Tod ihrer Mutter nicht sprechen wollen oder nicht mehr wissen). Der Vater sei krank und ohne Arbeit und die meiste Zeit Zuhause. Mahat hat drei Geschwister, den 12-jährigen Bruder Mohamed, eine fünfjährige Schwester und einen dreijährigen Bruder. Er fühle sich allen Familienmitgliedern gleich nah. Mahats Familie lebe noch mit drei anderen Familien zusammen. Die Familien teilten sich alles, was sie besäßen, zu gleichen Anteilen.

Geboren und aufgewachsen ist Mahat im nomadischen Buschgebiet im Umfeld der Stadt Kismayu. Die Familie habe 40 Kamele, 10 Rinder und 20 Ziegen besessen. Die beiden älteren Jungen hätten als Hirten gearbeitet. Mohamed, der größere, sei für die Kamele verantwortlich gewesen, und

Mahat, der kleinere, habe die Ziegen gehütet. Vor zwei Jahren seien sie im Busch überfallen worden, und ein Großteil des Vieh sei geraubt worden. Als Mahat die bewaffneten SLA Männer gesehen habe, sei er geflohen. Die Familie sei in unterschiedliche Richtungen geflohen. Tagsüber hätten sie sich versteckt und während der Nächte seien sie in Richtung Kismayu gelaufen. Auf die Frage, warum das Vieh geraubt worden sei, erscheint Mahat fast ratlos. Es seien schlechte Leute gewesen, die sich zusammengeschlossen hätten. Die Feinde schlachteten das Vieh, damit sie etwas zu essen hätten. Das *looting* habe etwas mit den Kämpfen zwischen den Familien zu tun, und das hänge mit dem Krieg zusammen. Er selbst könne sich nicht vorstellen zu kämpfen, weil Krieg etwas schlechtes sei.

Er selbst habe dreimal während der Kämpfe zwischen SPM und SLA gesehen, wie getötet worden sei. Er habe gesehen, wie Menschen geblutet hätten und tot gewesen seien, und zahlreiche Beerdigungen habe er gesehen. Einer seiner Onkel sei auch in seiner Anwesenheit getötet worden. Er habe fürchterlich gezittert und würde immer träumen, sein Onkel würde über ihm stehen. Wenn gekämpft und geschossen würde, lief er weg. Er müsse viel an Krieg und Töten denken; das sei aber nicht gut und er versuche, es zu vermeiden. Er hoffe, wenn er sich abwende und verstecke (*turn away and hide away*) könne ihn keine Kugel treffen.

Die Frage, ob er zur Schule ginge, verneint Mahat. Auf Nachfragen erzählt er, daß er gern zur Schule gehen würde, sobald es ihm besser ginge. Er wolle Sprachen lernen, um die Ausländer zu verstehen. Außerdem wolle er schreiben lernen.

Für Mahat habe sich das Leben verbessert. Er findet es jetzt besser als vor dem Krieg. Man könne jetzt arbeiten und einen Job haben, zum Beispiel im Krankenhaus.

Wenn er drei Wünsche frei hätte, wüsste er sich Kleidung, Schuhe, Süßigkeiten, ein gutes Leben, Spaghetti, Reis, eine Schuluniform und gute Arbeit. Er wolle im Krankenhaus arbeiten, oder auch im Hafen. Dort könne er die Medikamente von den Schiffen auf Lastwagen verladen und in die Stadt und ins Krankenhaus fahren. Oder er wolle im Ausland arbeiten und Medikamente nach Somalia verkaufen. Diese Aufzählung ruft bei der Großmutter Lachen hervor.

Als die gleiche Frage an seinen Bruder gestellt wird, antwortet dieser, er wüsste sich Geld, Dollars, ein gutes Leben, Kleidung und Nahrung - und: "what becomes possible for me". Auch Mohamed geht nicht zur Schule, aber auch er würde gern zur Schule gehen, um dort dann alles zu lernen. Letztendlich wolle er aber wieder nomadisch leben und nicht in der Stadt.

Wann der Krieg begonnen habe, erinnere er nicht. Die Leute würden sich gegenseitig bekämpfen und töten, weil sie "careless" seien und weil sie Feinde seien. So gingen die Kämpfe hin und her. Er habe schon viele Tote gesehen. Geweint habe er dann nie, das habe er vermieden. Bei den jüngeren Kindern kämen die Tränen öfter. Mohamed stimmt zu, daß die Traurigkeit nach dem Weinen weniger würde. Als sein Onkel getötet wurde, habe auch er geweint.

Die Großmutter fügt am Ende des Gespräches hinzu, daß sich das Leben und Verhalten der Jungen sehr verändert habe (behaviour, life and their minds have changed). Die Kinder seien jetzt häufiger krank und ständig hungrig. Früher hätten sie gespielt, das Vieh gehütet und seien gehorsam gewesen. Jetzt sei ihr Verhalten oft aggressiv. Ihre Loyalität gegenüber ihrer Familie sei aber unverändert geblieben. Die Großmutter gibt als einen Grund für die Veränderungen die fehlende Ernährung mit Kamelmilch an.

Zusammenfassende Beurteilung

Mahat und Mohamed Bakari zeigen beide ein großes Bedürfnis nach materieller Sicherheit, nachdem sie über längere Zeit unter der wirtschaftlichen und sozialen Not leiden müssen. Auch bei diesen Kindern wird deutlich, daß sie durch Krieg und Dürre nicht nur unter Hunger und Krankheit leiden, sondern ihrer ganzen Lebensgrundlage beraubt sind. Der 9-jährige Mahat wirkt sehr klein und kindlich für sein Alter. Er begreift noch nicht, was Verlust und Gefahr der Entwurzelung für ihn bedeuten und scheint sich mit der neuen Situation zu arrangieren. Er zeigt deutliche Reaktionen auf die traumatischen Erlebnisse und versucht sie zu verdrängen. Für Mahat wäre eine Hilfestellung bei der Verarbeitung der erlebten Gewalt und des Mordes an dem Onkel wünschenswert, damit er mit seiner Trauer und Angst besser umzugehen lernt. Seine Identifikation mit den helfenden Mitarbeitern im Krankenhaus und seine Zukunftsphantasien scheinen ihm ein Gefühl von Hoffnung und Kontrolle

über Tod, Krankheit und Hunger zu geben. Es ist nicht absehbar, welche langfristigen Auswirkungen die langanhaltende materielle und psychologische Deprivation auf seine weitere Persönlichkeitsentwicklung haben. Mohamed Bakari wirkt wesentlich depressiver als sein jüngerer Bruder. Er hat ein größeres Verständnis für die Dimension der Ereignisse. Im Entwicklungsprozeß ist er weiter fortgeschritten und seine Identität ist schon stark mit dem nomadischen Leben verknüpft. Er leidet unter dem Verlust seiner Lebensgrundlage mehr als sein Bruder und ist in seinem Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt. Es ist zu befürchten, daß sich eine Depression und ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit manifestieren. Neue Aufgaben und eine gesicherte Lebensgrundlage für die Familie würden ihn entlasten und sein Selbstwertgefühl wieder aufbauen. Für beide Jungen erscheint es wichtig, daß die Situation des Vaters besprochen wird. Offensichtlich fällt er in seiner betreuenden und versorgenden Funktion aus. Dies könnte zu Schuldgefühlen des älteren Bruders führen, denn unter den gegebenen Umständen kann er nichts zum Lebensunterhalt der Familie beitragen.

Es wäre interessant, nähere Informationen über die Gemeinschaft der Familien, in der die Jungen leben, zu erfahren. Es scheint, als trage eine hohe Solidarität unter den Familien zum Schutz der einzelnen bei.



Abb 6: Mahat und Bruder Mohamed - unheimliche Begegnung mit der Kamera

3.2.5.5 Salad (15 Jahre)

Kurzvorstellung

Der 15-jährige Salad ist im Juli 1993 jüngster Patient der Klinik in Gelib. Vor diesem Zeitpunkt gab es mehrere Begegnungen an unterschiedlichen Orten, in denen Salad von der Untersuchenden als Patient behandelt wurde. Ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Begegnungen und dem Klinikaufenthalt in Gelib wird der Untersuchenden erst im Juli deutlich.

Vorgeschichte

Am 31. März 1993 wird Salad gegen Mittag zusammen mit anderen Patienten von belgischen UNITAF-Soldaten in das Krankenhaus Kismayu eingeliefert. Die Lage im Krankenhaus ist wegen der Versorgung von zahlreichen Verletzten angespannt. Am frühen Abend unterbricht das Operationsteam die Arbeit im OP, um die neu eingetroffenen Verletzten vom Militärarzt der Blauhelmsoldaten zu übernehmen. Salad liegt mit verbundenem Gesicht und einem geschienten, durchgebluteten Armverband in der Notaufnahme. Er ist bei Bewußtsein, gibt aber keinen Ton von sich. An seiner Seite steht sein Vater. Während die somalischen Mitarbeiter auf Anweisung des Chirurgen Salads Verbände entfernen, informieren die Soldaten das MSF-Team über die Kämpfe am Stadtrand und die angespannte Sicherheitslage in der Stadt und bitten alle Sicherheitsmaßnahmen einzuhalten. Die Stimmung in der Notaufnahme ist gespannt. Besonders unter den somalischen Mitarbeitern ist die Aufregung und Angst zu spüren. Es wird still und zügig weitergearbeitet. Man wendet sich schließlich Salad zu. Die Soldaten berichten, daß sie ihn und den Vater in der Nähe von Baar, ungefähr 20 km außerhalb der Stadt aufgelesen hätten. Die Verletzungen würden von einer Mine stammen. Nachdem der Verband entfernt ist, werden die Brandverletzungen im Gesichtsbereich und die stark angeschwollenen Augen sichtbar. Salad gelingt es nach Aufforderung nicht, die Augen zu öffnen. Am rechten Arm hat Salad eine offene Fraktur. Der Junge wird auf die chirurgische Station verlegt, ohne an diesem Abend noch operiert zu werden.

Die Ereignisse im Krankenhaus überstürzen sich an den folgenden Tagen und das Schicksal von Salad wird zunächst aus den Augen verloren.

Aus dem Arbeitstagebuch lassen sich folgende Ereignisse dieser Tage zusammenfassen:

Die medizinisch-humanitären Einrichtungen des Internationalen Roten Kreuzes (IKRK) und von MSF werden in diesen Tagen von Hunderten von Somali besetzt. Sie erhoffen sich Schutz durch die Anwesenheit der internationalen Mitarbeiter der Hilfsorganisationen und die daran gekoppelte Präsenz der UN-Blauhelmsoldaten. Das Chaos der Menschenmassen auf dem Krankenhausgelände beeinträchtigt den Ablauf der Krankenhausarbeit erheblich. Zusätzlich halten sich Milizen unter den Menschen versteckt, und es kommt zu einzelnen Vorfällen, in denen das Leben der Mitarbeiter und Patienten bedroht wird. Nicht zuletzt durch die Anwesenheit dieser Milizen werden die medizinischen Projekte zu Angriffszielen der Kämpfenden in der Stadt.

Die im Vorfeld geführten Verhandlungen mit den regierenden Clanältesten der Stadt und UNITAF über die Evakuierung der sich in Gefahr befindenden Somali verliefen schleppend. Die von den Clanältesten zugesagten Lastwagen für den Transport konnten nicht aufgetrieben werden. UNITAF war vorbereitet, der Evakuierung militärischen Begleitschutz zu gewähren, sobald die notwendigen Transportmittel bereitstünden.

Zwei Tage nachdem Salad im Krankenhaus eingeliefert wurde, wird das IKRK-Gelände angegriffen. Im Krankenhausgelände herrscht panische Angst. Viele Somali haben ihr Hab und Gut in Bündel verpackt und stehen in Gruppen zusammen. Die meisten Patienten verlassen mit Hilfe der Angehörigen die Betten und hocken in angstvoller Erwartung an die Außenmauern der Gebäude gepreßt. Die Blauhelmsoldaten berichten, daß die 300m entfernt liegende ehemalige Polizeistation gestürmt sei und es dabei viele Tote gegeben habe. Dort hielt sich eine Gruppe von Somali, die einer Clanminderheit angehört, seit mehreren Tagen verschanzt.

Als die internationalen Mitarbeiter mit dem auf dem Krankenhausgelände stationierten Panzer in die UN-Militärbasis evakuiert werden sollen, gibt es einen Tumult. Somali stürmen den Panzer und schreien in panischer Angst, daß sie nicht zuließen, zurückgelassen zu werden. Sie wollen den Panzer zunächst nicht freigeben. Mit Verstärkung anderer Blauhelmsoldaten gelingt es, die internationalen Mitarbeiter zu evakuieren. Ein neuer Panzer stationiert sich umgehend zum Schutz der Somali auf dem Krankenhausgelände.

