



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Yoga als Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern

Bachelor-Thesis

Vorgelegt von:



Matrikel-Nr.:



Adresse:



Tag der Abgabe: 14.01.2013

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Hille

Zweite Prüferin: Frau Prof. Biebrach-Plett

Inhaltsverzeichnis

Anmerkung:	3
1 Einleitung	4
2 Alkohol – wichtige Begriffe	6
2.1 Alkohol	6
2.2 Alkoholabhängigkeit	7
2.2.1 Physische Abhängigkeit	8
2.2.2 Psychische Abhängigkeit	8
2.3 Alkoholkonsum in Deutschland	9
3 Kinder alkoholabhängiger Eltern	9
3.1 Die Relevanz des Themas	9
3.1.1 Historische Entwicklung	10
3.1.2 Aktueller Forschungsstand	11
3.2 Die Abhängigkeit als Familienkrankheit	12
3.2.1 Das Mobile – die Familie als System nach Wegscheider.....	13
3.2.2 Co-Abhängigkeit.....	14
3.3 Das Leben in der Suchtfamilie	16
3.3.1 Probleme.....	16
3.3.2 Die Atmosphäre in der Suchtfamilie	17
3.3.2.1 Elterliches Erziehungsverhalten.....	18
3.3.2.2 Regeln in der Suchtfamilie	18
3.3.2.3 häufige Erfahrungen der Kinder in der Suchtfamilie	19
3.4 Die Auswirkungen des Lebens in einer Suchtfamilie auf die Kinder	20
3.4.1 Direkte Auswirkungen	21
3.4.2 Indirekte Auswirkungen	21
3.4.3 Transmission.....	22
3.5 Rollen als Bewältigungsstrategie	23
3.5.1 Die Entstehung der Rollen.....	23
3.5.2 Die Rollen	24
3.5.2.1 Der Held – der Verantwortungsbewusste.....	24
3.5.2.2 Der Sündenbock /das schwarze Schaf – das ausagierende Kind	25
3.5.2.3 Das verlorene Kind – der Fügsame	26
3.5.2.4 Der Clown.....	27
3.5.2.5 Der Friedensstifter	28

3.5.3	Gemeinsamkeiten der Rollen	29
3.5.3.1	Positives der Rollen – eine Bewältigungsstrategie	29
3.5.3.2	Negatives der Rollen – bleibende Verhaltensmuster.....	29
3.5.3.3	Ausbrechen aus den Rollen.....	30
4	Unterstützung von Kinder alkoholabhängiger Eltern	31
4.1	Unterstützungsbedarf	31
4.2	Die notwendige Unterstützung.....	33
4.3	Ansatzpunkte der Unterstützung	33
5	Yoga als Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern.....	34
5.1	Yoga.....	35
5.1.1	Yoga Definition.....	35
5.1.2	Historische Wurzeln des Yoga	36
5.1.3	Yoga Richtungen.....	37
5.1.4	Yoga in Deutschland	38
5.2	Yoga-Forschung.....	39
5.3	Wirkung von Yoga.....	40
5.3.1	Physische Wirkungen.....	41
5.3.2	Psychische Wirkungen	42
5.3.3	Psychosoziale Wirkungen	44
5.4	Kinderyoga	45
5.4.1	Definition von Kinderyoga in Abgrenzung zum Yoga	45
5.4.2	Methodische Unterschiede zwischen Yoga für Erwachsene und Kinderyoga ..	46
5.4.3	Argumente für Yoga mit Kindern	48
5.4.4	Wissenschaftliche Grundlagen/aktueller Forschungsstand von Kinderyoga	50
5.5	Yoga als Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern	51
5.5.1	Eignung von Yoga für Kinder alkoholabhängiger Eltern.....	51
5.5.2	Grenzen von Yoga als Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern.....	54
5.5.3	Theoretische Überlegungen für die Praktische Umsetzung von Yoga als Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern	55
5.5.3.1	Anwendungsgebiete	55
5.5.4	Voraussetzungen für eine Kinderyogagruppe im Suchthilfesystem	57
6	Yoga als Methode in der Sozialen Arbeit.....	58
7	Ausblick	60
	Literaturverzeichnis.....	61
	Eidesstattliche Erklärung	64

Anmerkung:

Um den Lesefluss nicht zu beeinflussen wird in dieser Arbeit lediglich das männliche Subjekt genutzt. Es bezieht sich jedoch auf beide Geschlechter.

1 Einleitung

In dieser Arbeit werden zwei unterschiedliche Themengebiete zusammengefasst und mit einander in Beziehung zu gesetzt. Es geht um die Zielgruppe Kinder von alkoholabhängigen Eltern und um die aus der altindischen Kultur entstandene Yogaphilosophie. In beiden Themengebieten gab es eine Zeit in der aus der Aktualität heraus erste Studien und Forschungsarbeiten entstanden, doch bei beiden Themen fehlt es an umfangreicher, aktueller Forschungsgrundlage. Es gibt Pilotstudien, Erfahrungsberichte von PraktikerInnen und wissenschaftliche Forschungsarbeiten die noch der wissenschaftlichen Auswertung bedürfen. Hier wird der erste wissenschaftlich fundierte Versuch unternommen beide Themen mit einander zu verknüpfen und die Yoga-Bewegungspraxis auf eine Methode zur Unterstützung von der speziellen Zielgruppe Kinder von alkoholabhängigen Eltern theoretisch zu überprüfen. Es wird davon ausgegangen, dass Yoga eine geeignete Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern darstellt, doch soll diese These nicht nur mit Argumenten untermauert, sondern auch kritisch hinterfragt und die Grenzen aufgezeigt werden. Um eine gute Basis zu haben und das Verhalten der Zielgruppe besser zu verstehen beginnt die Arbeit mit der Erläuterung wichtiger Begriffe zum Thema Alkohol. Danach wird das Leben von Kindern alkoholabhängiger Eltern umfassend beleuchtet: das Familiensystem und die Lebensbedingungen unter denen die Kinder aufwachsen werden dargestellt um die Problematik der Kinder besser zu verstehen. Erst aus diesem Verständnis der konkreten Lebenssituation heraus kann der notwendige Unterstützungsbedarf ermittelt werden, der nicht generell für alle Kinder von alkoholabhängigen Eltern festgelegt werden kann. Nachdem jedoch die möglichen Ansatzpunkte für Unterstützung herausgearbeitet werden wird das Thema Yoga bearbeitet. Um die vielschichtige Dimension des Yoga zu begreifen wird Yoga zunächst von den historischen Wurzeln her an erläutert um dann die Gegenwart, die Verbreitung und die aktuelle Forschungssituation des Yoga zu betrachten. Es folgt eine Analyse der zahlreichen Wirkungsweisen des Yoga, welche die Argumentationsgrundlage für Yoga als eine gute Unterstützungsmethode liefern. Erst nach Betrachtung der umfassenden Yogakultur kann Kinderyoga im Speziellen beleuchtet werden um die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zum herkömmlichen Yoga mit Erwachsenen herauszuarbeiten. Dabei wird versucht Kinderyoga, trotz seiner kurzen Forschungsgeschichte, vor einem wissenschaftlichen Hintergrund zu betrachten. Jetzt werden beide Aspekte mit einander verknüpft und

es findet zunächst eine theoretische Untersuchung der Eignung der Methode Yoga für die Zielgruppe Kinder von alkoholabhängigen Eltern statt. Im nächsten Schritt werden diese Ergebnisse kritisch hinterfragt um die Grenzen der Methode deutlich zu machen. Nachdem auf theoretischer Ebene begründet wurde, dass Kinderyoga sich als Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern besonders gut eignet, soll eine Basis für eine praktische Umsetzung geschaffen werden. Das Suchthilfesystem wird systematisch nach Umsetzungsmöglichkeiten überprüft um geeignete Stellen der praktischen Umsetzung zu finden.

In dieser Arbeit wird mit theoretischen Überlegungen einen Grundstein für eine praktische Evaluierung geliefert, die zwar noch nicht stattfand, aber gewünscht und notwendig ist um die theoretische Verknüpfung mit wissenschaftlichen Methoden zu überprüfen. Insofern wird mit dieser Arbeit Pionierarbeit geleistet, die anregen soll, aufbauend auf diese Arbeit, wissenschaftliche Forschungen auf diesem Gebiet zu tätigen. Das ist nicht nur für die Überprüfung dieser These von Notwendigkeit, sondern stellt auch für die Soziale Arbeit, für das Suchthilfesystem und für die wissenschaftliche Anerkennung von Yoga als Methode im Gesundheitssystem eine Bereicherung dar.

Anmerkung:

Um den Lesefluss nicht zu stören wird in dieser Arbeit lediglich das männliche Subjekt genutzt. Es bezieht sich jedoch auf beide Geschlechter.

2 Alkohol – wichtige Begriffe

In diesem Teil der Arbeit geht es um Begriffsbestimmungen und Definitionen rund um das Thema Alkohol. Es werden Basisinformationen zusammengefasst, die als Hintergrundwissen dienen sollen. Es soll damit zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen dem Konsum der Substanz Alkohol und den weitreichenden Folgen, vor allem für die Kinder, kommen. Die Zahlen sollen verdeutlichen wie verbreitet das Phänomen Alkoholismus ist, um sich der Tragweite der Folgen bewusst zu werden.

2.1 Alkohol

Das Wort „**Alkohol**“ stammt aus dem Arabischen (Al-Cool) und bedeutet „feines Pulver, Augenschminke“ (vgl. Küfner/Soyka 2008, 1). Alkohol ist nicht nur ein Nahrungsmittel mit großem Energiegehalt, ein Genussmittel oder ein kulturelles Konsumgut mit wichtiger symbolischer Bedeutung, sondern es ist auch „eine psychoaktive Substanz mit der Fähigkeit, das Bewusstsein und Gefühle zu verändern.“ (Küfner/Soyka 2008, 1).