Auf der Militärbasis kommt es zu Verhandlungen zwischen internationalen Mitarbeitern und den UN-Blauhelmsoldaten über die sofortige Bereitstellung von UN-Militärlastwagen zur Evakuierung der gefährdeten Somali auf die andere Seite der Demarkationslinie, in der Hoffnung, damit ein größeres Massaker vermeiden zu können. Nach wenigen Stunden erklärt UNITAF sich bereit und beginnt die Evakuierungsaktion. Bis in die frühen Morgenstunden werden insgesamt 4000-5000 Menschen in den 43km entfernten Ort Baar transportiert.

Diese nächtliche Aktion hat zur Folge, daß die politischen Machtverhältnisse der Stadt endgültig klar sind. Die internationalen Organisationen und UNITAF haben von ihrer Neutralität erheblich eingebüßt.

Am Morgen nach der Evakuierungsaktion erwartet das MSF Team gähnende Leere im Krankenhaus. Die schutzsuchenden Somali, etwa die Hälfte der lokalen Mitarbeiter und 45 Patienten hatten in der Nacht die Gelegenheit zur Flucht wahrgenommen und dabei das komplette Krankenhausinventar mitgenommen.

Salad und sein Vater waren in dieser Nacht ebenfalls geflüchtet.

Das Dorf, in dem die Vertriebenen abgesetzt wurden, bietet keinerlei medizinische Versorgungsmöglichkeiten. Die ehemaligen Patienten aus Kismayu sind in einem zerstörten Gebäude untergebracht, dessen kaputtes Dach wenig Schutz vor den einsetzenden Regenfällen bietet. In Verhandlungen mit den politischen Führern der verfeindeten Parteien soll erreicht werden, daß die Patienten nach freier Wahl in die Klinik nach Gelib oder zurück nach Kismayu verlegt werden können. Der politische Führer des Dorfes verhindert die Verlegung der Patienten in eine medizinische Einrichtung. Er versucht die Einrichtung einer weiteren Klinik in diesem Dorf zu erpressen und benutzt die Patienten als Geiseln. Da die Klinik eindeutig als logistischer Stützpunkt für die Rückeroberung von Kismayu dienen soll, kann auf diese Forderungen überhaupt nicht eingegangen werden. Nur auf inoffiziellern Weg gelangen Medikamente und Verbandsmaterial zu den Patienten, die notdürftig von dem ehemaligen Personal des Krankenhauses und den UN-Blauhelmsoldaten versorgt werden. In den ersten Tagen sterben aufgrund der mangelhaften medizinischen Versorgung 14 Patienten.

Während der Verhandlungen um die Verlegung der Patienten besucht die Untersuchende die Notunterkunft in Baar. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich Salad mit seinen schweren Verletzungen noch an diesem Ort. Einige Tage später berichten die UN-Blauhelmsoldaten, daß sie bei Salad eine schwere Entzündung seiner Armverletzung bemerkt hätten und ihm auf der Militärbasis in Kismayu den rechten Unterarm amputiert hätten. Anschließend sei er in die MSF-Klinik nach Gelib verlegt worden, und sie bäten nun um die Übernahme des Patienten.

In Gelib wird Salad über mehrere Wochen ausschließlich von dem lokalen Personal und UN-Sanitätern versorgt. Die Sicherheitssituation läßt die Anwesenheit von internationalen Mitarbeitern nicht zu.

Gesprächssituation

Das Gespräch mit dem 15-jährigen Salad findet am 3. Juli 1993 in der Klinik in Gelib statt.

Beim Betreten der Klinik kauert Salad zusammengesunken auf einer Plastikplane am Boden. Der Vater hockt neben ihm. In der Klinik wird auf feste Betten verzichtet, um so einem unnötig langen Aufenthalt der Patienten entgegenzuwirken. Salad ist ein zierlicher und für sein Alter kleiner Junge. Während der Visite wird der Verband an dem Amputationsstumpf abgenommen. Die Wunde ist sauber verheilt und Salad bleibt zum ersten Mal ohne Verband. Die Augen hält Salad überwiegend geschlossen. Er könne auf beiden Augen außer gelegentlichen Schattenbewegungen nichts sehen. Als er die Augen öffnet, erscheint die Hornhaut beider Augen trüb, das übrige Auge ist beidseits reizlos.

Salad und sein Vater stimmen ohne zu Zögern einem Gespräch zu. Einer der Pfleger übersetzt. Die Untersuchende setzt sich mit der kleinen Gruppe in den Schatten eines blühenden Bougainvilleabaums in den Klinikhof.

Während des Gespräches ist Salad neugierig und aufgeschlossen. Er lacht oft über die Fragen und wundert sich an mancher Stelle, warum dies oder jenes von Interesse sei. Nachdem der Dolmetscher die Untersuchende vorgestellt und den Hintergrund des Gespräches erläutert hat, überrascht Salad mit seiner ersten Frage: "Ob Kinder, die in Deutschland Opfer würden, genug Hilfe bekämen?"

Gesprächsergebnis

Salad lebt in einer typischen halbnomadischen Familie. Er ist mittleres von acht Kindern. Seine Brüder sind 4, 10, 13 und 18 Jahre alt; seine zwei Schwestern sind 7 und 22 Jahre alt. Beide Eltern sind am Leben und die Familie lebt bis auf die älteste, verheiratete Tochter zusammen in Jontoi, einer kleinen Siedlung nahe der Stadt Kismayu.

Salad erzählt, daß er sich seinem zwei Jahre jüngeren Bruder am nächsten fühle. Mit ihm verbringe er die meiste Zeit. Salads Aufgabe in der Familie sei es gewesen, die Rinder zu hüten und sie zu neuem Weideland und Wasserstellen zu führen. Der übrige Tag sei nach seinen Angaben mit Spielen und Maiskochen ausgefüllt. Es sei eine gute Zeit für ihn gewesen, fügt er hinzu.

Auf die Frage, ob er sich an den Tag seines Unfalls noch erinnern könne, fängt er an fließend zu erzählen:

Es sei ein heißer Tag gewesen. Er sei früh aufgestanden und habe sich wie jeden Morgen gewaschen und gefrühstückt - Brot und Tee. Dann habe er mit seinem 12-jährigen Freund die Rinder beaufsichtigt. Sie seien auf der Weide gewesen und hätten die Herde gegen Mittag zum Trinken an den Fluß geführt, um sie anschließend wieder auf die Weide zu bringen. Die Herde sei weit verstreut gewesen. Sein Freund wäre mit einigen Rindern weit vor ihm gewesen. Er sei ziemlich weit zurückgeblieben. Dann habe er dieses schwarze runde Ding gefunden und es aufgehoben. Er habe sich gefragt, was es wohl sei, und ob es zerbrechen würde, wenn er damit spiele. Er habe damit wie mit einem Ball gespielt, es in die Luft geworfen und wieder aufgefangen. Dann sei es explodiert. Er sei für vielleicht 30 Minuten bewußtlos gewesen. Dann sei er erwacht und zum nächsten Dorf gelaufen, wo er Wasser zu trinken bekommen habe. Von dort habe man ihn nach Baar gebracht, wo ihn die belgischen Truppen aufgelesen und nach Kismayu ins Krankenhaus gebracht hätten. Salad wird gefragt, was mit seinem Freund passiert sei und wie er es geschafft habe ins Dorf zu laufen. Sein Freund habe von dem, was passiert sei, nichts mitbekommen. Er wisse nicht, ob er die Explosion gehört habe. Starke Schmerzen habe er nicht gehabt, und das Dorf sei nicht weit weg gewesen. Er habe kaum sehen können und sich an den Geräuschen orientiert und sei auf dem Weg zweimal hingefallen. Seine Hand sei abgebombt (bombed off) gewesen und die Knochen zerstört.

Als es im weiteren Verlauf des Gesprächs um die unmittelbaren Folgen dieser Verletzung für ihn und sein weiteres Leben geht, antwortet Salad zunächst nicht. Nach wiederholter Frage übersetzt der Dolmetscher, daß er es nicht erzählen möge, aber wenn die Untersuchende es denn unbedingt wissen wolle: Natürlich habe sich sein Leben verändert. Er sei jetzt behindert und blind und könne nichts mehr machen. Seine einzige Hoffnung sei, daß seine Augen operiert werden könnten.

Dann erzählt Salad flüssig weiter. Kleine Fortschritte, sich in der Dunkelheit zu bewegen, habe er schon gemacht. Aber der Versuch ohne Hilfe zu essen, sei immer wieder frustrierend. Die Übung und Gewöhnung würden ihm einfach viel zu viel Geduld abverlangen, die habe er nicht. Er bemühe sich aber sehr, sich an die neue Situation anzupassen.

Auf die Nächte angesprochen, erzählt Salad, daß er nicht gut schlafen könne. Er sei immer traurig, weil er blind sei und könne deshalb nicht schlafen. Oft habe er Alpträume. Er träume, daß sein ganzer Körper brenne und wache davon auf und könne anschließend nicht wieder einschlafen. Wenn er nicht wieder einschlafen könne, denke er viel über sein künftiges Leben nach. Er habe keine Vorstellung, wie es werden würde. Er würde viel ans Lernen, an die Schule und an die Möglichkeit einer Augenoperation denken. Wenn Salad sich ganz schlecht fühle, wecke Salad seinen Vater in der Nacht. Scherze mit seinem Vater zu machen und sich mit Leuten zu unterhalten, würde ihm über seine Traurigkeit hinweghelfen.

An dieser Stelle schaltet sich der Vater ins Gespräch ein. Er beschreibt, was für ein fröhlicher, beliebter Junge Salad vor dem Unfall gewesen sei. Er mache sich wegen Salads depressiver Verfassung große Sorgen.

Salad wird dann noch gefragt, vor was oder wann er sich im Krieg am meisten gefürchtet habe, und ob außer ihm noch jemand aus der Familie direkt vom Krieg betroffen sei. Am meisten habe er sich gefürchtet, als das Krankenhaus in Kismayu angegriffen wurde, und er mit seinem Vater auf dem Laster fliehen mußte. Die Familie habe den 20-jährigen Bruder verloren. Er sei vor Kismayu erschossen worden.

Zusammenfassende Beurteilung

Salad zeigt viele der in der Literatur beschriebenen normalen Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis. Die Explosion der Landmine, die

Zerstümmelung seiner Hand und die Augenverletzung bereiten ihm Schlafstörungen und Alpträume. Es kommt zum wiederholten Durchleben des Unfallereignisses. Depressionszustände und Ängste sowie ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit verbunden mit realen Zukunftsängsten quälen Salad Tag für Tag. In seinem eigenen System versucht er diesen Gefühlen entgegenzusteuern, indem er davon träumt, die Schule zu besuchen und eine Augenoperation zu bekommen, durch die er wieder sehen kann. Seine Eingangsfrage, ob Kinderopfer in Deutschland genügend Hilfe bekämen, erscheint fast als indirekte Forderung nach Kompensation für sich selbst. Die Bedeutung einer Kompensationsleistung als Beitrag zu einer Versöhnung, in diesem Fall mit dem eigenen Schicksal, liegt nahe. Salad erfährt große Unterstützung durch seinen Vater, der ständig anwesend und ansprechbar ist. Da die Situation in Somalia ohne jegliche Perspektive ist, sind Salads Ängste sehr real. Durch seine körperliche Behinderung ist er nicht in der Lage selber für seinen Lebensunterhalt zu sorgen. Ohne geeignete Rehabilitationsmaßnahmen wird er eine zusätzliche Last für seine Familie und vermutlich sozial isoliert sein. Es besteht die Gefahr, daß sich seine Depressionszustände chronifizieren und er langfristig psychische Probleme entwickelt.

Salad wurde nicht fotografiert.

Alle anderen Kinder waren mit einer Veröffentlichung ihrer Fotos im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte ausdrücklich einverstanden.

4. Diskussion

Der anhaltende Krieg in Somalia mit seinen weitreichenden Folgen ist ein Beispiel unter vielen, daß jeder moderne Krieg als ein Krieg gegen Kinder angesehen werden muß. Allein auf der Grundlage der Entwicklung von Todeszahlen unter der Zivilbevölkerung und dem proportionalen Anteil von Kindern an der Gesamtbevölkerung, kann gesagt werden, daß auf zehn Menschen, die in heutigen Kriegen sterben, neun Zivilisten fallen, von denen sechs Kinder sind (Ahlström, Nordquist 1991). "Unter diesen Bedingungen ist es angesichts ständig neu hinzukommender Zahlen schwierig, die Sorge um den einzelnen Menschen aufrechtzuerhalten. Doch jede Zahl in einer Statistik hat einen Namen, ein Gesicht, eine Geschichte und eine Familie" (Straker et al 1993).

Die vorliegende Untersuchung über die psychosozialen Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die Gesundheit von somalischen Kindern beschreibt in einem Ausschnitt die Geschichte von sieben Kindern auf ihrem aktuellen familiären, soziokulturellen und politischen Hintergrund. Die Beobachtungen aus Kenia und Somalia werden im folgenden ins wissenschaftliche Umfeld eingebracht und diskutiert.

Die internationalen Bemühungen für den Schutz von Kindern im Kriegsfall haben bisher zu keiner sichtbaren Verbesserung ihrer Situation geführt. Somalias Diktator Barre fühlte sich bei seiner Strategie der verbrannten Erde - Zerstörung von Siedlungen und Wasserstellen, Vernichtung von Viehherden, Verlegung von Landminen - durch kein internationales Recht gebunden (Eikenberg 1995). Nach Auflösung der Staatsregierung in Somalia half ebenfalls keine der UN-Konventionen, die Kinder vor den Folgen von Gewalt und Anarchie zu schützen. Im Gegenteil, in heutigen Kriegen, auch in Somalia, werden Kinder und Zivilbevölkerung bewußt zur Zielscheibe im Kampfgeschehen. UNICEF veröffentlicht 1996, zum 50-jährigen Bestehen, den Jahresbericht "Zur Situation der Kinder in der Welt" mit einem Schwerpunkt über Kinder im Krieg. Mit zehn Thesen gegen den Krieg bemüht sich UNICEF, ergänzend zu den völkerrechtlichen Konventionen, realistische und wirkungsvolle Schritte für den Schutz von Kindern in Kriegssituationen aufzuzeigen. Zwei wichtige Schwerpunkte der Thesen sind die Ächtung von Waffenlieferungen und

Produktion bzw. Export von Antipersonenminen als präventive Schutzmaßnahme, sowie die Förderung von Demobilisationsprogrammen von Ex-Kindersoldaten als psychosoziale Reintegrationshilfe nach Beendigung des Kriegs.

Internationale Konventionen und Normen können immer nur Meilensteine eines Prozesses sein und bedürfen ständiger Überprüfung. Fehlende Sensibilität für bestimmte Situationen, und die rigide Anwendung von scheinbar universellen Normen kann unter Umständen mehr Schaden verursachen als helfen. Ein Fallbeispiel, vorgestellt auf der Konferenz "Children, War and Persecution - Rebuilding Hope", Maputo 1996, bringt dies deutlich zum Ausdruck:

Während des Demobilisationsprogrammes für Soldaten nach Kriegsende in Mozambik, beschlossen die UN und die mozambikanische Regierung, daß ehemalige Kämpfer unter 15 Jahren kein Anrecht auf Kompensationszahlung haben, weil sie nach internationalem Recht nicht als Soldaten anerkannt sind. Das Beispiel des Jungen Sambo zeigt, wie sich für ihn, aus der u.a. zu seinem Schutz entwickelten UN-Kinderkonvention, gravierende Nachteile für seine Zukunft ergeben. Sambo wurde im Alter von 9 Jahren von der Renamo gekidnapped und kämpfte fünf Jahre bis zum Waffenstillstand als Kindersoldat. Während des Prozesses der Demobilisation demonstrierte der inzwischen 14-jährige gemeinsam mit einigen seiner jungen Freunde vor dem Renamo-Hauptquartier, um gegen seinen Ausschluß von den Kompensationszahlungen zu protestieren. Mehrere NGO's wurden gebeten, bei der Zusammenführung der Ex-Kindersoldaten mit ihren Familien zu helfen oder gegebenenfalls alternative Fürsorge zu organisieren. Sambo, dessen Eltern im Krieg gestorben waren, wurde zu seiner Großmutter gebracht. Sambo war unglücklich und fühlte sich betrogen, weil er glaubte, er habe wie die anderen Kämpfer Anspruch auf die Kompensationsleistungen, die allen Soldaten nach Demobilisation zustanden. Seine Großmutter glaubte ebenfalls, daß Sambo von der Reintegrationshilfe hätte profitieren sollen (Honwana 1996).

Sambo wurde in zweierlei Hinsicht zum Leidtragenden. Er ist nicht nur Opfer der politischen Gewalt (Waisenkind und Kindersoldat) sondern auch Opfer der Ungerechtigkeit, die aus der rigiden Anwendung der

Mechanismen resultiert, die eigentlich geschaffen wurden, ihm bei der Überwindung der Kriegstraumata und der sozialen Reintegration in die Gesellschaft zu helfen.

Es fällt auf, daß sich neben den absolut notwendigen Forderungen nach Kriegsverhütung, durch Beseitigung von Kriegsursachen und verstärktem Engagement für gewaltfreie und politische Konfliktlösung und Programmen, die sich auf Heilung im Sinne von Reparatur der aufgetretenen Schäden konzentrieren, wenig Interventionsmodelle zur Schadensbegrenzung finden lassen. Dies trifft zumindest für den Bereich der psychosozialen Gesundheit von Kindern in aktuellen Kriegssituationen zu; die physische Gesundheit und Überlebenshilfe wird durch die Medizin im Bereich *Emergency Public Health* deutlich verbessert.

Die vorliegende Arbeit beschreibt einige Gründe hierfür: Unter den gefährlichen Bedingungen anhaltender Kämpfe ist es schwierig herauszufinden, welche der unzählbaren traumatischen Ereignisse krankmachende Wirkung haben. Wasser, Nahrung, Unterkunft und medizinische Versorgung haben Priorität in der Hilfe für die notleidende Bevölkerung. Fehlende Sicherheit erschwert den Zugang zu den Kindern, wodurch wenig über die Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Erfahrung gebracht werden kann. Begrenztes Verständnis und Wissen über die lokale Situation bei den Forschenden und zu wenig multidisziplinäre Untersuchungsansätze sowie das fehlende know-how auf lokaler Ebene haben auch die Möglichkeiten dieser Arbeit eingeschränkt.

Fehlende Kraft, Energie und oftmals auch fehlende Einsicht, sich während einer anhaltenden Kriegssituation um das mentale und seelische Wohlbefinden zu sorgen, müssen geklärt und überwunden werden. Viele somalische Mitarbeiter stellten gegenüber der Untersuchenden immer wieder fest, daß zuerst die politischen Probleme gelöst werden, die Versorgung und Sicherheit wiederhergestellt und Bemühungen um Gerechtigkeit und Wiedergutmachung sichtbar sein müßten, bevor es Sinn mache, sich um den Frieden in den Seelen zu bemühen. Die gleichen Argumente sind der Untersuchenden von Eltern aus anderen Kriegsgebieten (kurdisches Gebiet der Türkei; Mindano, Philippinen) in Gesprächen über die psychosoziale Situation der Kinder entgegengebracht worden.

Weitere Untersuchungen in gegenwärtigen Kriegsgebieten zu der Frage, ob und wie die psychische Gesundheit bei anhaltender Gewalt und Ungerechtigkeit geschützt und gepflegt werden kann, können neue Erkenntnis für die therapeutische Arbeit und vielleicht sogar Einfluß auf den Konflikt selber bringen.

Die Wiederherstellung von Gerechtigkeit und Kompensations- oder Reparationsleistungen sind entscheidend dafür, ob nach Waffenstillstands- und Friedensabkommen ein nachhaltiger Prozeß der Versöhnung einen erneuten Kriegsausbruch verhindern kann.

In der Republik Somaliland wurden diese Fragen nach der Unabhängigkeitserklärung von 1991 in vielen lokalen Friedensabkommen geregelt:

Vereinbarungen über den Austausch von Gefangenen, über die Rückgabe von geraubtem Vieh und anderem beweglichen Eigentum, über die Rückkehr von vertriebenen und vor Vergeltungsakten geflohenen Anwohnern und über die gemeinsame Nutzung von Weideflächen und Wasserstellen entsprechen ebenso wie die Besiegelung eines Abkommens durch Heiraten zwischen den Clans dem Gewohnheitsrecht. Der Anspruch auf Kompensation für getötete Clanangehörige ("diya", Blutgeld) wurde aber für alle vor Inkrafttreten des Abkommens Getöteten in allen dokumentierten Vereinbarungen annulliert, da die Zahl der Opfer der Kämpfe zu groß war. Bei einem Bruch des Abkommens verliert die angreifende Seite jeden Kompensationsanspruch, für Tote auf Seiten des angegriffenen Clans haften die Täter und deren unmittelbare Angehörige allein, nicht mehr die aus mehreren Clansegmenten bestehende "diya"-Gemeinschaft. Durch die Einführung einer persönlichen Haftung sollte erreicht werden, daß die als "deydey" bezeichneten Teile der Milizen, die ihren Lebensunterhalt mit Raub bestreiten und sich der Autorität der ältesten nicht mehr beugen, nicht die Gemeinschaft insgesamt belasten oder ihretwegen das Friedensabkommen zusammenbricht (Eikenberg 1995).

Erst nach Einstellung der Kampfhandlung und einer Neuregelung traditioneller Verhaltensweisen gelang es den Menschen in Somaliland den Teufelskreis der Gewalt zu durchbrechen.

Für Mohamed Salah aus dem Krankenhaus in Südsomalia, der absichtlich von einem Jungen angeschossen wurde, mehrere Jahre aufgrund der

schweren Verletzung unter primitivsten Bedingungen im Krankenhaus leben mußte und seither von seinen Rachephantasien getrieben wird, ist dieser sozialpolitische Kontext eine wichtige Bedingung wenn nicht Voraussetzung für die Verarbeitung seiner Schmerzen und Wut und die einzige Möglichkeit, seinem ehemaligen Freund zu verzeihen.

Für die Kinder nomadischer Familien aus dieser Untersuchung (Zeynab, Mohamed Shale und Mahat und Mohamed Bakari) müssen die Voraussetzungen für eine Rückkehr zu ihrer ursprünglichen, gesunden Lebensgrundlage noch geschaffen werden. Das Morden und Rauben muß beendet, die traditionelle Blutrache rückwirkend ausgesetzt und Kompensationsleistungen für geraubtes Vieh sowie Nutzungsrechte für Weide- und Wasserstellen neu verhandelt werden. Zusätzlich bedarf es in dieser Region einer internationalen Unterstützung, die die hohen Verluste des Viehs durch die Dürreperiode mit einer Aufstockung der Viehbestände als Starthilfe kompensiert.

Für Kinder wie Mohamed Shale und Mohamed Bakari, die sich beide mit ihren Aufgaben und der nomadischen Lebensweise identifizieren, hat die gesellschaftliche Versöhnung eine entscheidende Bedeutung für ihre persönliche Weiterentwicklung von Identität und Selbstwertgefühl. Gelingt es der Gesellschaft zu einem friedvollen Nebeneinanderleben zurückzukehren, können die Kinder entweder ihr Hirtenleben wieder aufnehmen oder mit der Vergangenheit abschließen und sich den neuen Herausforderungen eines Lebens im Dorf oder der Stadt stellen.

Wissenschaftliche Untersuchungen und Langzeitstudien über die psychischen Auswirkungen von Krieg auf Holocaustüberlebende sowie Untersuchungen über die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs auf die Kinder der Holocaustüberlebenden bilden eine Grundlage der Traumaforschung und zeigen die Langzeitfolgen für die folgenden Generationen auf: Chronische Angstzustände, Schwierigkeiten bis hin zur Unfähigkeit, das Leben zu genießen, Bindungen einzugehen und Vertrauen oder ein "sense of belonging" zu entwickeln sowie hypochondrisches Verhalten, starke Schuld- und Schamgefühle und Aggressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen von Holocaustüberlebenden. Diese können bis ins Erwachsenenalter und häufig über Jahrzehnte hinweg persistieren. Die Kinder von Holocaustüberlebenden leiden unter Separations- und

Individuationsproblemen, übersteigter Identifikation mit ihren traumatisierten Eltern, Depressionen, Schuldgefühlen und Aggressivität (Santa Barbara 1997). Beschreibungen von generationsübergreifenden Kriegstraumatisierungen finden sich nicht nur in wissenschaftlichen Arbeiten und in Krankenakten von Therapeuten, sondern auch in Erzählungen von Verwandten und in Autobiographien bekannter Autoren in der Literatur wieder. So beschreibt Doris Lessing beispielsweise, wie sie über ihre ganze Kindheit und Jugend unter dem Eindruck der Kriegsfolgen ihrer Eltern steht. Das Holzbein ihres beinamputierten Vaters und seine Verbitterung und Desillusionierung haben tiefen Einfluß auf ihre eigene emotionale Gesundheit:

Dann gab es die Kriegsversehrten, darunter meinen Vater, und die Menschen, deren Kräfte nie zum Tragen kamen, weil ihr Leben durch den Krieg aus der Bahn geworfen wurde - zu ihnen gehörte meine Mutter. ... Ich hatte lange das Gefühl, als hätte über meiner frühen Kindheit eine dunkelgraue Wolke gehangen wie Giftgas. ... Wir sind alle vom Krieg geprägt, vom Krieg verbogen und verzogen, aber das scheinen wir zu vergessen (Lessing 1994).