Der im Sprachgebrauch seit 1852 bekannte Begriff „**Alkoholismus**“ wurde von dem schwedischen Arzt Huss geprägt, der mit dem Wort die Bezeichnung körperlicher Folgeschäden von übermäßigem Alkoholkonsum verband. Der Begriff umfasst jedoch mehrere zu trennende Phänomene wie Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Alkoholmissbrauch ist genau wie Alkoholabhängigkeit in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV definiert (vgl. Küfner/Soyka 2008, 6). Alkoholmissbrauch, im ICD – 10 mit ICD-10 F.10.1 codiert und als schädlicher Gebrauch definiert, grenzt sich zur Alkoholabhängigkeit vor allem durch die Dauer ab. Alkoholmissbrauch bezieht sich auf kürzere Episoden, Alkoholabhängigkeit erfolgt über einen langen Zeitraum der ein Leben lang andauern kann. Für diese Arbeit ist auf Grund der Zielgruppe der Kinder von alkoholabhängigen Eltern nur die Alkoholabhängigkeit relevant. Die Kinder leben mit den Langzeitbedingungen der Alkoholabhängigkeit der Eltern, was maßgeblich ihre Entwicklung und ihr Verhalten prägt, weshalb hier die Alkoholabhängigkeit explizit und genauer definiert wird.

2.2 Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit gehört zu dem Krankheitsbild der Sucht. Das Wort „Sucht“ leitet sich aus dem althochdeutschen Wort „siech“ ab, was „krank“ bedeutet. So hat Sucht eine Doppelbedeutung: Zum Einen die Krankheit (z.B. Gelbsucht, Schwindsucht, Wassersucht) und zum Anderen eine im Sprachgebrauch eher negativbesetzte Eigenschaft oder ein Laster (z.B. Habsucht, Eifersucht) (vgl. Küfner/Soyka 2008, 7). Der Übergang von Alkoholmissbrauch bzw. „schädlichem Gebrauch“ bis hin zur Abhängigkeit verläuft fließend. Trotzdem gibt es einige Kriterien die nach dem ICD-10 für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllt sein müssen. Das Deutsche Ärzteblatt fasst diese in Heft 33 so zusammen:

Abhängigkeitskriterien nach ICD 10

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums

Abb. 1: Diehl, A., Mann, K. (2005). Zertifizierte medizinische Fortbildung. Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. Probleme identifizieren und intervenieren. In: Deutsches Ärzteblatt 2005, Heft 33, 2245

Es ist nicht nur bei der Alkoholabhängigkeit, sondern allgemein bei Abhängigkeitserkrankungen zwischen der physischen und der psychischen Abhängigkeit zu unterscheiden, die jedoch nicht getrennt klassifiziert sind. In der ICD-10 Klassifizierung zur Diagnose der Alkoholabhängigkeit, oder auch „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ sind Teile beider Arten der Abhängigkeit integriert. Um die Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom zu stellen, müssen drei oder mehr der oben genannten Kriterien während des letzten Jahres erfüllt sein.

Um die verschiedenen Wirkungsweisen der Substanz Alkohol besser zu verdeutlichen wird im Folgenden die Unterscheidung zwischen der physischen und der psychischen Ebene genauer definiert.

2.2.1 Physische Abhängigkeit

Körperliche, bzw. physische Abhängigkeit kennzeichnet sich vor allem durch die Entzugerscheinungen, also durch Symptome, die auftreten, wenn nach länger andauerndem Konsum der Alkohol abgesetzt wird (Entzugssyndrom) (vgl. Kufner/Soyka 2008,7). Der Körper hat sich an die Substanz gewöhnt, dass ihr plötzliches Fehlen körperliche Entzugerscheinungen auslöst wie Zittern oder Schwitzen. Hinzu kommt die *Toleranzsteigerung*. Auch die ist eine Folge der Gewöhnung des Körpers an die Substanz. Der Körper benötigt nach einiger Zeit mehr von der Substanz um den gleichen Effekt wie am Anfang des Konsums zu erlangen. Das heißt um in einen Rauschzustand zu gelangen benötigt der Körper nach langer Konsumphase mehr Alkohol als am Anfang. Umgangssprachlich sagt man auch „man kann jetzt mehr vertragen“ (vgl. Kufner/Soyka 2008,7).

Es gibt viele Substanzen die sich nicht direkt in die Kategorie „körperliche Abhängigkeit“ einordnen lassen, da bei ihnen ein Entzugssyndrom völlig oder weitgehend fehlt (z.B. bei Halluzinogenen und Cannabinoiden). Hinzu kommt, dass nicht jeder Mensch gleich auf die Substanzen reagiert. Körpergröße, Gewicht, Stoffwechsel und viele andere Faktoren spielen bei der physischen Wirkungsweise und den beim Absetzen auftretenden Entzugerscheinungen eine Rolle. Deshalb ist die körperliche Abhängigkeit auch schwer allgemein in ihrer Ausprägung zu definieren (vgl. Kufner/Soyka 2008,7).

2.2.2 Psychische Abhängigkeit

Entscheidender, jedoch gleichzeitig schwieriger zu bestimmen, ist die psychische Abhängigkeit. Hier gibt es nicht wie bei der körperlichen Abhängigkeit von außen zu beobachtenden Symptome, sondern es spielt sich alles im Inneren des Körpers bzw. des Kopfes ab. Nach der WHO 1965 wird die psychische Abhängigkeit als das „unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme der Substanz, um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden“ definiert (vgl. Kufner/Soyka 2008, 7). Das unwiderstehliche Verlangen ist so übermächtig, dass ihm nachgegeben wird, trotz des Wissens, dass der Alkohol dem Körper mehr schadet als nutzt. In den letzten Jahren bezeichnet man das übermächtige Verlangen auch als „craving“ oder Suchtdruck (vgl. Kufner/Soyka 2008, 7). Auch der Begriff des *Kontrollverlustes* ist hier noch zu nennen. Er bezeichnet den Zustand des nicht mehr steuern Könnens, wie der Konsummenge.

2.3 Alkoholkonsum in Deutschland

Alkoholkonsum gehört in Deutschland, genau wie in anderen Ländern, zum Alltag dazu. Als legale Droge gehört sie mit Tabak zu den meistkonsumiertesten Drogen in Deutschland. Hier lag 2009 der Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol bei 9,7 Litern (vgl. Gaertner [u.a.] 2011, 32). Er ist zwar damit im Vergleich zum Jahre 2008 um 2% gesunken (vgl. Gaertner [u.a.] 2011, 32), doch im internationalen Vergleich lag Deutschland 2010 noch auf dem 11. Platz (vgl. Gaertner [u.a.] 2011, 38). Im Jahre 2006 wurden 3,8% der deutschen Bevölkerung erfasst, die nach dem Diagnosesystem DSM-IV die Diagnose *Alkoholmissbrauch* erhielten, 2,4% erhielten die Diagnose *Alkoholabhängigkeit* (vgl. Pabst / Kraus 2008, 41). Auch wenn 2,4 % als eine zunächst unbedeutende Zahl erscheinen mag, so zeigt die hohe Mortalitätsrate von 74.000 Todesfällen im Jahr, die bedingt sind allein durch Alkoholkonsum oder Alkohol- in Kombination mit Tabakkonsum, wie groß die Auswirkungen dieser zunächst klein erscheinenden Zahl sind (vgl. Gaertner [u.a.] 2011, 40).

3 Kinder alkoholabhängiger Eltern

Die Kinder von alkoholabhängigen Eltern wurden lange Zeit nicht als eigene Zielgruppe für Unterstützungsangebote, Beratung oder Therapie definiert (vgl. Zobel 2006, 13). Inzwischen ist aber bekannt, dass auch die Kinder unter der Situation von alkoholabhängigen Eltern leiden und eigener Unterstützung bedürfen. In diesem Teil der Arbeit geht es darum, das Familiensystem zu verdeutlichen, die Folgen für die Kinder aufzuzeigen und die Bewältigungsstrategien dieser zu erläutern. Es soll aufgezeigt werden, wie der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf Kinder alkoholabhängiger Eltern aussieht. Dieser Teil dient dazu die Zielgruppe besser zu verstehen, ihre Lebenssituation zu analysieren und somit eine Basis zu schaffen um die richtige Unterstützung für sie zu finden.

3.1 Die Relevanz des Themas

Um zu verdeutlichen wie wichtig und wie aktuell das Thema der Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern ist, soll zunächst ein Überblick über die Forschungsentwicklung gegeben werden. Die historische Entwicklung ist dabei genauso wichtig, wie der aktuelle Forschungsstand, denn nur so kann erläutert

werden, warum der Forschungsstand heutzutage noch nicht so weit ist, wie man vermuten könnte und warum erst jetzt (wieder) die Kinder in den Blick der Forschung geraten.

3.1.1 Historische Entwicklung

Das Thema an sich, „Angehörige von Alkoholabhängigen“, also Kinder oder auch Partner/Innen ist nicht neu. Dass sich Alkohol nicht nur auf den Menschen, der es konsumiert, sondern auch, durch sein verändertes Verhalten, auf seine Umwelt auswirkt, ist keine Erkenntnis, des 21. Jahrhunderts. Zobel weist mit einem Zitat des altgriechischen Gelehrten Plutarch (45-125 n. Chr.) („Trinker zeugen Trinker“ (zitiert nach Goodwin, 1985)) darauf hin, dass das Wissen über die Auswirkungen des übermäßigen Trinkens der Eltern auf ihre Kinder so alt sein dürfte wie der Alkohol selbst (vgl. Zobel 2006, 13). Doch erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurde von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen auf die Schädlichkeit des Alkoholkonsums (Zobel 2006,13) eingegangen. Im 19. Jahrhundert kam das Thema bei der Mäßigungs- und Abstinenzbewegung wieder auf (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 26). Hier wurde die Tatsache, dass erhöhter Alkoholkonsum zu Verhaltensweisen führen kann, die Dritte massiv beeinträchtigen und gefährden dazu genutzt, energische, öffentliche Maßnahmen leichter zu rechtfertigen (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 26). „Oort (1909) fasste seinerzeit den Stand der epidemiologischen und experimentellen Forschung zum Einfluss elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die nachfolgende Generation zusammen.“ (Zobel 2006, 13).

Mit der damals neuen Meinung von u.a. Gutav von Bunge, dass Alkoholkonsum das menschliche Erbgut schädigen würde, kam das Argument der *Gefährdung der Volksgesundheit* auf. „Als Folge dieser Überzeugung wurden nicht nur AlkoholikerInnen und AlkoholmissbraucherInnen stigmatisiert, sondern auch deren Nachkommenschaft – eine Sichtweise, die ein zentraler Inhalt der Rassenhygienebewegung wurde.“ (Puhm [u.a.] 2008, 26).

Einen Imagewandel erfuhr der Alkoholkonsum 1968, als Alkoholabhängigkeit zu einer Krankheit anerkannt wurde. Nun lag der Fokus jedoch ausschließlich auf der Behandlung dieser, nun als Opfer widriger Umstände gesehener, Alkoholiker (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 26). In den 70er Jahren gab es erste auf die Kinder von Suchtkranken fokussierte Behandlungsangebote (vgl. Klein 2005, 713). Doch erst seit den 80er Jahren sind die Kinder verstärkt auch im Fokus der Wissenschaft.

Vorreiter sind insbesondere die Arbeiten von Black, Wegscheider und Woitz, sowie Lambrou im deutschen Sprachraum (vgl. Zobel 2006,13). Interessanterweise lag der Schwerpunkt bei diesen Arbeiten jedoch ausschließlich auf der Pathologie. Es wurden durch diese primär defizitorientierte Haltung viele pädagogische und therapeutische Hilfsansätze entwickelt, die vielen Betroffenen effektiv geholfen haben und es auch heute noch tun. Gleichzeitig führte diese Haltung dazu, dass alle betroffenen Kinder allein aufgrund des Alkoholproblems eines Elternteils von vornherein als krank und behandlungsbedürftig eingestuft wurden (vgl. Zobel 2006, 21).

3.1.2 Aktueller Forschungsstand

Die oben beschriebene defizitorientierte Sichtweise änderte sich erste jüngst.

„In den letzten Jahren hat sich dieser Trend erfreulicherweise etwas abgeschwächt, sodass in einigen Forschungsdesigns nunmehr auch die Kompetenzen, Ressourcen und Entwicklungschancen der Betroffenen berücksichtigt werden.“ (Zobel 2006, 21). Aktuelle Begriffe dazu wären Resilienz, Ressourcen und Schutzfaktoren. Es wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass sich Kinder trotz widriger Umstände normal entwickeln können. Auch der Ansatzpunkt der Arbeit hat sich gewandelt: von der Defizitbeseitigung zur Stärkung der bereits vorhandenen Ressourcen.

Seit den umfassenden Arbeiten von Black, Wegscheider und anderen gibt es nur wenige, aktuelle Forschungsarbeiten, die sich ausschließlich auf die Situation der Kinder beziehen (vgl. Klein 2005, 713). Klein und Zobel sind die aktuellen Experten im deutschsprachigen Raum, die sich auf das Thema Alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder spezialisiert haben. Doch da es sonst wenige Forscher auf diesem Gebiet gibt, führt das dazu, dass auch die neueren Arbeiten von Zobel oder Klein, sich in vielen Punkten noch auf die Literatur aus den 80er Jahren beziehen. Eine der aktuellsten Zahlen von Klein ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die von der Alkohol- und Drogenstörung eines Elternteils wenigstens zeitweise betroffen sind, die sich nach Klein auf etwa 2,7 Millionen in Deutschland beläuft (vgl. Klein 2007/2008, 11). In Österreich sind ca. 10% der Kinder unter 18 Jahren durch einen oder beide ihrer biologischen Elternteile mit manifestem Alkoholismus konfrontiert, 50% aller österreichischen Kinder kommen mit Alkoholmissbrauch durch Verwandte oder nahestehende Personen innerhalb der Kernfamilie in Kontakt (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 37).

Ein Teilgebiet des Themas, dass in der heutigen Zeit ganz gut erforscht ist, ist das Phänomen der Transmission von Suchtstörungen in Familien, auf welches noch genauer in Punkt 3.4.3 eingegangen wird.

3.2 Die Abhängigkeit als Familienkrankheit

Wenn ein Mensch alkoholabhängig ist, dann leidet er, seit 1968 offiziell, an einer Krankheit. Doch mit der Anerkennung zu einer offiziellen Krankheit wurde nicht die gesamte Familie zu einem belasteten System erklärt. Wenn ein Mensch unter Alkoholabhängigkeit leidet und in einer Familie mit nahestehenden Angehörigen lebt, so heißt das nicht zwangsläufig, dass auch die Angehörigen als „krank“ anzusehen sind. Doch der Umstand, dass Partner und Kinder täglich den Auswirkungen des Alkoholkonsums des Alkoholikers ausgeliefert sind, ist nicht außer Acht zu lassen und vor allem nicht zu unterschätzen. Die Familie als ein System zu betrachten kommt aus der Familientherapie und „meint dass Probleme einer einzelnen Person besser verstanden werden können, wenn sie im Zusammenhang mit den Beziehungen dieser Person zu den anderen Familienmitglieder gesehen werden.“ (Hofer/Wild/Noack 2002,12). Um also zu verstehen, warum sich die Angehörigen, in diesem Fall vor allem die Kinder von alkoholabhängigen Eltern, so verhalten, wie sie es tun, ist es notwendig das Gesamtbild der Familie zu betrachten. Wenn dies nicht geschehen würde, so würde ein Kind schnell als „hyperaktiv“, „ungezogen“, „träumerisch/abwesend“ oder anderes abgestempelt werden, ohne die Problematik dahinter zu sehen. Dem Kind würde ein Charakterzug zugeschrieben werden, den es vielleicht nur verkörpert, um in der eigenen Familie zu überleben. Da die Kinder je nach Entwicklungsstand, ihr eigenes Verhalten als Ursache für das Verhalten ihres kranken Elternteils sehen, versuchen sie das eigene Verhalten so zu gestalten, dass es das Verhalten ihrer betrunkenen Elternteile positiv beeinflusst (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 58). Um dieses Verhalten zu verstehen darf das Kind also nicht von den Umständen der Familie losgelöst betrachtet werden, sondern immer im Kontext seines Umfeldes. Sharon Wegscheider und Virginia Satir taten dies um 1980 mit dem Bild des Mobiles, welches auch heute noch von Bedeutung ist.

3.2.1 Das Mobile – die Familie als System nach Wegscheider

Wegscheider vergleicht eine Familie mit einem Mobile. Die Stöcker und Fäden stellen dabei die Verhaltensmuster und Regeln in einer Familie, die Figuren an den Fäden die einzelnen Familienmitglieder dar. Das Mobile ist sorgfältig konstruiert, die Figuren hängen alle im Gleichgewicht (vgl. Wegscheider 1988, 53). Bei jedem Windstoß gerät das Mobile in ein kurzes, heftiges Ungleichgewicht und wird durcheinander gewirbelt. Doch nach kurzer Zeit hat sich das Gleichgewicht wieder hergestellt (vgl. Wegscheider 1988, 53). Wenn wir uns vorstellen wir ziehen nur an einer Figur, so wird das ganze Mobile verschoben und gerät in Schiefelage. Übertragen auf die Familie ist das Beispiel gut nachvollziehbar, denn wenn ein Familienmitglied stark von etwas beeinflusst wird, wie z.B. einem Unfall, einer Erkrankung oder eben übermäßigem Alkoholkonsum, so wirkt sich dies auf die gesamte Familie aus. Die Familie gerät in Schiefelage, die bewährten Verhaltensmuster und Regeln gelten nicht mehr. Doch der Mensch ist sehr anpassungsfähig und so werden die übrigen Familienmitglieder alles tun um das Gleichgewicht wieder herzustellen. Das kann zum Beispiel heißen, dass wenn der trinkende Elternteil seinen Job verloren hat, der nicht trinkende Elternteil zwei Jobs annimmt um die Familie zu ernähren. So bleibt beispielsweise das finanzielle Gleichgewicht bestehen. Oder ein Kind beginnt die trübe Stimmung mit immer wieder lustigen Witzen und Vorführungen aufzuhellen und versucht so das Familienklima im Gleichgewicht zu halten. Was auch geschieht, die Figuren versuchen das Gleichgewicht immer wieder herzustellen. Wegscheider weist darauf hin, dass dies bedeutet, dass auch das Aufhören des Trinkens keine sofortige Komplettlösung für die Familie darstellt. Da nach langer Trinkphase das „Trockensein“ eine Veränderung darstellt und eine Veränderung erzeugt erst mal Stress (vgl. Wegscheider 1988, 53): Das Mobile wird zunächst wieder durcheinandergewirbelt und versucht verzweifelt zum Gleichgewicht zurück zu finden. „Da [...] das Mobile so konstruiert war, daß es sein Gleichgewicht mit dem Alkoholiker in seiner alten Rolle bewahrte, seinem alten Platz in dem Mobile, wird es immer versuchen, ihn in diese Rolle zurückzudrängen (obwohl sich wahrscheinlich keines der Familienmitglieder dessen bewußt ist).“ (Wegscheider 1988, 53). Doch trotz der zunächst ausweglosen Situation sieht Wegscheider das Bild des Mobiles als ein hoffnungsvolles, da nicht nur jeder Punkt des Mobiles, der verändert wird zu einer Turbulenz führt, sondern da es überhaupt möglich ist, an jedem Punkt des Mobiles anzuknüpfen. Das bedeutet, wenn ein

Familienmitglied sich aus den Regeln und Verhaltensmustern lösen kann, hat das zwangsläufig Auswirkungen auf die übrigen Familienmitglieder. Genauso ist es möglich ein Mitglied, das sich weigert, zunächst in Ruhe zu lassen und sich einem andern zu widmen (vgl. Wegscheider 1988, 53). Es ist also möglich alles zu verändern, unabhängig davon, welcher Punkt im System beginnt.