Weitere Studien über Kinder in gegenwärtigen Kriegen u.a. aus Irland, Israel, den palästinensischen besetzten Gebieten, Mozambique, Südafrika, Nicaragua, Irak, Libanon und mit dieser Untersuchung auch aus Somalia tragen dazu bei, seelische Verletzungen durch Gewalt und Krieg bei Kindern beschreiben und verstehen zu lernen. Die Forschung muß fortgesetzt werden, damit das Ausmaß an psychischer Traumatisierung durch extreme Belastungssituationen für Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Entwicklungsphasen sowie in unterschiedlichen kulturellen und sozialen Umgebungen besser erfaßt (gemessen) wird, und geeignete präventive und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden können.

Nur wenige begabte Kinder haben ihre Erlebnisse selber niedergeschrieben, wie beispielsweise im Tagebuch der Anne Frank und "Empire of the Sun", einem außergewöhnlichen Bericht eines Jungen aus einem japanischen Kriegsgefangenenlager (Santa Barbara 1997). Die 15-jährige Anne Frank schrieb am 15. Juli 1944, wenige Tage bevor sie in einem nationalsozialistischen Konzentrationslager starb, folgende Zeilen in ihr Tagebuch:

Ich sehe, wie die Welt langsam immer mehr in eine Wüste verwandelt wird, ich höre den anrollenden Donner immer lauter, der auch uns töten wird, ich fühle das Leid von Millionen Menschen mit. Und doch, wenn ich zum Himmel schaue, denke ich, daß sich alles wieder zum Guten wenden wird, daß auch diese Härte aufhören wird, daß wieder Ruhe und Frieden in die Weltordnung kommen werden (Frank 1947).

Fast überwältigend erscheint Annes ungebrochene Hoffnung auf ein gutes Leben in Frieden, und wirft die Frage nach den inneren und äußeren Ressourcen der Kinder und ihrer sozialen Umgebung auf, die sie vor den zerstörerischen Kräften von Krieg und Gewalt schützen und ihnen zu einem Neuanfang mit gelungener Integration der traumatisierenden Ereignisse verhelfen.

Zu den in der Literatur beschriebenen inneren Ressourcen von Kindern zählt an erster Stelle die Qualität einer frühen Eltern-Kind Beziehung als protektiver Faktor. Für Kinder ist die Erfahrung einer stabilen emotionalen Entwicklung der wichtigste Baustein für ihre gesamte Entwicklung. Das Aufwachsen in einer warmen, umsorgenden und sicheren Umgebung gilt als Fundament für die Entwicklung von Selbstvertrauen, psychischer Stabilität und dem Glauben, daß das Leben an sich gut ist. Zu weiteren protektiven Faktoren zählen das Alter und die kognitive Kompetenz des Kindes. "Being smart helps". Fortgeschrittene Reife in der intellektuellen Entwicklung eines Kindes ermöglicht ihm ein rationales Angehen und Bearbeiten von belastenden Situationen und schützt vor vereinfachenden Erklärungsmustern. So hat ein Kleinkind, das noch ganz unter dem Eindruck der Omnipotenz der Eltern lebt, noch nicht die kognitive Erfahrung, sich den Zusammenbruch um sich herum und das "Versagen" der elterlichen Schutzfunktion zu erklären. Umgekehrt können ältere Kinder unter traumatischen Ereignissen leiden, die vom Säugling oder Kleinkind nicht wahrgenommen werden und ins "affektive Nichts" fallen. Aktive, zielorientierte und sozial integrierte Kinder finden sich in extrem belastenden Situationen besser zurecht als Kinder, die in Streßsituationen mit passivem Rückzug reagieren. Den lebhaften Kindern scheint es erheblich leichter zu fallen, die nötigen Ressourcen zum Überleben aus der Umgebung für sich zu mobilisieren, wobei sie sich aktiv daran beteiligen, die Situation zu meistern. Kinder, die abwartend und desillusioniert reagieren, scheinen ihre psychische Verletzlichkeit noch zu erhöhen. So gehören Konstitution und Temperament von Kindern

ebenfalls mit zu inneren Ressourcen von Kindern mit protektiver Wirkung. (Rotenberg, Garbarino 1991, Riedesser et al 1996).

Die familiäre Situation vor und während der Kriegssituation beeinflussen die Bewältigungsmöglichkeiten eines Kindes erheblich. Es macht einen Unterschied, ob die bisherigen familiären Beziehungen tragfähig waren oder schon vor dem Krieg durch Alkoholprobleme, Kriminalität, Gewalt und Trennungen belastet waren. Die Reaktionen der eigenen Eltern auf traumatisierende Ereignisse beeinflusst die psychische Situation der Kinder in der Kriegssituation. Kinder mit Eltern, die in der Notsituation Rollenvorbilder sind und ihnen Kompetenz und Furchtlosigkeit signalisieren, sind weniger negativ betroffen von Gewalt und Bedrohung, als Kinder, deren Eltern die Kontrolle über die Situation verlieren und aus psychischer Überlastung handlungsunfähig werden. Einige äußere protektive Faktoren fallen weg, je älter ein Kind wird. Für ältere Kinder wird es z. B. immer unwahrscheinlicher, gemeinsam mit den Eltern zu flüchten, weil sie sich in der Schule auf dem Feld oder im Busch befinden, wenn Ereignisse zur Flucht zwingen. Auch die Bereitschaft der Erwachsenen, sich auf der Flucht oder in Lagern um unbegleitete Kinder zu kümmern, nimmt mit zunehmenden Alter der Kinder ab (McCallin 1992).

Für die somalischen Kinder muß festgehalten werden, daß durch die komplexe Notsituation viele Familien über weite Strecken nicht in der Lage waren, ihre elterliche Versorgungs- und Schutzfunktion aufrechtzuerhalten. Geschwächt von Hunger und Krankheit, apathisch, handlungsunfähig und voller Furcht können sie keine Rollenvorbilder für ihre Kinder sein. Eine Untersuchung über die psychosoziale Situation von Kindern im Irak ein Jahr nach Golfkriegsende und nach totalem Zusammenbruch der Infrastruktur und dem internationalen Embargo, das Lebensmittel und Medikamente lange Zeit miteinschloß, ergab: Drei Viertel der interviewten Kinder waren traurig und unglücklich, vier von fünf Kindern fürchteten, ihre Familien zu verlieren und zwei Drittel bezweifelten, daß sie ihr Erwachsenenalter noch erleben würden. Das Ergebnis der Studie wurde von den untersuchenden Psychologen als die bei Kindern schwerste und weitreichenste psychologische Folge angesehen, die sie in ihrer zehnjährigen Erfahrung in Kriegsgebieten beobachten konnten (Hoskin 1993).

In Fällen der Somali, bei denen die familiäre Situation hoffnungsvoller ist als die oben beschriebene, spiegelten sich die Wechselbeziehungen von

Eltern und Kindern direkt in der psychischen Widerstandskraft der Kinder wieder. So erzählt Mohamud Ahmed Dol, der 11-jährige Junge aus Kismayu, daß er sich in der immer wieder umkämpften Stadt sicher fühle und beschreibt, was er dagegen tut, wenn ihn doch einmal die Angst befällt: "Wenn nachts ganz in unserer Nähe gekämpft wird und die Menschen fliehen, stehe ich auf und wir [Mutter, Tante, Schwester] gehen alle in ein Zimmer. Wir reden dann darüber, wer wo kämpft und ob die Schießereien in der Nähe oder weiter entfernt sind. Meistens schlafen wir dann alle zusammen in einem Bett weiter." Mohamud Ahmed besitzt mit seinen inneren und äußeren Ressourcen die optimalen Bedingungen, nicht von den schrecklichen Ereignissen und Erfahrungen psychisch überwältigt zu werden. Die 4-jährige Zeynab aus dem *Feeding Center* in Alimao dagegen ist das traurige Beispiel für die umgekehrte Situation. Die familiäre Betreuungssituation, die Erfahrungen aus ihrer jüngsten Kindheit, ihr junges Alter und geringe emotionale und kognitive Reife sowie ihr absolut zurückgezogenes Verhalten verstärken ihre psychische Verletzlichkeit. Es scheint, als ob sie alle verbleibende Kraft dafür aufwendet, durch ihren Mutismus ihre Not zu signalisieren. Es reicht aber nicht, um die nötigen Ressourcen aus ihrer Umgebung zu mobilisieren. Die protektiven Faktoren bei den anderen interviewten Kindern liegen irgendwo zwischen denen von Mohamud Ahmed und Zeynab. Erwähnenswert ist das besonders große Bedürfnis von dem 15-jährigen Salad, der Opfer einer Landminenexplosion wurde. Er wird die ständige Anwesenheit und Ansprechbarkeit seines Vaters noch für eine längere Zeit brauchen. Kinder und Jugendliche, die in Folge von Kriegs- oder Landminenverletzungen bleibende Schäden davontragen oder gar behindert werden, beispielsweise durch Gliedmaßenamputationen, Lähmungen und Blindheit, sind am meisten gefährdet, auch langfristige psychische Schäden zu entwickeln (ICRC 1996). UNICEF schätzt, daß 4 Millionen Kinder in den letzten 10 Jahren mit Behinderungen durch Kriegs- und Landminenverletzungen leben müssen. 115 Millionen Landminen in über 68 Ländern töten und verstümmeln zehntausende von Menschen Jahr für Jahr - alle 90 Minuten trifft es ein Kind. Die Versorgung mit Prothesen und physikalischer Rehabilitationstherapie ist in vielen Ländern gar nicht oder nur für wenige Menschen vorhanden.

Wenn psychische Traumatisierung bekannt ist und verstanden wird, können die Auswirkungen auf die emotionale Gesundheit der Kinder

untersucht und heilende sowie präventive Maßnahmen ergriffen werden. Anna Freuds Untersuchungen an Kindern im Zweiten Weltkrieg, die den Anfang der Entdeckung von psychischen Traumatisierungen bei Kindern im Zusammenhang mit Kriegsgeschehen bilden, haben bis heute weitreichende Folgen für die Hilfsmaßnahmen in Kriegssituationen.

Unter der Leitung von Anna Freud entstanden Kriegskinderheime im Umkreis von London, um einer begrenzten Anzahl von Kindern durch eine Evakuierung während der Bombenangriffe auf London ein sicheres Zuhause zu bieten. In ihren Untersuchungen verglich sie das psychische Wohlergehen dieser evakuierten, von ihren Eltern getrennt lebenden Kinder, mit Kindern, die während der Bombenangriffe mit ihren Familien weiterhin in der Stadt lebten.

Der Krieg bedeutet der Mehrzahl der Kinder wenig, solange er nur ihre körperliche Sicherheit bedroht, ihre Lebensbedingungen verschlechtert und ihre Rationen kürzt; er gewinnt erst einschneidende Bedeutung, wenn er den Familienverband auflöst und damit die ersten Gefühlsbindungen der Kinder an ihre nächsten Angehörigen erschüttert. Viele Kinder haben aus diesem Grunde die Aufregungen der Londoner Bombardements besser vertragen als die zu ihrem Schutz vorgenommene Evakuierung aus der Gefahrenzone (Fuchs 1992).