3.2.2 Co-Abhängigkeit

Fengler definierte 1994 Co-Abhängigkeit als „Haltungen, Verhaltensweisen und Status von Personen und Gruppen, die in einem direkten emotionalen Kontakt durch ihr Tun oder Unterlassen dazu beitragen, dass der Süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann.“ (Fengler 2002, 100 u. 378). Diese Definition wird in der deutschen Literatur immer wieder zitiert und so leitet sie auch hier dieses Kapitel ein. Diese Definition lässt schnell an eine Schuldzuweisung denken, auch wenn Fengler eine solche nach seinem Verständnis verneint, im Allgemeinen wird sie jedoch als solche interpretiert (vgl. Rennert 2012, 29). Neben dieser gängigen Definition gibt es viele weitere Definitionsversuche und Bedeutungsverschiebungen (vgl. Rennert 2012, 28). Hier zeigt sich wieder das Problem der aktuellen Daten. Es macht deutlich, dass die Angehörigen von Suchtkranken, egal ob Kinder, Eltern oder Partner, noch nicht so im Zentrum der heutigen Forschung stehen, wie sie es sollten.

Wenn man hinter die theoretische Definition der Co-Abhängigkeit schaut, lässt sich schnell feststellen, wie schwierig es ist, diesen Begriff in die Praxis passgenau zu übertragen, „weil nicht immer eindeutig zu beurteilen ist, welche Verhaltensweisen im konkreten Fall die Aufrechterhaltung einer Sucht tatsächlich fördern – wobei häufig suggeriert wird, dass hier immer einfache Zuordnungen möglich seien.“ (Puhm [u.a.] 2008, 61). Als co-abhängig wird meist der Partner des Süchtigen angesehen. Im weiteren Verlauf wird hier auch davon ausgegangen.

Die Definition, ohne weitere Erläuterungen, lässt nicht erahnen, dass mit dem Verhalten ein oft aufopferndes, vollkommen auf den Süchtigen konzentriertes Verhalten gemeint ist. Dies geschieht meist mit gleichzeitigem Aufgeben der eigenen Bedürfnisse, dem Ausrichten des gesamten Denkens und Fühlens auf den Partner (vgl. Lambrou 2011, 148). Hinzu kommt, dass bei solch einer Definition die Beweggründe hinter dem Verhalten zu kurz kommen. Diese könnten zum Beispiel die Folge des Verlassenwerdens, durch Trennung oder Scheidung, in der Kindheit

sein. „Die eigenen Gefühle wurden, als man klein war, nicht beantwortet und gespiegelt. Als Kind erlebte man, dass seine Gefühle unwillkommen waren, vor allem seine <<negativen>>.“ (Lambrou 2011,48). Diese Gefühle, die jedes Kind jedoch hat, mussten als aktive Schutzfunktion blockiert werden, was meist eine Verhaltensweise ist, die im Erwachsenenalter noch beibehalten wird (vgl. Lambrou 2011, 48). Wer so einem Hintergrund hat, dem fällt es leicht sich auf das Leben eines anderen Menschen und seine Bedürfnisse zu konzentrieren, es ist ein altes Muster. Es gibt in der Fachliteratur auch die Sichtweise, dass Co-Abhängigkeit eine eigene Krankheit sei. „Insbesondere die Partnerinnen von Alkoholkranken werden dabei grundsätzlich durch ihre Partnerwahl und die Aufrechterhaltung der Partnerschaft als krank betrachtet.“ (Rennert 2012, 30). Klein hat jedoch durch die Auswertung von vielen, überwiegend amerikanischen Studien aufgezeigt, dass die Partnerinnen von Suchtkranken eine nicht einheitliche Gruppe ergeben, von denen auch nur ein Teil unter einer psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung leiden (vgl. Rennert 2012,30).

Um co-abhängiges Verhalten zu verdeutlichen wird hier ein Ausschnitt aus dem Buch „Co-Abhängigkeit erkennen“ von Käthe Körtel zitiert:

„Anstatt dem suchtkranken Partner die Verantwortung für sein Verhalten zu lassen, übernehmen sie die Verantwortung für ihn. Das kann bedeuten:

- Sie verstecken oder „entsorgen“ Alkohol oder andere Suchtmittel
- Sie rufen beim Arbeitgeber an und erfinden Entschuldigungen, um den wahren Grund für das Fernbleiben zu vertuschen.
- Sie entwickeln das Bedürfnis, den Suchtmittelabhängigen und den Konsum des Suchtmittels u kontrollieren.
- Konsumiert der Partner kein Suchtmittel, geht es den Co-Abhängigen gut, ist er jedoch betrunken oder bekifft, suchen sie die Schuld bei sich, fühlen sich verantwortlich und schlecht.“

(Körtel / Krasnitzkiy-Rohrbach 2004,13).

Ganz allgemein kann man Co-Abhängigkeit mit dem Verhalten des Süchtigen und seinem Konsummittel vergleichen: Bei dem Süchtigen dreht sich sein ganzes Leben um das Suchtmittel: Hab ich noch welches? Wo/Wann/Wie bekomme ich neues? Kann ich heute noch was trinken und trotzdem morgen noch zur Arbeit gehen? Bei dem Co-Abhängigen dreht sich sein ganzes Leben um den Abhängigen. Kommt er heute zur Arbeit oder muss ich ihn fahren? Ist für den Besuch alles aufgeräumt? Sind

die Flaschen entsorgt? Sollte ich heute beim Einkaufen noch etwas Alkohol mitnehmen, damit es nicht so auffällt, dass immer mein Partner etwas kauft?

Die Fragen, von denen es noch sehr viel weitere gibt, zeigen wie das Leben auf einen neuen Mittelpunkt ausgerichtet wird. Somit wird deutlich, dass auch der Co-Abhängige ein suchttypisches Verhalten zeigt.

3.3 Das Leben in der Suchtfamilie

Das Leben in einer Familie, in der ein Familienmitglied alkoholabhängig ist, ist für alle beteiligten nicht einfach. Man bezeichnet solch eine Familienkonstellation auch als „dysfunktionale Familie“. Wobei dies nicht nur auf Suchtfamilien zutrifft. Dysfunktionale Familien gibt es viele und die Gründe ihrer „Dysfunktion“ sind vielfältig. „[...] Familien, in denen die Struktur aufgrund verschiedener Umstände (geringer sozioökonomischer Status, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, elterliche Psychopathologie, Trennung, Scheidung, Tod eines Elternteils) empfindlich gestört ist“ (Zobel 2006, 31) werden als solche definiert.

Um die Auswirkungen auf die Kinder besser verstehen zu können ist es sinnvoll sich das praktische Leben solcher Familien anzusehen. Wie sieht das Leben für die Familienmitglieder ganz konkret aus? Dieser Frage wird in diesem Kapitel nachgegangen.

3.3.1 Probleme

Problem ist ein sehr allgemeines Wort. In diesem Kontext ist damit die Gesamtheit der finanziellen und sozialen Schwierigkeiten gemeint, mit denen die Mitglieder einer Suchtfamilie täglich zu tun haben und die mit dem erhöhten Alkoholkonsum des Abhängigen in Zusammenhang stehen.

„Die Sucht kommt in allen Schichten, in allen Berufsgruppen einer Bevölkerung vor.“ (Lambrou 2011, 30). Man kann also nicht pauschal davon ausgehen, dass alle Familien, in der ein Abhängiger lebt, finanzielle Probleme haben. Doch ist es nicht schwer sich vorzustellen, dass durch den erhöhten Alkoholkonsum das Nachgehen einer regelmäßigen Arbeit immer schwerer wird. Verhaltensweisen wie Unpünktlichkeit, Unverlässlichkeit, Fehler und Fernbleibe können schnell zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Aus Scham und Angst vor Kündigung wird häufig über die eigene Abhängigkeitserkrankung geschwiegen. In einer Untersuchung von Klein hat sich gezeigt, dass von 251 Kindern aus alkoholbelasteten Familien in 29,6% der

Fälle der Vater arbeitslos war. In unbelasteten Familien waren es nur 5,6%. Es liegt nahe, dass nicht nur der Konsum zum Verlust des Arbeitsplatzes führt, sondern dass ebenfalls der Verlust des Arbeitsplatzes und die damit verbundenen finanziellen Schwierigkeiten zu erhöhtem Alkoholkonsum führen.

Neben den finanziellen Schwierigkeiten gibt es auch soziale Probleme. Damit sind in erster Linie die Probleme von Beziehungen gemeint. Das beginnt bei dem Streit zwischen den Eltern, geht über die Auseinandersetzung mit den Kindern und reicht bis zum sozialen Rückzug von Freunden, Verwandten und Nachbarn, hauptsächlich aus dem Grund der Geheimhaltung. Nicht nur der Abhängige selbst leidet unter sozialen Problemen, denn durch sein konsumbedingt verändertes Verhalten, sind auch die übrigen Familienmitglieder davon betroffen. Es kommt oft zu vermehrten Streitigkeiten, Disharmonie und Konflikten zwischen den Partnern, unter denen auch die Kinder leiden(vgl. Klein 2007, 3).

3.3.2 Die Atmosphäre in der Suchtfamilie

Die Familie lebt mit einem alkoholkranken Vater, oder eine alkoholkranken Mutter. Dieser Umstand wirkt sich zwangsläufig auf die gesamte Familie aus. Wie bereits erläutert, gibt es oft finanzielle und soziale Probleme. Die sozialen Probleme finden zwar auch nach außen hin statt, wie der soziale Rückzug, doch das meiste problematische Verhalten findet innerhalb der Familie statt. So leben die Familienmitglieder in einer ganz bestimmten Atmosphäre. Diese ist wie oben schon beschrieben, vor allem durch Konflikte, Disharmonie und Streitigkeiten zwischen den Eltern geprägt. Doch auch extreme Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeit im Elternverhalten prägen eine überwiegend angespannte Grundatmosphäre (vgl. Klein 2007, 3). Die Angst vor der nächsten überfordernden Situation und die Verwirrung, die vor allem die Kinder empfinden, denen nicht erklärt wird, was eigentlich vor sich geht, sind weitere Grundgefühle in der Familie. Oft kommt es bei Alkoholabhängigkeit zu gewalttätigem Verhalten, manchmal auch zu Vernachlässigung oder sogar Missbrauch (vgl. Zobel 2006, 26).

Da es viele Einflussfaktoren gibt, die auf das Verhalten von Menschen wirken und sich auf die Atmosphäre in der Familie auswirken kann man nicht vor DER Atmosphäre reden, die in jeder Familie vorherrscht (vgl. Puhm [u.a.] 2008,61). Doch im Allgemeinen kann man sagen, dass vor allem die Kinder, durch das Verhalten der Eltern einem hohen Ausmaß an innerfamiliärem psychischen Stress ausgesetzt sind.

3.3.2.1 Elterliches Erziehungsverhalten

In der Literatur lassen sich immer wieder einseitige Zuschreibungen finden, die das oft beobachtete problematisch/auffällige Verhalten von Kindern alkoholabhängiger Eltern meist ausschließlich der elterlichen Abhängigkeitserkrankung zuschreiben (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 38). Doch bei Vergleichen mit beispielsweise depressiven Eltern werden Ähnlichkeiten deutlich. Das lässt vermuten, dass nicht die Abhängigkeitserkrankung an sich, sondern das damit verbundene Verhalten ausschlaggebend für die Entwicklung der Kinder ist. Hier zeigt sich wieder der Zusammenhang zu der allgemein als „dysfunktional“ bezeichneten Familie.

Dieses elterliche Erziehungsverhalten, ist vor allem durch Inkonsequenz geprägt (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 60). „Nicht abhängige Elternteile versuchen, wahrgenommene Defizite im Erziehungsverhalten ihres abhängigen Partners zu kompensieren; so kann z.B. die als übermäßig empfundene Strenge des trinkenden Elternteils ein eher gewährendes Erziehungsverhalten des Partners hervorrufen.“ (Puhm [u.a.] 2008, 60). Weiteres Erziehungsverhalten von alkoholabhängigen Eltern können geringe Kontrolle bzw. Unterstützung sein (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 60). Dies kann bis zur Vernachlässigung gehen.

3.3.2.2 Regeln in der Suchtfamilie

Ein wichtiger Teil des Lebens in einer Suchtfamilie sind die Regeln nach denen sie lebt. Interessant dabei ist, dass diese Regeln niemals besprochen, gesagt oder aufgeschrieben werden, sie oftmals nicht bewusst sind, doch alle nach ihnen leben (vgl. Wegscheider 1988, 54). Wenn ein Kind in eine Familie hineingeboren wird, so wird es in ein System hineingeboren, das sich schon an feste Regeln hält, das sich schon geeinigt hat über das Verhalten untereinander, welche Werte gelten und wer die Entscheidungen trifft (vgl. Wegscheider 1988, 54). Dem Kind bleibt nichts anders übrig als sich anzupassen. Wegscheider war eine der ersten, die diese Regeln beschrieben hat. Diese Regeln sind auch heute noch gültig und werden von der aktuellen Fachliteratur zitiert (vgl. z.B. Zobel 2006, 23). Wichtig und nicht außer Acht zu lassen ist, dass es heute zweifelhaft ist, ob diese Regeln ausschließlich in Alkoholikerfamilien auftauchen. Eher ist zu vermuten, dass diese Regeln in jeder dysfunktionalen, selbst in gesunden Familien auftauchen können.

Festzuhalten ist die Häufung der Regeln, die vor allem in Familien mit Suchterkrankungen auftauchen. Michael Klein fasst die vorherrschenden Regeln in

einer Alkoholikerfamilie so zusammen: „Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, z.B. dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsstrategien sind.“ (Klein 2007, 3). Wiebke Schneider bringt es auf den Punkt: „Nicht Sehen, nicht Reden, nicht Fühlen – das beschreibt die Situation einer Familie mit Suchtproblemen.“ (Schneider 2007, 20). Ausformuliert ergeben sich folgende unausgesprochene Familienregeln:

1. Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol.
2. Der Alkohol ist nicht Ursache von Problemen.
3. Der abhängige Elternteil ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, Schuld sind andere oder die Umstände.
4. Der Status quo muss unbedingt erhalten bleiben, koste es, was es wolle.
5. Jeder in der Familie ist ein „enabler“ (Zuhelfer).
6. Niemand darf darüber reden, was „wirklich“ los ist.
7. Niemand darf sagen, wie er sich wirklich fühlt.

(Zobel 2006,23 zit. nach Wegschneider 1988)

Wenn Kinder nach diesen Regeln leben ist nachzuvollziehen, dass sie den Zugang zu ihren Gefühlen und ihren Bedürfnissen bald vollkommen verlieren. Im Zentrum der Familie steht der Alkohol. Er „[...] ist *das* bestimmende Element in Suchtfamilien.“ (Zobel 2006, 23). Die Familie ist so fixiert auf den Alkohol und die Einhaltung der damit verbundenen Regeln, dass eine Veränderung als Bedrohung angesehen wird und damit fast unmöglich erscheint (vgl. Zobel 2006, 24). Um mit Kindern aus Alkoholikerfamilien gut arbeiten zu können ist es wichtig zu wissen, dass die Kinder nach solchen Regeln leben und dass das bloße Erscheinen in, beispielsweise, einer Beratungsstelle schon ein Brechen all dieser Regeln darstellt.

3.3.2.3 häufige Erfahrungen der Kinder in der Suchtfamilie

Alle Familien über einen Kamm zu scheren wäre fatal, doch mit einer Häufung an Verhaltensregeln geht auch eine Häufung an bestimmten Erfahrungen, die viele Kinder in Suchtfamilien machen, einher. Cork hat 1969, in einem seiner ersten Bücher, die häufigsten typischen Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern zusammengefasst. In der aktuellen Literatur wird sich immer noch darauf bezogen, was zeigt, dass diese Zusammenfassung noch nicht veraltet ist. Hier sind die wichtigsten aufgelistet:

1. Nicht zu Freunden gehen, um nicht in die Zwangslage zu kommen, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschämend verhalten könnten.

2. In der Schule mit den Gedanken zu Hause sein, was dort gerade Schlimmes passiert oder bald passieren wird.
3. Andere Kinder beneiden oder eifersüchtig auf diese sein, wenn sie Spaß und Leichtigkeit mit ihren Eltern erleben.
4. Sich als Kind unter Gleichaltrigen isoliert, abgewertet und einsam fühlen.
5. Sich von den Eltern vernachlässigt, bisweilen als ungewolltes Kind fühlen.
6. Für die Eltern sorgen, sich um sie ängstigen, insbesondere wenn die Mutter süchtig trinkt.
7. Sich um Trennungsabsichten oder vollzogene Trennungen der Eltern unablässig Sorgen machen.
8. Als Jugendlicher die Eltern nicht im Stich lassen wollen (z.B. nicht von zu Hause ausziehen können).
9. Die Eltern für ihr Fehlverhalten entschuldigen. Lieber andere Menschen oder sich selbst beschuldigen.
10. Vielfache Trennungen und Versöhnungen der Eltern erleben und sich nicht auf einen stabilen, dauerhaften Zustand verlassen können.
11. Wenn der trinkende Elternteil schließlich mit dem Alkoholmissbrauch aufhört, weiterhin selbst Probleme haben oder solche suchen.

(Klein 2007/2008, 12 zit. nach Cork 1969)

Was mit dieser Auflistung deutlich wird ist vor allem, welcher Spannung die Kinder täglich ausgeliefert sind. Wenn man diese Auflistung mit den vorher beschriebenen Regeln zusammen betrachtet fällt vor allem der große Gegensatz der heftigen Gefühle auf. Die Kinder spüren Angst, Wut, Einsamkeit, Neid, Scham, geraten immer wieder in Loyalitätskonflikte und sind mit den Gedanken immer bei dem trinkenden Elternteil. Gleichzeitig dürfen sie diese Gefühle jedoch weder empfinden, noch aussprechen. Es wird geschwiegen. Dieser Spannungszustand ist so groß, dass es zwangsläufig zu einer für die Kinder sinnvollen Bewältigungsstrategie kommen muss um diese Spannung zu ertragen. Sie vollbringen eine „Leistung“ indem sie ihre Gefühle unterdrücken, sich kontrollieren und gleichzeitig auf die Gefühle der Eltern und evtl. der Geschwister eingehen. Auf diese Bewältigungsstrategien wird in Punkt 3.5 ausführlich eingegangen.

3.4 Die Auswirkungen des Lebens in einer Suchtfamilie auf die Kinder

Das Leben in einer Suchtfamilie hat viele Auswirkungen auf die Kinder. Auch hier ist zu betonen, dass man nicht allgemein sagen kann, dass alle Auswirkungen auf alle Kinder in Suchtfamilien zutreffen. Trotzdem sollten alle möglichen Auswirkungen bekannt sein, um angemessen darauf reagieren zu können. Bei den Auswirkungen

ist grundsätzlich in zwei Kategorien zu unterscheiden: Es gibt die direkten und die indirekten Auswirkungen des elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung von Kindern (vgl. Klein 2007,4).

3.4.1 Direkte Auswirkungen

Zu den direkten Auswirkungen auf die Kinder gehören die, die in Zusammenhang mit der Substanz an sich stehen. Es sind also mögliche Auswirkungen, die der Alkoholkonsum direkt verursacht hat. An erster Stelle ist hier das fetale Alkoholsyndrom zu nennen (vgl. Klein 2007,4). „Zu den Merkmalen des fetalen Alkoholsyndroms (FAS)gehören kraniofaziale Veränderungen, Mikrozephalie und Minderwuchs. Die körperlichen Merkmale können teilweise oder gänzlich fehlen, dennoch haben die betroffenen Kinder hirnorganische Schäden und zeigen z.T. erhebliche kognitive Defizite (partiell FAS).“ (Feldmann/Löser/Weglage 2007, 853). Aber auch die fetalen Alkoholeffekte und die häufig auftretenden Alkoholvergiftungen der Kinder gehören zu den direkten Auswirkungen (vgl. Klein 2007,4).