Zu den von Freud beschriebenen Trennungs- und Verlustreaktionen insbesondere bei Kleinkindern gehören ein großes Anklammerungsbedürfnis, Verlust von Eigenständigkeit und Entwicklung regressiven Verhaltens, gesteigerte Bedeutung von Übergangsobjekten und schwere Identitätsstörungen mit drohender Persönlichkeitsspaltung (Freud 1943). Freud hebt hervor, daß die Reaktionen von Kleinkindern auf die vorübergehende, plötzliche Trennung von der Mutter gleichbedeutend sind mit Reaktionen, die Kinder auf den Tod ihrer Eltern zeigen. Die Frage nach Leben oder Tod in der realen Welt liegt jenseits des affektiven Verständnisses des Kleinkindes. Nach Freud sind Bewältigungsversuche von Verlustängsten und Separationstraumata besonders erfolgreich, wenn in der Fürsorge für Kinder drei Grundbedürfnisse befriedigt werden, nämlich das Bedürfnis nach einer engen emotionalen Wechselbeziehung zu einer Mutterfigur, das Bedürfnis nach breiter und beständiger Anregung angeborener Potentiale und das Bedürfnis nach ungebrochener Kontinuität der Pflege (Fuchs 1992).

Bei der Versorgung von Kindern in *complex humanitarian emergencies* muß allerdings davon ausgegangen werden, daß es nicht gelingt, auch nur einem dieser Bedürfnisse annähernd gerecht zu werden, wie die vorliegende Untersuchung aus Somalia zeigt.

In heutigen Situationen von Kriegswirren, Flüchtlings- und Rückkehrerströmen werden immer wieder Kinder von ihren Eltern getrennt. Auf der Suche nach ihren Angehörigen irren die Kinder hilflos in den Menschmassen umher, stolpern über die im Straßengraben liegenden Leichen oder kauern hilflos bei der toten Mutter, bis sie von irgendjemandem aufgelesen und bei einer Sammelstelle abgegeben werden. Dort sitzen sie dann mit weißen Pflastern auf der Stirn, welche ihre Registrationsnummern tragen; Kinder die schweigen, ihren Namen nicht nennen, ihn vergessen haben oder zu jung sind, sich zu erinnern.

UNICEF und UNHCR veröffentlichten 1992 gemeinsame Richtlinien für die Evakuierung von Kindern aus Kriegsgebieten, die einer Trennung von Kindern und Eltern vorbeugen sollten. Es werden vor allem zwei Kriterien genannt, die weitere seelische Verletzungen verhindern sollen: "Zum einen sollten Mütter gemeinsam mit allen ihren Kindern evakuiert werden, um eine Trennung der Familie zu vermeiden. Zum zweiten sollte die Evakuierung von Kindern sorgfältig durchgeführt werden, damit Familien später wieder zusammengeführt werden können (UNHCR 1994)." Es gilt bei diesen Richtlinien zu bedenken, daß Flucht nie planmäßig verläuft, und beispielsweise *internally displaced populations* auf ihrer Flucht im eigenen Land durch diese Richtlinien nicht geschützt werden.

Als positives Beispiel für einen Massenexodus aus jüngster Zeit muß an dieser Stelle vom Umgang mit unbegleiteten Kindern aus Ruanda berichtet werden. Es ist ein Beispiel dafür, daß nicht nur durch kostenspielige Interventionen und aufwendige Programme sondern auch mit Phantasie, Kreativität und Einfühlsamkeit etwas für das Wohlbefinden der Kinder erreicht werden kann. Letztere Erfahrungen werden selten veröffentlicht und sind damit für Helfer in Kriegssituationen kaum verfügbar.

In Ruanda mußten 1994 rund 114.000 unbegleitete Kinder, deren Eltern entweder tot waren oder in den Kriegswirren verlorengingen, betreut werden. Die Aktionen im Zusammenhang mit diesen unbegleiteten Kindern sind beispielhaft. Gesponsert durch die Firma Kodak werden alle unbegleiteten Kinder in den Camps photographiert. Die Photos

werden zusammen mit den persönlichen Angaben und Merkmalen an zentralen Stellen in den Lagern ausgehängt. Ihre Namen und Angaben werden täglich über Radio Ruanda bekannt gegeben und von Hilfsorganisationen in einer Kartei dokumentiert. Zusätzlich bemühen sich Sozialarbeiter in Gesprächen mit verlassenen Kindern und mit Eltern und Familienangehörigen, die ihre Kinder suchen, gezielte Informationen über die Herkunft und das Schicksal der Kinder zu erfahren. Ein mühsamer Prozeß, denn gerade die Kleinen haben oft keine Erinnerung an ihren ursprünglichen Heimatort. In Gesprächen oder beim Spielen erzählen die Kinder manchmal von einem bestimmten Wald, Berg oder Fluß, und mit diesen Informationen versuchen die Helfer die Heimatregion einzugrenzen. Aber auch Kinder, die erinnern wo sie früher gelebt haben, behalten dies oft für sich. MSF Mitarbeiter haben in einem Projekt für unbegleitete Kinder angefangen Abschiedspartys zu feiern. "Wir wollen den Kindern damit zeigen, daß Abschiednehmen auch ein fröhliches Ereignis sein kann. Seit wir das machen, reden viele Kinder viel früher mit uns über ihr ehemaliges Zuhause und geben uns Hinweise für die Suche nach ihrer Familie (Meyer 1997)." Im gleichen Projekt wurde versucht, den Schrecken einer anstehenden plötzlichen Evakuierung der Kinder abzumildern, indem man vorab einen Bus charterte, und spielerisch einübte, innerhalb kürzester Zeit den Bus zu besteigen, um anschließend zu einem Picknick zu fahren.

Bei der Einrichtung von Betreuungsstrukturen für Vollwaisen wird heute vermehrt dafür gesorgt, daß die Kinderprojekte in die bestehenden Dorfstrukturen integriert werden. Es wird versucht, in kleinen Lebensgemeinschaften den Kindern Ersatzmütter und -familien zu bieten und eine beständige Betreuungssituation zu schaffen. Die älteren Kinder besuchen die Dorfschule, nehmen aktiv am Leben der Religionsgemeinschaften teil und helfen bei den alltäglichen Arbeiten, wie Putzen oder Gartenarbeiten. Oft bleibt es schwer abzuwägen, welche Betreuungssituation für Kinder die gesündeste ist. Geschwisterkinder sollten nach Möglichkeit bei der Unterbringung in Pflegefamilien oder in Heimen nicht voneinander getrennt werden. Die Versorgung durch ältere Geschwister ist nichts Ungewöhnliches und bietet den Kindern oft das letzte Stück Familienrückhalt. Eine Untersuchung über das psychische Wohlergehen von vietnamesischen Kindern mit unterschiedlichen Betreuungsformen oder fehlender Betreuung in einem Flüchtlingslager

kommt u.a. zu folgendem Ergebnis: Kinder, die als "Anhängsel" mit fremden Familien leben, sind häufig zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Ihr psychisches Wohlergehen ist im Vergleich zu unbegleiteten Kindern und Kindern mit Familien oder Teilfamilien stärker beeinträchtigt. Dies ist der Fall, wenn sie von ihren Betreuern mißbraucht und ausgebeutet wie beispielsweise verpflichtet werden, die jüngeren Kinder dieser Familie zu versorgen, und somit vom Schulbesuch abgehalten werden (McCallin 1992). Die Folgen einer fehlenden, emotional stabilen Betreuung werden in einem Bericht über den 14-jährigen Benji aus Südafrika sehr deutlich:

Seine Verlegung von Familie zu Familie begann sehr früh in seinem Leben. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte er keinen Überblick mehr über all die Familien, in denen er einmal untergebracht war. Der Grad seiner Deprivation spiegelte sich in den Gründen, die er dafür anführte, weshalb ihm seine damalige Pflegefamilie so gefiel. Es handelte sich um eine Familie mit neun Kindern, dennoch wurde er, anders als in Familien zuvor, von ihren Mitgliedern nicht "als Diener behandelt", der für sie allerlei Besorgungen erledigen mußte. Er erhielt sein Essen gemeinsam mit den anderen und war nicht "immer der letzte". Er bekam auch nicht immer nur die Reste. Er hatte das Gefühl, daß die Mutter der Familie ihm Beachtung schenkte und sich um ihn kümmerte. Es war unübersehbar, daß er eine Bindung zu ihr hergestellt hatte. Dies machte das letztendliche Scheitern der Unterbringung bei dieser Familie noch tragischer (Straker 1993).

Das theoretische Wissen um die Schwere von Separationstraumata und vorhandene präventive Maßnahmen, die dies in Kriegssituationen verhindern sollen, sind so sehr auf die Situation von Flucht, Evakuierung und Betreuung von unbegleiteten Kindern konzentriert, daß sie im "Alltäglichen" kaum bedacht oder angewandt werden.

Im vorherigen Kapitel wird die 4-jährige Zeynab aus dem *Feeding Center* Alimao vorgestellt. Zeynab befindet sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht auf der Flucht und muß auch nicht evakuiert werden. Trotzdem wird dem Mädchen unbeabsichtigt monatelang Tag für Tag eine neue Trennungssituation zugemutet. Es ist unwahrscheinlich, daß ihr mutistisches Verhalten bewußt aufgefallen wäre bzw. den Ursachen dafür nachgegangen worden wäre, hätte diese Untersuchung in ihrem *Feeding Center* nicht stattgefunden. Die Situation im *Feeding Center* ist unübersichtlich und die Prioritäten bei der Versorgung der Kinder liegen

nicht im psychosozialen Bereich. Eine fokussierte Aufgabenstellung, die das Überleben der Kinder durch Ernährung und medizinische Behandlung in diesem Projekt sicherstellen soll, bindet alle Energien. Fehlende Sensibilisierung und Ausbildung bei internationalem und lokalem Personal bezüglich der psychischen und emotionalen Gesundheit von Kindern führt dazu, daß schwere psychische Störungen wie bei Zeynab unerkannt bleiben. Des weiteren herrscht Unkenntnis über die familiären Verhältnisse der Patienten im *Feeding Center*. Im Fall von Zeynab ist es dem Personal von MSF nicht bekannt, daß Zeynab in häuslicher Umgebung mit ihren Brüdern spricht. Es ist auch nicht bekannt, daß einer ihrer Brüder in einem anderen *Feeding Center* untergebracht ist. Die Situation bietet keine vertraute "Ersatzperson", der Zeynab sich anvertrauen kann, um den wiederholten Trennungsschmerz von den Brüdern durch langsamen Übergang zu einer neuen vertrauten Person abzumildern, und Zeynab erlebt somit den "völligen Objektverlust, bei dem das Kind ohne Bindung in einer Art 'Niemandland der Gefühle' existieren muß" (Fuchs 1992). Es wäre ein leichtes gewesen, dafür zu sorgen, daß die beiden jüngeren Geschwister gemeinsam in ein und demselben *Feeding Center* untergebracht werden.

Bei der Auflösung dieser als defizitär empfundenen Situation muß bedacht werden, daß es niemals gelingen kann, auf individuelle Bedürfnisse mit spezifischen Interventionen einzugehen. Eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber einzelnen Schicksalen wird es immer geben und muß ausgehalten werden. Um so wichtiger ist es, durch Untersuchungen wie dieser mehr Informationen über die psychosoziale Situation von Kindern in Kriegen zu erhalten und sie auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen. Neue Erkenntnisse können dann dazu führen, daß beispielsweise bei der Aufnahme von Kindern in ein *Feeding Center* die Familien- bzw. Betreuungssituation erfragt wird, und bei der Beobachtung neben Trinkverhalten und Gewichtsentwicklung auch auf grobe Abweichung beim Sozial- oder Spielverhalten geachtet wird (s. Anhang II: *guidelines for shelter-supervisors*). In der wissenschaftlichen Diskussion sollte darauf geachtet werden, daß Reaktionen auf Trennungstraumata nicht nur in bestimmten Zusammenhängen beschrieben werden, da sonst die Gefahr besteht, für andere Trennungssituationen blind zu werden. Des weiteren muß sie vermehrt auch dort geführt werden, wo sie ihre praktische Anwendung erfährt.