3.4.2 Indirekte Auswirkungen

Wesentlich häufiger als die direkten, sind jedoch die indirekten Auswirkungen. Hier ist nicht die Substanz entscheidend, sondern der daraus resultierende Umgang zw. dem Kind und der konsumierenden Person. Es sind die Begleitumstände und die Konsequenzen des Konsummissbrauchs bzw. der Abhängigkeit, die die Kindsentwicklung negativ beeinträchtigen (vgl. Klein 2007, 4). Da hier die Substanz an sich nicht entscheidend ist, ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass die möglichen Folgen auch in anderen Familien auftreten können. Die indirekten Auswirkungen kommen auch bei andern Substanzabhängigkeiten vor und auch bei Familien in der ein Elternteil beispielsweise unter Depressionen leidet oder eine psychische Störung hat.

Zu diesen indirekten Auswirkungen gehören vor allem die häufigen Trennungen und Scheidungen, die chronischen Konflikte in der Familie, die häufig auftretenden Formen von Vernachlässigungen, Missbrauch und Misshandlungen der Kinder und die Unberechenbarkeit des Elternverhaltens (vgl. Klein 2007, 4). Der Suchtmittelkonsum beeinträchtigt das Verhalten der gesamten Familienmitglieder wodurch die gesamten Verhaltensweisen der Familie als indirekte Auswirkung des

Alkoholkonsums gesehen werden kann. Wie dieses Verhalten genau aussehen kann wird in den folgenden Kapiteln beschrieben.

3.4.3 Transmission

Es gibt zahlreiche Studien, die den Zusammenhang zw. der elterlichen Alkoholabhängigkeit und den späteren psychischen Auffälligkeiten wie Angststörungen und Depressionen, externalisierende Auffälligkeiten wie Störungen des Sozialverhaltens oder hyperkinetische Störungen der Kinder herstellen (vgl. Moesgen/ Schulz/ Klein 2012, 109). Es gibt Theorien über das sogenannte Transmissionsrisiko, dass in diversen Studien Mal auf genetische Faktoren, mal auf die intergenerationale Übertragung psychischer und substanzbezogener Störungen durch familiäre Stressoren, die in Zusammenhang mit der elterlichen Substanzproblematik auftreten und Mal auf die eigene Widerstandsfähigkeit der Kinder zurückgeführt wird (vgl. Moesgen/Schulz/Klein 2012, 110). Wieder andere Studien stellen den Zusammenhang zwischen dem Verhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der Art und Weise, wie die Ereignisse und Situationen interpretiert und bewertet werden her (vgl. Moesgen/Schulz/Klein 2012, 110). Risikogruppen haben auch in der nahen und weiteren Verwandtschaft signifikant mehr Verwandte mit problematischem Alkoholkonsum als Vergleichsgruppen (Zobel 2006, 123). „Natürlich werden auch Personen ohne familiäre Vorbelastung alkoholkrank, doch wenn es um Prädiktoren von Abhängigkeit geht, ist die familiäre Belastung durch Alkohol ein stabiler Risikofaktor.“ (Zobel 2006, 123). Warum genau Kinder von alkoholabhängigen Eltern ein erhöhtes Risiko haben unter späteren Krankheiten zu leiden ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen, doch die Zahlen aus den Studien stellen eindeutige Hinweise dar, dass es einen Zusammenhang gibt. Studien von suchtbelasteten Familien im Vergleich zu anderen dysfunktionalen Familien, sowie zu Kontrollfamilien ohne Auffälligkeiten stützen die These, wonach in erster Linie die Auswirkungen des elterlichen Alkoholmissbrauches innerhalb der Familie eine zentrale Rolle spielt für die weitere Entwicklung der Kinder und nicht der Alkoholkonsum per se (vgl. Zobel 2006, 89). Somit ist dies eine Auswirkung die hier zumindest zu nennen ist, auch wenn sie hier nicht in all ihren Facetten dargestellt wird.

3.5 Rollen als Bewältigungsstrategie

Wegscheider und Black, beides Frauen die in der Praxis mit Kindern alkoholabhängiger Eltern gearbeitet haben, haben um 1988 unabhängig voneinander das Anpassungsbestreben von Kindern in Suchtfamilien, mit dem Hintergrund eines systemischen Konzeptes, analysiert. Sie sind beide auf das Annehmen von verschiedenen Rollen mit bestimmten Verhaltensweisen als Bewältigungsstrategie gestoßen (vgl. Zobel 2006,27). Bis in die Anfänge der 90er Jahre forschten noch Akerman, Lambrou und Jakob an diesen Rollenmustern, doch änderten sich die Rollen nur geringfügig. Weil in der aktuellen Fachliteratur meist Wegscheider und Black zitiert werden, hauptsächlich, weil es kaum aktuelle Forschungen zu dem Thema gibt und weil ihre Erkenntnisse noch gelten, wird auch bei dieser Arbeit der Fokus auf der Primärliteratur von 1988 liegen.

Die Rollen sind auch heute noch bei Kindern zu beobachten, doch wie man, aufgrund neuester Forschungen weiß, nicht nur bei Kindern aus Alkoholiker Familien, sondern allgemein bei dysfunktionalen Familien, deren Familienalltag von unberechenbarem Verhalten der Eltern und von ungesunden Regeln wie Verleugnung und Schweigen, Unterdrückung der Gefühle geprägt ist und sogar teilweise auch bei gesunden Familien.

3.5.1 Die Entstehung der Rollen

Wie oben bereits beschrieben ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit die beim Leben in einem familiären Kontext nicht nur die abhängige Person betrifft. Durch den Konsum des abhängigen Familienmitgliedes und sein dadurch verändertes Verhalten wird die Abhängigkeit des einzelnen zu einer Familienkrankheit. Wie ein Mobile sind alle Familienmitglieder miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig durch ihr Verhalten. Was alle Familienmitglieder gemein haben ist das starre Festhalten an den Regeln die sich mit der Abhängigkeit entwickelt haben.

Wegscheider ist der Meinung, die Familienmitglieder in einer Alkoholikerfamilie würden sich für dieselben Abwehrmechanismen wie die Alkoholiker entschließen (vgl. Wegscheider 1988, 91). Das würde in diesem Falle bedeuten, dass sie ihre wahren Gefühle verbergen und eine Rolle in dem Familiensystem spielen, bzw. übernehmen, die der Rolle eines Verbündeten ähnelt (vgl. Wegscheider 1988, 91).

Für die Kinder trifft eher zu, dass das Annehmen einer Rolle eine Schutzfunktion ist um in einem System, in dem es für sie zu wenig Liebe, Wärme, Schutz, Förderung,

Interesse, Respekt und Stabilität gibt, überleben zu können (vgl. Zobel 2006, 27). Sie passen sich den gegebenen Verhältnissen bestmöglich an um die lebenswichtigen Defizite auszugleichen.

3.5.2 Die Rollen

Im Laufe ihrer 10jährigen Arbeit mit Alkoholiker-Familien hat Wegscheider herausgefunden, dass es fünf Hauptrollen gibt, die praktisch in jeder dieser Familien vorkommen. Sie nennt sie den „Zuhelfer“, den „Held“, den „Sündenbock od. das schwarze Schaf“, das „stille Kind“ und den „Clown“ (vgl. Wegscheider 1988, 91). Da die Rolle des Zuhelfers der Rolle des co-abhängigen Partners des trinkenden Elternteils weitgehend entspricht und diese schon erörtert wurde, wird sie in diesem Kapitel vernachlässigt. Black kam auf ähnliche Rollen. Sie nannte sie „Verantwortungsbewusster“, „ausagierendes Kind“ und „Fügsamer“. Den Clown gab es bei Black nicht, dafür jedoch den „Friedensstifter“. Die Rollen kommen selten in so einer reinen Form vor, sie können sogar im Laufe des Lebens wechseln, sich überschneiden oder ein Kind kann Anteile aus zwei oder drei Rollen verinnerlichen (vgl. Wegscheider 1988, 92 /Zobel 2006, 30). Für ein besseres Verständnis werden hier jedoch die Urformen beschrieben.

3.5.2.1 Der Held – der Verantwortungsbewusste

Der Held ist meist das erstgeborene Kind (vgl. Wegscheider 1988,112). Das Kind wird in eine Zweierbeziehung hineingeboren, in ein System dass aus zwei schwachen Punkten (den beiden Elternteilen) besteht, in dem sich das Kind verpflichtet fühlt, für das Gleichgewicht dieses Systems zu sorgen (vgl. Wegscheider 1988,113). Es versucht „die schwachen Punkte zu stärken und das Leiden des anderen zu lindern – um selber nicht so zu leiden.“ (Wegscheider 1988, 113).

Er zeichnet sich dadurch aus, dass er „versucht, der häuslichen Willkür durch aktives Engagement entgegenzutreten und sucht durch schulische und/oder sportliche Leistungen Aufmerksamkeit und Anerkennung.“(Zobel 2006,27). Der Held bemüht sich mit seinen Leistungen das Scheinbild einer guten Familie aufrechtzuerhalten. Durch die unausgesprochene Regel des Schweigens über seine eigenen Gefühle, hält auch der Held seine Gefühle zurück und „schützt sich vor Gefühlen wie Angst und Hilflosigkeit durch aktives Handeln.“ (Zobel 2006, 2). Seine Gefühle und Bedürfnisse fallen hinter das verantwortungsbewusste Handeln in der Familie, sie

gehen in dem Drang unter, die Familie zusammenzuhalten und durch gute Leistungen aufzuwerten. Da die Probleme in der Familie jedoch mit guten Leistungen nicht zu lösen sind, ist die Leistung nie ausreichend. Doch der Held braucht „den äußeren Erfolg um sich wertvoll und angenommen zu fühlen.“ (Zoebel 2006, 27). In diesem Widerspruch ist der Held gefangen und leidet unter einer permanenten Überforderung (vgl. Wegscheider 1988, 116). Deshalb begleiten ihn ständige Schuldgefühle und Minderwertigkeitsgefühle. Er sieht sich als Versager, „er weiß nämlich, daß er zwar in manchen Dingen gut ist, daß das alles aber nicht genügt, um die Familie ins Lot zu bringen; er ist unfähig, ihr Leiden zu heilen.“ (Wegscheider 1988, 117). Das ist jedoch das Ziel. „Diesem unerfüllbaren Traum hat der Held sein Leben geweiht.“ (Wegscheider 1988, 113). Der Held hat oft auch später, wenn er älter ist, keinen oder einen erschwerten Zugang zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen.

3.5.2.2 Der Sündenbock /das schwarze Schaf – das ausagierende Kind

Wie schon die Rolle des Helden wird die Rolle des Schwarzen Schafes meistens durch die Geburt bestimmt. Nach Wegschneider ist das zweitgeborene Kind durch das „zu spät kommen“ dazu gezwungen eine andere Rolle einzunehmen, da die erste Rolle, die des Helden, schon besetzt ist. „Es erscheint auf der Bühne und muß feststellen, daß schon drei Personen da sind und die Aufführung bereits begonnen hat. Es kommt zu spät – die Rolle des Helden ist schon besetzt.“ (Wegscheider 1988, 124). Wegscheider ist der Meinung, dass das zweitgeborene Kind schnell merkt, dass es nie an die besondere Stellung des Erstgeborenen herankommen wird und somit gezwungen ist, eine neue Taktik zu probieren, um die gewünschte Aufmerksamkeit zu bekommen, an der es ihm oft mangelt (vgl. Wegscheider 1988, 124). Aus Mangel an Aufmerksamkeit, aus der Einsamkeit heraus, zieht sich das Kind zurück, es wird zum schwarzen Schaf, zum Außenseiter. Doch diese Rolle kann das Kind nicht lange aushalten, jedes Kind braucht Aufmerksamkeit und Zuwendung. Deshalb ist das Kind irgendwann „so ausgehungert nach Aufmerksamkeit von seinen Eltern – nach irgendetwas, das ihm sein Dasein bestätigt, [...]“ (Wegscheider 1988,124), sodass es beginnt in die Rolle des Problemkindes zu schlüpfen. Es beginnt sich mit ähnlich gesinnten, meist frustrierten Kindern oder Jugendlichen zu treffen, es kommt zu spät, schwänzt die Schule, und beginnt zu trinken oder Drogen zu nehmen, begeht Diebstähle oder verursacht z.B. einen Autounfall oder begeht

Sachbeschädigung (vgl. Wegscheider 1988,125). Er wird zum Sündenbock für alles. So bietet es für alle Beteiligten eine optimale Gelegenheit von den eigenen Fehlern, Schwächen und Unzulänglichkeiten abzulenken.

Der Sündenbock steht im Gegensatz zu dem Helden. „Da der Held gut und verantwortungsbewußt ist, muß das schwarze Schaf böse und verantwortungslos sein.“ (Wegscheider 1988, 125). Das Kind hat eine Möglichkeit gefunden die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Doch es lenkt nicht nur die Aufmerksamkeit auf sich, sondern auch weg vom Alkoholabhängigen in der Familie. So versucht es auf seine Weise ein Stück Gleichgewicht in die Familie zu bringen.

3.5.2.3 Das verlorene Kind – der Fügsame

Wie die anderen Kinder, fühlt sich auch das stille Kind, das drittgeborene, als Außenseiter (vgl. Wegscheider 1988,136). Es versucht jedoch nicht sich diese durch auffälliges Verhalten zu holen, sondern hat das Gefühl, es gäbe keine Möglichkeit sich noch zu präsentieren. „Es zieht sich einfach hinter die Kulissen zurück“ (Wegscheider 1988,136). Das stille Kind wird ein Kind ohne Ansprüche.

Alle Familienmitglieder funktionieren in einem System, das zwar nicht gesund, aber funktionsfähig ist, agieren dort und finden ihren Platz; Jeder, bis auf das stille Kind. Es wird in dieses System hineingeboren, welches es überhaupt nicht versteht, es ist verwirrt, verängstigt und verunsichert und wird mit diesem Gefühl allein gelassen. Es ist gezwungen sich mit der Situation zu arrangieren. So ist es für das Kind angenehmer, sich mit sich allein zu beschäftigen, als mit dem unberechenbaren Familiensystem. In seiner Zurückgezogenheit fängt es oft an sich in eine Traumwelt zu flüchten, in der es sich wohler fühlt, als bei seiner realen Familie. Durch diesen Rückzug vereinsamt das Kind. Es geht zwar dem Negativen in der Familie aus dem Weg, baut sich einen „Schutzwall“ auf, doch „dieser Schutzwall trennt es gleichzeitig von allem Positiven, das es in dieser Familie noch gibt“ (Wegscheider 1988, 137). Die Rolle des verlorenen Kindes ist geprägt durch die niedrigen Erwartungen der Erwachsenen. Die Eltern erwarten von dem Helden vor allem Leistung und vom schwarzen Schaf Ärger, „vom Stillen Kind erwartet man überhaupt nichts.“ (Wegscheider 1988, 141). Daraus folgt, dass das Kind nie lernt sich selbst etwas zuzutrauen. Es folgt nur den niedrigen Erwartungen der anderen (vgl. Wegscheider 1988, 141). Dadurch wird es gehindert sich natürlich zu entwickeln, seinen

Forschungsdrang auszuleben und ein gesundes Selbstwertgefühl aufzubauen (vgl. Wegscheider 1988, 141).

3.5.2.4 Der Clown

Der Clown ist meist das jüngste und das letzte Kind in einer Alkoholikerfamilie (vgl. Wegscheider 1988, 147). Es ist ein Nachzügler, das auf die Welt kommt mit der Botschaft: Ich bin euer letztes Kind. Bewusst oder unbewusst, den meisten Eltern ist klar, dass sie nach diesem Kind kein Kind mehr bekommen werden. Das Verhalten des Clowns ist oft bei den sogenannten „Klassenkasern“ zu beobachten. Es sind Kinder die mit Witz und Humor oder mit Tollpatschigkeit jede angespannte Situation lösen, indem sie mit ihrem Witz die Aufmerksamkeit auf sich lenken und durch das Lachen auch den andern Familienmitgliedern ermöglichen ihre Spannungen abzubauen.

Die Ausgangssituation des Clowns ist ähnlich die des Stillen Kindes. Es wird auch in ein System geboren, in dem alle mit ihren Rollen beschäftigt sind und ihre Aufgabe haben ohne die Logik dahinter verstehen zu können. Ebenfalls wird der Clown mit dem verunsicherten und einsamen Gefühl alleine gelassen. Doch anders als beim stillen Kind, erklärt man ihm nicht nur nichts, sondern „ (...) man enthält ihm ganz bewußt Informationen vor und sagt ihm sogar Dinge, die irreführend und unwahr sind.“ (Wegscheider 1988, 147).

Wegschneider begründet diese Tatsache so: In jeder Familie wird ein Kind für besonders unreif, zerbrechlich und besonders hilfsbedürftig empfunden. Gelegentlich ist es ein älteres Kind, zum Beispiel der einzige Sohn unter Töchtern, die einzige Tochter unter Söhnen oder ein Kind mit einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit. Meistens ist es jedoch das jüngste Kind in der Familie, das Kind, das noch am kleinsten ist und mit seiner Hilflosigkeit und Zerbrechlichkeit alle anrührt (vgl. Wegscheider 1988, 147). Da nun das jüngste Kind, in diesem Fall der Clown, für besonders schonungsbedürftig gehalten wird, folgen alle Familienmitglieder dem Impuls, das Kind möglichst vor allem Leid zu schützen. „Eltern und Geschwister überlegen sich dreimal, was sie einem solchen Kind erzählen.“ (Wegscheider 1988, 148).

Das Kind aber hat feine Antennen, die ihn wahrnehmen lassen was da vor sich geht; auch wenn das nicht bedeutet, dass es das versteht. Es nimmt Mienen und Verhalten wahr, es hört was und wie die Eltern reden und es nimmt Anzeichen von

unterdrückten Gefühlen war, die nicht verbalisiert werden (vgl. Wegscheider 1988, 148). So wird das Kind immer wieder widersprüchliche Situationen erleben. Das Kind hat seine Empfindungen und seine Wahrnehmung, die ihm sagen hier stimmt etwas nicht, die ihm Angst einflößen. Doch die Familienmitglieder, die das Kind schützen wollen, leugnen alles Schlechte, beschwichtigen und stehen nicht zu ihren wahren Gefühlen. „Stellen wir uns vor, wie verwirrend das sein muß: Alle seine Sinne sagen dem Kind, daß irgendetwas nicht stimmt, daß jenes Etwas sehr bedrohlich ist – und doch sagt jeder, dem es vertraut, alles sei völlig in Ordnung.“ (Wegscheider 1988, 148). Mit diesem Muster wird dem Kind etwas existentiell Wichtiges genommen: Das Vertrauen in seine Selbstwahrnehmung. Es wird mit dem ständigen Gefühl leben, dass seine Wahrnehmung nicht stimmt, dass sie falsch sei. Wegscheider spricht auch von der Angst verrückt zu werden (vgl. Wegscheider 1988, 149). Das Gefühl, seine Familie sei bedroht ist ständig da. „Er kann seine Angst an nichts festmachen, er hat keine Möglichkeit, sie zu äußern weil ihm alle versichern, daß es keinen Grund dafür gibt.“ (Wegscheider 1988, 149). Die Angst, die der Clown täglich empfindet staut sich mit der Zeit zu einer Spannung auf, die irgendwie entladen werden muss. Diese Entladung äußert sich in dem typischen Verhalten des Clowns.