Das Beispiel des somalischen Krieges mit seinen Folgen für die Kinder und Familien macht ebenfalls deutlich, daß das, was sich als *complex humanitarian emergency* darstellt, seine tiefen Wurzeln in lang andauernden sozialen, politischen und wirtschaftlichen Krisen hat. Es fällt schwer festzustellen, wann Somalia in den letzten 30 Jahren nicht im Kriegszustand war. Die Ursachen für zwei internationale Kriege, eine 21-jährige Diktatur und den Guerilla- bzw. Bürgerkrieg seit 1988 konnten hier nur angedeutet werden. Sicher aber ist, daß diese Kriege zusammen mit der Tatsache, daß Somalia zu den ärmsten Entwicklungsländern zählt, eine lange Periode der Gewalt, Unterdrückung und des Leidens für die Zivilbevölkerung bedeuten. Mehrere Kindergenerationen befinden sich in Somalia in einem "ständigen Kriegszustand" mit immer neuen Wellen von extremen Belastungssituationen, wie von Keilson beschrieben (und übrigens auch vom 11-jährigen Mohamud Ahmed Dol aus Kismayu, s.o.). Der Hintergrund aller im vorigen Kapitel beschriebenen Kinder, der besser gestellten und ärmeren, ist von struktureller und alltäglicher Gewalt gekennzeichnet. Durch den anhaltenden Druck der Verschuldung und struktureller Anpassungsprogramme müssen weitere Kürzungen im Gesundheits- und Erziehungssektor sowie bei Lebensmittelsubventionen vorgenommen werden. Während Waffenlieferungen von Industrieländern an Entwicklungsländer von 1987 bis 1994 weiter anhalten, wird die Entwicklungshilfe, insbesondere für Afrika im gleichen Zeitraum zurückgeschraubt (UNICEF 1995, Sivard 1996). Eine vom UN-Sicherheitsrat verabschiedete Resolution zur Verhängung eines Waffenembargos für Somalia wurde zu keinem Zeitpunkt eingehalten oder kontrolliert (Resolution 733, 22. Januar 1992). Wenig verwunderlich, wenn man bedenkt, daß das Horn von Afrika und die arabischen Länder am Golf von Aden zu den größten Drehscheiben des internationalen Waffenhandels gehören und die fünf weltweit führenden Waffenexportländer die fünf ständigen Mitglieder des UN-Sicherheitsrates sind (UNICEF 1995, Sivard 1996).

Die Verfügbarkeit von immer billigeren und leichteren Waffen in den Entwicklungsländern hat direkte Auswirkungen auf die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an bewaffneten Auseinandersetzungen. 1988 kämpften nach einem Bericht der UN-Menschenrechtskommission weltweit 200.000 Kinder unter 15 Jahren mit der Waffe. Die UN-Konvention über die Rechte von Kindern beinhaltet in Artikel 38 das Verbot, Kinder unter 15 Jahren an bewaffneten Kämpfen teilnehmen zu

lassen. Bis zum heutigen Tag gibt es weder den politischen Willen noch Mechanismen, die eine Einhaltung des internationalen Rechts sowie eine Strafverfolgung bei Verstoß regulieren. Kinder jünger als 15 Jahre kämpfen weiterhin in Regierungsarmeen und für Oppositionsbewegungen. Kinder werden, wie in den 80er Jahren in Asien, Lateinamerika und Afrika, zwangsrekrutiert, terrorisiert und körperlich mißbraucht. UNICEF berichtet für das Jahr 1995 aus Sierra Leone, daß "die Revolutionäre Einheitsfront Dörfer überfiel, um sich Kinder für ihre Truppen zu holen. Sie wurden gezwungen, bei der Folterung und Hinrichtung ihrer eigenen Familienangehörigen dabeizusein oder sich gar daran zu beteiligen. Diese Kinder wurden oft unter Drogen gesetzt und in Nachbardörfer gebracht, um dort das Ganze zu wiederholen" (UNICEF 1995). Eine quantitative Umfrage von 1994 aus Ruanda ergibt, daß 60% der Kinder sahen, wie andere Kinder mordeten und 42% der Kinder von Fällen berichteten, in denen Kinder andere Kinder töteten (Dyregrov et al 1994).

Für Somalia ist die Zahl der kämpfenden Kinder unbekannt. Die interviewten Kinder berichten aber alle davon, daß sich Kinder und Jugendliche an den Kämpfen beteiligen. Es ist auch bekannt, daß die jungen lokalen Mitarbeiter in den MSF-Projekten ihren Lohn umgehend in den Kauf von Waffen umsetzen. Die marodierenden Banden in Somalia bestehen zu einem Großteil aus entwurzelten Jugendlichen, die im Besitz von Waffen ihre Macht genießen und sich mit brutaler Gewalt Zugang zu Lebensmitteln, Geld, Gesundheitsfürsorge und Sex verschaffen. Das Beispiel dieser entwurzelten Jugendlichen zeigt, wie die Not als Folge der totalen Auflösung des sozialen Gefüges einer Gesellschaft häufig keine Wahl bei der Absicherung des eigenen Lebens zuläßt und Identität und Status durch Macht und Gewalt aufgewertet werden.

Einige Kinder entscheiden sich - beeinflusst durch politische oder religiöse Propaganda - für den Kampf. "Come on, come on, plunge on. Those who step on mines will go to Paradise" (Santa Barbara 1997) war ein Kampflied, das von einer Einheit von 15.000 iranischen Kindern gesungen wurde, als sie an die irakische Front maschierten. Zehntausende von Kindern, z. T. jünger als zehn Jahre, wurden von 1981 - 1988 im iran-irakischen Krieg als lebendige Minenräumer eingesetzt, die das Feld für die nachrückende reguläre Armee freiräumen mußten. Gleichzeitig kämpften sie an vorderster Front gegen die waffentechnisch überlegenen irakischen Truppen.

Andere Kinder entscheiden sich freiwillig für den Kampf, um den Tod der Eltern und Geschwister zu rächen oder weil sie ihre persönlichen politischen Überzeugungen, ihren Glauben oder ihre Identität verteidigen wollen. Auf diesem Hintergrund kann es sein, daß Kinder durch eine "aktive" Rolle im Krieg an psychischer Stabilität gewinnen, da sie sich weniger als Objekt von unbegreiflicher Macht des Krieges erleben. Es bleibt oft unklar, in welchem Ausmaß Kinder Opfer oder auch Täter sind. Neben propagandistischen, ideologischen und politischen Gründen gilt existentielle Not als ein weiterer Faktor, der Kinder in den bewaffneten Kampf treibt. Militäreinheiten bilden häufig eine Art Zuflucht oder Ersatzfamilie und sind die einzige Alternative zum Verhungern. 1986 verteidigte Ugandas Präsident Museveni die Praxis, Kinder in Militärlagern unterzubringen: " Wir setzten sie nicht als Soldaten ein. Sie kommen und bleiben in den Militärcamps, weil wir keine Kinderheime haben. Hier bekommen sie zu essen." Sie würden nur Waffen tragen, weil sie darum gebeten hätten. "Wir wollen sie nicht daran hindern, sie würden sich schrecklich fühlen". Laut Museveni waren die jüngsten Soldaten erst 5 Jahre alt (Santa Barbara 1997).

Kinder als Soldaten einzusetzen ist attraktiv, weil Kinder leichter einzuschüchtern sind und tun, was man ihnen sagt. Sie fliehen nicht so leicht wie Erwachsene und sind obendrein auch viel billiger, da sie keinen Sold verlangen. Sie werden in einem schrecklichen Prozeß dazu gebracht, jegliche Moral- und Wertvorstellungen aufzugeben und Brutalität und Grausamkeit anzunehmen.

Der 13-jährige Franco beschreibt seinen Werdegang:

Ich wurde vom Banditenchef Johanes ausgesucht, sein Diener zu sein. Ich habe seine Kleider gewaschen und gebügelt und alle anderen notwendigen Arbeiten erledigt. Weil dem Bandenchef meine Arbeit gefiel, ernannte er mich zu seinem bodyguard. Er gab mir eine Pistole und ein Bajonett und befahl mir, seine Sachen zu bewachen, während er auf Streifzug war. Ich habe auch seine drei Frauen bewacht, um sicherzustellen, daß sich ihnen keine anderen Banditen annähern, und um zu verhindern, daß sie mit ihnen fortgehen. ... Die Führer befahlen uns hinzuschauen, wenn Leute geschlagen wurden, und uns nie so zu verhalten, als ob wir es nicht mögen würden. Sie sagten uns auch, daß wir nicht weinen oder traurig sein könnten, wenn Menschen getötet würden. ... Ich war seit fünf Monaten im

Camp, als Johannes mich einen Mann töten ließ. ... Ich nahm mein Bajonett und stieß es ihm in den Bauch. ... Sie sagten mir, daß ich jetzt einer von ihnen sei (Boothby et al 1992).

Über die psychischen Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf Täter ist weit weniger geforscht worden, als über die Opfer kriegerischer Auseinandersetzungen. Interessanterweise geht in vielen Ländern das intuitive Wissen um Kriegstraumatisierung in traditionelle (Heil-) Riten ein. Isolation, Reinigungs- und Vergebungszereimonien, Todes- und Wiedergeburtstuale helfen Kriegern und Kriegstraumatisierten eine neue, prosoziale Identität zu schmieden.

Ein mozambikanischer Junge, der als Soldat der RENAMO Menschen umgebracht hatte, fühlte sich von den Menschen, die er ermordet hatte, verfolgt. Der Junge hatte auch Kopfschmerzen, litt unter Appetitlosigkeit und Antriebschwäche. Der Mediziner sagte dem Jungen, daß er ihm nur helfen könne, indem er als Medium zwischen den ermordeten und dem Jungen wirke. Auf diese Weise sprachen die Ermordeten mit dem Jungen. Der Junge entschuldigte sich für das, was er ihnen angetan hatte, sagte, daß er dazu gezwungen war. Der kathartische Effekt dieser Sitzung für den Jungen und seine Eltern, die dabei anwesend waren, erwies sich als sehr groß. Sie befolgten die Wünsche der Ermordeten. Seitdem leidet der Junge nicht mehr unter Alpträumen und Schuldgefühlen. Er hat auch eine Aufgabe und einen Sinn für sein Leben gefunden (Boia 1994).

4.1 Schlußfolgerung und Forschungsausblick

Die moderne, westlich geprägte Wissenschaft muß Wege aufzeigen, wie lokales und traditionelles Heilwissen vermehrt genutzt und unterstützt werden können.

Therapeuten, die im Kontext von Kriegen arbeiten, haben oft nur relativ wenig Forschungsergebnisse als Grundlage. Dies ist zum Teil dadurch bedingt, daß sich Auswirkungen von Krieg und Gewalt nur schwer messen

und erforschen lassen, und vorab entworfene (well-designed) Studienmuster kaum anwendbar sind, was u.a. auch in dieser Untersuchung deutlich wird. Ausführliche Studien können meist erst nach Kriegsende und dem Zustandekommen von Friedensverträgen durchgeführt werden. Erst zu diesem Zeitpunkt, wenn eine relative Sicherheit fürs eigene Leben gewährleistet ist, sind viele Menschen bereit und in der Lage, auch der mentalen Gesundheit Aufmerksamkeit zu widmen. Für Somalia gilt, daß auch zu politisch stabileren Zeiten in der Gesellschaft wenig erfaßbares Wissen über das psychische und emotionale Wohlbefinden von Kindern und ihren Familien zur Verfügung steht. Ein Konzept *mental health* existiert weder für den diagnostischen noch therapeutischen Bereich und viele seelische und neurologische Störungen werden von den Menschen somatisiert.

Die beschriebenen Reaktionen und Verhaltensweisen der somalischen Kinder auf die traumatischen Ereignisse können schwerlich als "post"-traumatische Reaktionen beschrieben werden, wenn die Kinder in einer Situation mit anhaltenden traumatisierenden Ereignissen leben. Über die ersten Lebensjahre der Kinder und die psychosoziale Situation in ihrem engsten Lebensumfeld gibt es fast keine Information. Diese wären erforderlich, um die protektive Wirkung von individuellen *coping mechanisms / strategies* einschätzen zu können und mehr Ansatzpunkte für präventive Interventionsprogramme zu haben.

Gewalteinwirkungen auf Kinder in Kriegsgebieten sind keine punktuellen Ereignisse. Betrachtet man den sozialen Lebensraum als Hintergrund für die von den Kindern beschriebenen traumatisierenden Ereignisse, wird deutlich, daß nicht nur die direkten Formen von Gewalt wie Landminenexplosion, Schußverletzung, Tod von Familienangehörigen, Vergewaltigung, Krankheit und Hunger seelische Verletzung hervorrufen können. Vielmehr können alltägliche Faktoren wie eine andauernde, fehlende Stimulation in *Feeding Centers*, Krankenhäusern und Flüchtlingslagern die Entwicklung von Kindern hemmen und traumatisierende Wirkung haben oder traumatische Ereignisse verstärken. Alltägliche Strukturen und Aufgaben wie der Schulbesuch, Feldarbeit und Viehhüten existieren nicht mehr. Haushaltsarbeiten wie Wäschewaschen, Hütten-Aufräumen und Reinigen, Kochen, Korn-Mahlen, Wasserholen und Feuerholz-Sammeln fallen zum großen Teil weg.

Kinder und ihre Mütter finden sich allzuoft in der inaktiven, wartenden und empfangenden Rolle wieder. Stundenlang stehen sie an Verteilungsstellen, hocken in *Feeding Centers* oder in einer winzigen Unterkunft eines Massenlagers. Unter solchen deprimierenden Bedingungen werden die Kinder häufig lustlos, zeigen schwindendes Interesse für sonst wichtige Aktivitäten und verlieren ihre kreative Art zu spielen. Auf tiefe Hoffnungslosigkeit reagieren sie mit Depressionen oder Aggressionen. Kleinkinder reagieren mit regressivem Verhalten. Sie fallen mit dem Wortschatz weit hinter den schon erworbenen Sprachstand zurück, beginnen zu stottern und nässen und koten wieder ein. Sie stumpfen emotional ab und scheinen das Interesse am Leben verloren zu haben. Ohne Struktur und Routine des oben beschriebenen Alltags, der die Kinder zusammenhält und funktionieren lässt, finden sie oft keinen Mittelweg zwischen totaler Verdrängung und aktiver Beschäftigung mit den traumatisierenden Ereignissen.

Am Beispiel des Feeding Center Alimao konnte gezeigt werden, wie den Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit der Mütter durch einfache Maßnahmen im Bereich allgemeiner Hilfsmaßnahmen entgegengewirkt wurde. Die Mütter waren danach besser in der Lage, ihren elterlichen Schutzfunktionen nachzukommen. Dafür müssten die im Sprachgebrauch der internationalen Hilfsorganisationen üblichen Vokabeln wie "networking, empowerment, activism" im wissenschaftlichen Kontext auf ihren Inhalt hin untersucht und mit bestehenden Konzepten von Heilung, Therapie und Rehabilitation verglichen werden.

"Warum die Eile?" fragt ein Ältester. "Das Töten hat Jahre angehalten. Wir können die Toten nicht zurückbringen. Aber wir können Frieden schaffen. Wenn wir eilen und versagen, ist dies nicht nur ein Verrat an die Zukunft; es zeugt auch von Mißachtung des kollektiven Leidens der Vergangenheit" (Omaar 1994).

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird anhand von 9 Kindern aus zwei Kriegsgebieten im östlichen Afrika gezeigt, wie sich Krieg und Gewalt auf die Gesundheit und die psychosoziale Situation von Kindern in Kriegsgebieten auswirken.

Es wurde die Biographie der Kinder und ihrer Umgebung erfragt, um die psychosozialen Auswirkungen ihres Erlebens den Umständen entsprechend nachzuvollziehen. Die Arbeit folgt einem deskriptiven Verfahren. Sie war methodisch und inhaltlich auf die Erhebung von Daten in einem Kriegsgebiet angelegt. Da der Konflikt im Erhebungsgebiet andauert, handelt es sich bei den erhobenen Daten zwangsläufig um Momentaufnahmen. Über Langzeitfolgen der beobachteten Traumatisierungen kann deswegen keine Aussage gemacht werden.

Gezeigt wird, daß Kinder in Kriegsgebieten in jeglicher Hinsicht geschädigt werden: Hunger, Krankheit, Verletzung, Bedrohung des Lebens, soziale Isolation, Deprivation, Ausgrenzung, Ausbeutung sind tägliches Erleben. Psychische Traumatisierung durch dieses Erleben ist zu erkennen: mutistische Verhaltenweisen, Schlafstörungen, Eßstörungen, somatische Beschwerden, Ängste und Depressionen.

Die Ergebnisse der Erhebungen werden in den Kontext von in der Literatur beschriebenen psychotraumatischen Fällen und Schlußfolgerungen gestellt und diskutiert. Ein direkter Vergleich mit einer Traumatisierung in funktionierenden Gesellschafts- und Gesundheitssystemen ist allerdings nicht möglich, da die kulturelle Übersetzung der bekannten / beschriebenen Krankheiten und ihrer Folgen in die Umwelt der ostafrikanischen Kriegsgebiete in einer solchen Arbeit nicht gelingen kann.

Es zeigt sich, daß eine Traumatisierung als Momentaufnahme und selbst in der Summierung in einem absehbaren Zeitraum individuell bewertet werden muß, weil die Bewältigungsstrategien unter anderem von sozialem Umfeld, gewährleistetem Mindestschutz und Basisversorgung abhängig sind. Vergleichbare Verhaltensreaktionen - kultur- und situationsübergreifend - können allerdings beobachtet werden. Inwiefern sich diese als Krankheitsbild definieren lassen, bleibt unsicher. Eine Prognose über den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Situation der beschriebenen Kinder ist angesichts der fehlenden Perspektive im Kriegsgebiet unmöglich. Mit weiteren Feldstudien über somalische

Flüchtlingskinder und ihre Familien kann ein somalisches "childhood trauma profile" entstehen. Die so gewonnenen Erkenntnisse über psychotraumatische Zusammenhänge in Somalia ermöglichen präventive Arbeit zum Schutz des kindlichen Selbstverständnisses und Weltbildes.

6. Literaturnachweis

- Adam H, Riedesser P, Riquelme H, Verderber A, Walter J, Stiftung für Kinder (eds) (1995) Children, War and Persecution. Proceedings of the Congress in Hamburg 1993. Secolo Verlag, Osnabrück
- Adam H (1993) Terror und Gesundheit. Ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil. Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Ahlström C, Nordquist K A (1991) Konfliktopfer - Bericht zur Weltkampagne des Roten Kreuzes zum Schutz der Konfliktopfer. Abteilung für Frieden und Konfliktforschung Universität Uppsala, Schweden
- Africa Watch / Women's Rights Project (1993) Seeking Refuge, Finding Terror. The Widespread Rape of Somali Women Refugees in North Eastern Kenya. In: Africa Watch / Women's Rights Project, Division of Human Rights Watch, Vol 5 No 13, October 4
- Apfel R, Simon B (eds) (1996) Minefields in their hearts. The Mental Health of Children in War and Communal Violence. Yale University Press, New Haven London
- Becker D (1992) Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Kore Verlag
- Bettelheim B (1977) Die Geburt des Selbst. München
- Bissland J (1993) In: UNHCR Flüchtlinge , Nr.4 / Dezember
- Boia E J (1994) Kindersoldaten in Mozambik - Möglichkeiten der Traumatherapie und Rehabilitation. In: Cultur Cooperation e.V. Kinder als Opfer von Krieg und Verfolgung. Hamburg
- Chen L (1994) Complex Emergencies: Dilemmas and Challenges. In: Medicine & Global Survival, December 1994, Vol I No 4
- Dechmann M (1978) Teilnahme und Beobachtung als soziologisches Basisverhalten. Haupt, Stuttgart.
- Dexter L A (1970) Elite and Specialized Interviewing. Northwestern University Press, Evanston

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III (1980)
American Psychiatric Association. Deutsche Fassung: Beltz Verlag,
Weinheim
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (1994)
American Psychiatric Association
- Dyregrov A, Raundalen M, Gjestad R (1994) Children's Exposure to War
Scenes in Rwanda. A preliminary report
- Eikenberg K (1993) Die UNO in Somalia. In: Blätter für deutsche und
internationale Politik, September
- Eikenberg K (1995) Nachkriegsentwicklungen am Horn von Afrika: Eritrea,
Äthiopien, Somaliland. In: Matthies V (Hrsg) Vom Krieg zum Frieden
Kriegsbeendigung und Friedenskonsolidierung. Edition Temmen,
Bremen
- Erikson E H (1950) Growth and Crisis of the Healthy Personality. In:
Identity and the Life Cycle. W.W. Norton & Company, Inc (1980)
- Eth S, Pynoos R (eds) (1985) Post-traumatic Stress Disorder in Children.
American Psychiatric Press, Washington DC
- Figley C, Kleber R J (1992) Beyond the "Victim". Secondary Traumatic
Stress. In: Figley C (Hg) Beyond Trauma, Plenum Press
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie.
Reinhardt Verlag, München
- Frank A (1947) Tagebuch. In: Frank O, Schütz A (Hrsg), Lambert-
Schneider GmbH, Heidelberg 1949, überarbeitet von Otto H F,
Presseler M, 1998 erschienen im Fischer Taschenbuch Verlag,
Frankfurt
- Frederick C, Pynoos R, Nader K (1992) Child Post-Traumatic Stress
Reaction Index
- Freud A, Burlingham D (1943) War and Children. Medical War Books,
London
- Fuchs G (1992) Kriegskinderheime in London 1940-1945. Anna Freuds
Hampstead Nurseries. In: Benz und Benz W (Hrsg) Sozialisation und
Traumatisierung. Kinder in der Zeit des Nationalsozialismus. Fischer
Taschenbuch Verlag

- Fuchs W (1984) Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Gabarino J, Kostelny K, Dubrow N (1991) No Place to be a Child - Growing up in a War Zone. Lexington Books D.C. Heath and Company, Lexington Toronto
- Gassem Arif, M (1994) Hostages. The People Who Kidnapped Themselves. Central Graphics Services Ltd, Nairobi
- Girtler R (1984) Methoden der qualitative Sozialforschung: Anleitung zur Feldarbeit. Böhlau, Köln
- Glaser B, Strauss A (1967) The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine, Chicago
- Grant J (1997) War, Children, and the Responsibility of the International Community. In: Levy B, Sidel V (eds) War and Public Health. Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, New York Oxford
- Hart B, Doe J N, Doe S G (1993) Trauma Healing and Reconciliation Training Manual. A Handbook for Trainers and Trainees. Christian Health Association of Liberia, Monrovia
- Horn of Africa Bulletin (1993) A quick fix for Somalia? Vol 5 No 5, Sep-Oct. Life and Peace Institute, Uppsala
- Hoskins E (1993) Iraq - Children, War and Sanctions. UNICEF Baghdad New York
- International Classification of Diseases, ICD-10 (1992). World Health Organization
- International Social Service (ed) (1988) Unaccompanied Children in Emergencies. A Field Guide for Their Care and Protection. Geneva
- Jahoda M (1950) Toward a Social Psychology of Mental Health. In: Senn M J E (ed) Symposium on the Healthy Personality, Supplement II, Problems of Infancy and Childhood. Transactions of Fourth Conference, March 1950. Josiah Macy Jr Foundation, New York
- Keilson H (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Ergebnisse einer Follow-up-Untersuchung. In: Stoffels H (Hrsg) (1991) Schicksale der Verfolgten. Springer Verlag, Heidelberg Berlin

- Khan M (1963) Das kumulative Trauma. In: Selbsterfahrung in der Therapie. Kindler Verlag, München
- Labahn T (1993) Somalia. In: Nohlen D, Nuscheler F (Hrsg) Handbuch der Dritten Welt Bd 5. Verlag JHW Dietz Nachf, Bonn
- Laitin D D, Samatar S S (1987) Somalia. Nation in Search of a State. Boulder London
- Leaning J (1996) Complexity as a Challenge to Competency (unpublished paper), presented at 2nd International Conference on Health & Human Rights , Harvard University Cambridge Mass, October 3-5
- Lessing D (1994) Unter der Haut. Autobiographie. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Lewis I M (1988) A Modern History of Somalia. Nation and State in the Horn of Africa, revised, updated and expanded edition. New York London
- Lifton J (1973) Home from the War - Vietnam Veterans neither Victims nor Executioners. Simon & Schuster, New York
- Lindemann E C (1924) Social Discovery. New York
- Macksoud M, Dyregrov A, Raundalen M (1993) Traumatic War Experiences and Their Effects on Children. In: Wilson J, Raphael B (eds) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, Chapter 52. Plenum Press, New York
- Matthies V (1973) Der Shift-Krieg in Kenia. In: Krüger H (Hrsg) Verfassung und Recht in Übersee. Sonderdruck 4 Heft 4
- Matthies V (1992) Äthiopien, Eritrea, Somalia, Djibouti. Das Horn von Afrika. Beck'sche Reihe BsR 846. Verlag CH Beck, München
- Matthies V (1992a) ebd. Zit. in: Grossherr D (1978) Somalia hantiwaddag, Heidelberg
- Matthies V (1993) Zwischen Rettungsaktion und Entmündigung. Das Engagement der Vereinten Nationen in Somalia. In: Vereinte Nationen 2 / 1993
- Matthies V (1994) Die UNO in Somalia: Operation Enttäuschte Hoffnung. In: Aus Politik und Zeitgeschehen, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament B 31 / 94

- McCallin M (1992) Living in Detention - A Review of the psychosocial well-being of Vietnamese Children in the Hong Kong Detention Centers. International Catholic Child Bureau, Geneva
- Menkhaus K (1994) The Betrayal of the Somali People. In: Horn of Africa Bulletin, Vol 6 No 4, Aug-Sept. Life & Peace Institute, Uppsala
- Merton R K, Kendall P L (1984). Das fokussierte Interview. In: Hopf C, Weingarten E (Hrsg) Qualitative Sozialforschung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Meuser M, Nagel U (1991) ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K (Hrsg) Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Meyer P (1997) Die Kinder von Murara. In: AKUT 1 / 97 Ärzte ohne Grenzen, Bonn
- Michler W (1993) Somalia - Ein Volk stirbt. Der Bürgerkrieg und das Versagen des Auslands. Verlag JHW Dietz Nachf, Bonn
- MSF-Activity Report 1992. Brussels
- MSF-Activity Report 1993. Brussels
- Orbinski J (1993) Zur Situation der Kinder in Somalia. Radiointerview am Rande des Kongresses "Kinder - Krieg und Verfolgung", Hamburg
- Perrin P (1996) Handbook on War and Public Health. International Committee of the Red Cross, Geneva
- Peters M A (ed) (1996) A Health-to-Peace Handbook. Ideas and Experiences of How Health Initiatives Can Work for Peace. War and Health Program McMaster University, Hamilton
- Riedesser P (1988) Psychische Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeiter - Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Habilitationsschrift an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.
- Sahnoun M (1994) Somalia. The Missed Opportunities. United States Institute of Peace Press, Washington DC

- Sampson E E (1989) The Challenge of Change for Social Psychology; Globalisation and Psychology's Theory of the Person. *American Psychologist*, 44: pp 914-921
- Santa Barbara J (1997) The Psychological Effects of War on Children. In: Levy B, Sidel V (eds) (1997) *War and Public Health*. Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, New York Oxford
- Schütze F (1983) Biographieforschung und Narratives Interview. *Neue Praxis*, 3: S 283-293
- Shweder R A, Bourne E J (1984) Does the Concept of the Person Vary Cross Culturally? In: Shweder R A, LeVine R A (1984) *Culture theory: essays on mind, self and emotion*. Cambridge University Press, Cambridge
- Sivard R L (1996) *World Military and Social Expenditures 1996*. Washington DC
- Spangenberg U (1993) *Der Krieg in Somalia - eine kommentierte Pressedokumentation*. Arbeitspapiere, Forschungsstelle Kriege, Rüstung und Entwicklung. Institut für politische Wissenschaft, Universität Hamburg
- Straker G, Moosa F, Becker R, Nkwale M (1993) *Gesichter in der Revolution. Die psychischen Auswirkungen von Gewalt auf Jugendliche in südafrikanischen Townships*. Stiftung für Kinder / FDI (Hg), Wurf Verlag
- Terr L C (1995) Childhood Traumas: An Outline and an Overview. In: Everly G S, Lating J M (eds)(1995) *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-traumatic Stress*. Plenum Press, New York
- Thomae H (1987) Psychologische Biographik als Synthese idiographischer und nomothetischer Forschung. In: Jüttemann G, Thomae H (Hrsg) *Biographie und Psychologie*. Springer, Berlin
- Toole M J (1997) Displaced Persons and War. In: Levy B, Sidel V (eds) (1997) *War and Public Health*. Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, New York Oxford
- UNHCR (1992a) *Flüchtlinge*, Nr. 2 Juli 1992

- UNHCR (1993) The State of the world's refugees. Geneva
- UNHCR (1994) UNHCR-Report. Die Lage der Flüchtlinge in der Welt.
Verlag JHW Dietz Nachf, Bonn
- UNICEF (1995) Zur Situation der Kinder in der Welt 1996. Fischer
Taschenbuch Verlag
- UNICEF (1997) Information / Bereich Grundsatz und Information, Kinder
im Krieg und auf der Flucht. Jeder zweite Flüchtling ist ein Kind.
I-075-5.000-9/97
- UNGA resolution 48 / 157, 20 December 1993
- UN Security Council Resolutions on Somalia , Appendix B (1994). In:
Sahnoun M (1994) Somalia. The Missed Opportunities. United States
Institute of Peace Press, Washington DC
- U.S. Committee for Refugees (1994) World Refugee Survey, 1995. US
Committee for Refugees, Washington DC
- Walker J (1993) Orphans of the Storm. Peacebuilding for Children of War.
Between The Lines, Toronto
- Walter J (1993) Psychosoziale Probleme der Kinder chilenischer Exilierter
in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinische Dissertation,
Universität Freiburg i. Br.
- Walter J (1994) Twelve years after. Vortrag auf der Int. Conference
Health, Political Repression and Human Rights, Manila 12.94
- Wilkes S (1993) Laß die Sonne nicht untergehen. In: UNHCR, Flüchtlinge
Nr.4 / Dezember
- World Health Organization (1996) Report of the consultation on Health as
a Bridge to Peace. Geneva

7. Anhang

Anhang I

Leitfadeninterview / Fragenkatalog zur Gesprächsführung (auch zur Abstimmung mit Dolmetschern)

Deine Familie:

- Wieviele Familienmitglieder?
- Wo leben sie?
- Sind alle noch am leben?
- Was machen sie?
- Wem fühlst du Dich am nächsten?
- Was wird Zuhause besprochen, was besprechen Eltern mit Kindern?

Dein Zuhause:

- Wo?
- Was ist Zuhause? Beschreibung

Der Krieg:

- Hat der Krieg das Leben der Familie verändert? (Ökonomisch, Familienzusammensetzung, Heimat)
- Wie war es vorher, wie ist es jetzt?
- Dein Leben vorher und hinterher?
- Was hast Du vorm Krieg gesehen
- Warum kommt es zum Krieg, Gründe für Krieg in Somalia

Deine Gefühle:

- Hast Du das Gefühl, Du bist noch der gleiche Mensch? (Stimmung, Gedanken, Sprache, Erinnerung, Verhalten, Schlafstörungen)
- Welche Auswirkungen hat Krieg auf Dich (die Gesellschaft, Zukunft)
- Kannst Du beschreiben, was Rache ist?
- Hast Du selbst Rachegefühle?
- Was ist Dir das Wichtigste im Leben, was möchtest Du werden, wenn Du erwachsen bist, wo würdest Du gern leben?
- Was diskutierst Du mit Deinen Freunden? Gibt es eine/n besten Freund/in? Wie alt? Was macht er/sie?
- Wenn Du die Zerstörung in Kismayu siehst, was denkst und fühlst Du?
- Wie fühlst Du Dich gegenüber Erwachsenen?
- Was hast Du gefühlt, als Du im Krankenhaus lagst und sehr krank warst?
- Was ist das Schlimmste, was Dir passieren kann / konnte? (Hunger, Verletzung, Flucht, Trennung etc.)

Drei freie Wünsche

- Wenn Du drei Wünsche frei hättest...
- Wenn Du zaubern könntest...

(Was wäre hilfreich gewesen, z.B. auf der Flucht, im Lagerleben)

Anhang II

Guidelines for shelter-supervisor working in Alimao Feeding Center

Job description:

- Collect containers from mothers, check carefully, return at 6 p.m.
- serve the milk with measuring cylinder only
- assist mothers to feed the children
- mark on record-cards how much the child drank (+ = full cup, 1/2 = half cup, 1/4 = quarter cup, - = absent)
- assisting weighing on weighing days
- observe children and inform nurses (fever?, diarrhea?, vomiting? coughing? feeling sick?)
- give ORS after every diarrhea and / or vomiting
- give out High Energy Biscuits at night
- give out UNIMIX and tea for families
- instruct mothers and children to use latrines and to clean immediately if there is stool / diarrhea / vomiting in or near the shelter
- send community ladies to look for absent children, inform overall-supervisor about absence of children

INDICATORS for sickness

- not as playful as usual
- feeling sleepy and dizzy
- feeling hot / feverish
- no appetite, not feeding well
- losing weight
- vomiting / diarrhea

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die vorliegende Arbeit 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. Weiterhin habe ich die Dissertation bisher keinem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben.

Hamburg, den

Lebenslauf

Angaben zur Person:

27.11.1964 Nicola Kaatsch, geboren in Hamburg

Schulbildung:

1971 - 1975 Katholische Grundschule in Hamburg-Blankenese
1975 - 1978 Sophie-Barat Gymnasium in Hamburg
1978 - 1984 Fritz-Reuter Gymnasium in Dannenberg
1981 - 1982 Austauschschülerin mit American Field Service (AFS) in
Minonk, Illionois, USA (American High School Diploma)
Juni 1984 Abitur am Fritz-Reuter-Gymnasium, Dannenberg

Berufsausbildung:

1984 - 1988 Berufspraktikum und Ausbildung zur Kinderkrankenschwester im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg
Mai 1988 Examen zur Kinderkrankenschwester
1988 - 1995 Teilzeitbeschäftigung als Kinderkrankenschwester am
Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg

Studium:

1988 - 1996 Medizinstudium, Universität Hamburg
Seit 1993 Doktorarbeit: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses
Eppendorf in Hamburg, bei Prof. Dr. P. Riedesser
1995 - 1996 Praktisches Jahr:
Krankenhaus der McMaster University, Hamilton, Kanada:
Pädiatrie (Intensiv-Neonatologie, Kinderpsychiatrie)
Innere Medizin (Center for International Health)
Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Hamburg: Chirurgie
(Unfallchirurgie, allgem. Chirurgie), Innere Medizin
Mai 1996 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und
Teilapprobation

Ärztliche Tätigkeit:

Seit August 1997 Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V., Hamburg

Sonstige Tätigkeiten:

1991 - 1997 Vorstandsmitglied der deutschen Sektion der
Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges /
Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW-Deutschland)
1992 - 1993 Projekteinsätze mit Médecins sans Frontières / Ärzte ohne
Grenzen (MSF): u.a. im Flüchtlingslager in Kenia und in
Kismayu, Somalia
Seit 1996 Vorstandsmitglied International Physicians for the
Prevention of Nuclear War (IPPNW-International)
Seit 1997 Vorstandsvorsitzende von MSF Deutschland
Seit 1997 Vorstandsmitglied MSF / Artsen zonder Grenzen, Holland

Hamburg, den 1. Oktober 1998

Danksagung

Für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit und der Abfassung der vorgelegten Arbeit danke ich Herrn Professor Dr. med. Peter Riedesser und den Mitarbeitern der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses Eppendorf. Ernstgenommen und bestärkt hat mich Professor Riedesser in meiner Vision eines Gesundheitsbegriffes, der soziale Gerechtigkeit einschließt.

Dr. Joanna Santa Barbara und den Freunden und Mitarbeitern des *Centre for International Health* (Professor Dr. Victor Neufeld) und des *Centre for Peace Studies* (Professor Dr. Graeme MacQueen) an der McMaster University Hamilton / Canada danke ich für die herzliche Aufnahme in ihr wissenschaftliches Projekt der Erforschung und Förderung der Gesundheit und der Rechte von Kindern in Kriegsgebieten.

Den Mitarbeitern der Organisation *Médecins sans Frontières* danke ich für die Möglichkeit, im Rahmen meines medizinischen Einsatzes in verschiedenen Projekten in Kenia und Somalia Material für meine Forschung zu sammeln. Unterstützt und begleitet haben mich in Kenia Mohamed Ibrahim Elmi und in Boston Dr. Jennifer Leaning. Ganz besonderer Dank gilt den teilnehmenden Kindern und meinen lokalen Kolleginnen und Kollegen, verbunden mit innigen Wünschen für ein Leben in Frieden und Gesundheit in naher Zukunft. Das Stück unseres gemeinsamen Weges bleibt eine wertvolle Erinnerung.

Als visionäre und ideelle Leitfigur war mir Professor Dr. Jonathan Mann von der *Harvard School of Public Health* ein wichtiges Vorbild für die Zusammenschau von Gesundheit und Menschenrechten.

Die Werner-Ranz-Stiftung unter Vorsitz von Herrn Joachim Stahlbug hat mir nach einer Empfehlung von Herrn Dr. Walter Schindler die Fertigstellung der vorgelegten Arbeit durch ein Studiumabschlußstipendium ermöglicht.

Herrn Professor Dr. Volker Matthies am Institut für Politische Wissenschaft der Universität Hamburg danke ich für sein Bemühen, "Praktiker" und "Wissenschaftler aus dem Elfenbeinturm" zusammenzubringen. Seine Sachkunde zum *Horn of Africa* war eine große Hilfe. Für ausführliche Beratung und Hilfe bei der Abfassung der Arbeit danke ich Dr. Kristin Kern und Herrn Andreas Kern sowie Herrn Markus Steiner. Meiner Mutter Margret Kaatsch danke ich für geduldige Unterstützung.