3.5.2.5 Der Friedensstifter

Der von Black benannte Friedensstifter ist ein Kind, das von den Eltern oft als „sensibel“ beschrieben wird. Es lacht und weint nicht so oft wie die anderen, doch scheint es von allen Ereignissen in der Familie am stärksten betroffen zu sein (vgl. Black 1988, 35). Trotz oder gerade wegen seiner Sensibilität möchte das Kind die anderen Familienmitglieder trösten und scheint immer deren Gefühlslage zu verstehen (vgl. Black 1988, 35). „Der Friedensstifter wird am besten mit der widersprüchlichen und spannungsgeladenen Situation zu Hause fertig, wenn er versucht, durch ein bestimmtes Verhalten die eigene Anspannung und den eigenen Kummer und auch die Anspannung und den Kummer der anderen zu verringern.“ (Black 1988, 35). Das Kind versucht also nicht durch Kaspereien und Witz die Situation zu entschärfen, wie der Clown bei Wegscheider, sondern durch Zuhören, Verständnis zeigen und Aufmuntern. Das Kind ist durch dieses Verhalten sehr beliebt und vor allem für die alkoholabhängigen Eltern eine Entlastung, da es niemals widerspricht und auch seine Enttäuschung nie offen zeigen würde. Der Friedensstifter wird nie als selbstsüchtig eingestuft, streitet sich nie und scheint keine

eigenen Bedürfnisse zu haben. Black betont vor allem die Neigung der erwachsen gewordenen Kinder in helfenden Berufen zu arbeiten.

3.5.3 Gemeinsamkeiten der Rollen

Was durch die detaillierte Beschreibung der verschiedenen Rollen deutlich wird, ist die Fokussierung auf den Abhängigen und/oder die anderen Familienmitglieder, weg von sich selbst. Die eigenen Bedürfnisse werden nicht erfüllt und dadurch ständig unterdrückt um der erneuten Enttäuschung zu entgehen. Das führt meist zum völligen Verlust des Zugangs zu den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen und noch schlimmer, sogar zum Zweifel an der eigenen Selbstwahrnehmung. Sie opfern ihre eigenen Bedürfnisse um das Gleichgewicht der Familie aufrecht zu erhalten, um ein wenig Aufmerksamkeit, und sei es auch nur negative, zu erhalten und sich ihren Platz in der Familie zu sichern.

3.5.3.1 Positives der Rollen – eine Bewältigungsstrategie

Wie oben beschrieben entstehen diese Verhaltensmuster und Rollen in die die Kinder schlüpfen aus einer Not- und Mangelsituation heraus. Die somit erworbene Rolle dient also als Bewältigungsstrategie dieses Missstandes. Sie ist somit eine kreative Anpassungsleistung der Kinder. Sie können so ihren Platz in der Familie finden, passen ihre Bedürfnisse den Umständen an und können in einem System überleben, das ihnen keine sichere Basis liefert. Die Kinder brauchen diese Rollen, da sie der einzige Schutz sind und das einzig Beständige was sie haben. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig das Verhalten der Kinder nicht von vorne herein abzuwerten und als „verzogen“ anzusehen, wie es z.B. leicht bei dem Sündenbock passieren kann, sondern die positive Seite dieser Rollen immer im Blick zu haben.

3.5.3.2 Negatives der Rollen – bleibende Verhaltensmuster

So gut diese Bewältigungsstrategie auch zunächst ist, oft bleibt sie ein Leben lang und wird nie überprüft und den neuen Umständen angepasst. Kinder bleiben in ihren Rollen, auch als Erwachsene. Doch nicht nur die Rollen werden beibehalten, auch das angelernte Verhalten wie das gekonnte Unterdrücken der eigenen Gefühle und Bedürfnisse. So wird es allen Kindern, egal welche Rolle sie gespielt haben, immer schwer fallen ihre eigenen Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen und ihre Wünsche zu formulieren. Die Schweige-Kultur in einer Suchtfamilie hat lang anhaltende

Auswirkungen auf die Kinder. Sie haben nie gelernt, dass man über Probleme sprechen kann, dass man sich für seine Gedanken und Gefühle nicht zu schämen braucht und sie aussprechen kann. „Verhalten, das in der Kindheit als Anpassungsleistung notwendig war und sich in Form einer Rolle manifestierte, verfestigt sich demnach und wirkt über Kindheit und Jugend ins Erwachsenenalter hinein, wo es zu massiven Problemen und Anpassungsschwierigkeiten führen soll.“ (Zobel 2006, 30).

3.5.3.3 Ausbrechen aus den Rollen

Das Ausbrechen aus diesem System, was das Ansprechen der Probleme, der eigenen Gefühle und die Beendigung der Verleugnung wäre, ist vielen Menschen unmöglich. Vor allem Kinder sind so fixiert auf das, was sie kennen und was sie vorgelebt bekommen, dass eine Veränderung als Bedrohung erscheint. Kinder würden sich beim Durchbrechen des Systems in dem sie aufwachsen, gegen ihre Eltern stellen, was ihre gesamte Existenz in Gefahr bringen würde. Aus diesem Blickwinkel ist es leicht zu verstehen, dass Kinder selten von sich aus Hilfe suchen. Kinder wählen in erster Linie immer den „sicheren“ Weg, schweigen und versuchen das ungesunde Familiensystem um jeden Preis aufrecht zu erhalten (vgl. Wegscheider 1988, 91). Wegscheider ist der Meinung, die Familienmitglieder in einer Alkoholikerfamilie würden sich für dieselben Abwehrmechanismen wie die Alkoholiker selbst entschließen (vgl. Wegscheider 1988, 91). Das würde in diesem Falle bedeuten, dass sie ihre wahren Gefühle verbergen und eine Rolle in dem Familiensystem spielen, bzw. übernehmen, die der Rolle eines Verbündeten ähnelt (vgl. Wegscheider 1988, 91). Genau da setzt auch die Behandlung an. Das erste Ausbrechen ist der Weg in die Beratungsstelle. Danach geht es damit weiter sich seiner Rolle, (oder Anteile dieser oder verschiedener), bewusst zu werden und die ungesunden Aspekte in gesündere Handlungsweisen umzuwandeln.

Was alle Autoren, die sich mit der Entwicklung der Rollen beschäftigt haben, nicht nur Wegscheider und Black, auch Lambrou und Jakob gemeinsam haben, ist die pathogene Sichtweise, aus der sie die Entwicklung der Kinder betrachten. Einzig und allein Akerman hat mit der Rolle des „Unverletzten“ die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung der Kinder in Betracht gezogen (vgl. Zobel 2006, 28).

4 Unterstützung von Kinder alkoholabhängiger Eltern

Braucht jedes Kind aus einer Suchtfamilie Unterstützung? Kann man aus den aktuellen Forschungen einen allgemeinen Unterstützungsbedarf für Kinder von alkoholabhängigen Eltern formulieren? Und wo sollte die Unterstützung von den Kindern am besten ansetzen? Auf diese Fragen wird versucht in diesem Abschnitt der Arbeit eine Antwort zu finden um später eine sinnvolle Unterstützungsart vorzustellen.

4.1 Unterstützungsbedarf

Akerman war der erste, der die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung von Kindern mit einem alkoholabhängigen Elternteil überhaupt in Betracht zog. Heute sind Begriffe wie Resilienz oder Schutzfaktoren und Ressourcen jedoch in aller Munde. Es gibt Kinder, die sich gegenüber belastenden Umständen und Ergebnissen als widerstandsfähiger als andere Kinder erweisen (vgl. Gabriel 2005, 207). Der Begriff Resilienz stellt somit einen positiven Gegenbegriff der Vulnerabilität dar (vgl. Gabriel 2005, 207). Daraus folgt, dass nicht alle Kinder Unterstützung benötigen, zumindest nicht die gleiche Art von Unterstützung.

Hinzu kommt die Tatsache, dass die Praktiker meist nur mit den Kindern konfrontiert sind, bei denen die elterliche Alkoholerkrankung zu negativen Auswirkungen geführt hat und die Familiensituation eskaliert ist (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 76). Die Kinder, die sich gesund entwickeln, bzw. so, dass das Verhalten nicht auffällig erscheint, werden oft nicht wahrgenommen. So entsteht der allgemeine Eindruck, dass alle Kinder Unterstützungsbedarf benötigen.

Wie im Abschnitt der Transmission angedeutet, gibt es viele Faktoren die ein späteres Entwickeln von psychischen und externalisierenden Auffälligkeiten und hyperkinetische Störungen bedingen. Es ist also nachgewiesen, dass das Leben in einer Suchtfamilie die Kinder anfälliger für solche Folgen macht. Somit entsteht schnell die Vermutung, dass Kinder, die unter solchen Bedingungen leben Unterstützung bedürfen um sie vor den Folgen zu schützen. Diese pathogene Sichtweise besteht, seit die Kinder in den Fokus der Forschung geraten sind noch heute, trotz Studien die aufzeigen, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern oft kreativer

sind, dass sie oft ein normales Persönlichkeitsprofil aufweisen und dass sie meist genauso fröhlich sind, wie die Kinder der Kontrollgruppe (vgl. Zobel 2006, 54).

Eine der aktuellsten Studien hat jetzt sogar belegt, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht grundsätzlich über mehr dysfunktionale kognitive Muster und weniger positive Kognitionen verfügen als Kinder aus unbelasteten Familien (vgl. Moesgen/ Schulz/ Klein 2012,114). Die Ergebnisse dieser Studien sind zu beachten, doch die Tatsache, dass bei solchen Studien immer ein Selektionsbias besteht ist nicht außer Acht zu lassen. Bei der Studie von Moesgen/ Schulz und Klein wurden nur Kinder und Jugendliche von behandelten, suchtkranken Eltern befragt, die Ergebnisse können somit in eine falsch positive Richtung deuten (vgl. Moesgen/ Schulz/ Klein 2012,115). Kinder, die belastet in einer Familie leben, in der die Anpassung und die Geheimhaltung an erster Stelle stehen, in der alles getan wird, um die Krankheit zu vertuschen, werden also in den Studien nicht erfasst und auch nicht von den Praktikern erlebt, zumindest erst, wenn die Verhaltensweisen schon so verinnerlicht sind und sie nach außen hin auffällig werden.

Es stellt sich also ein noch unlösbares Problem dar: Man kann versuchen den allgemeinen Unterstützungsbedarf von Kindern alkoholabhängiger Eltern aus Rückschlüssen der Studienergebnisse zu ermitteln, doch wird damit stets nur ein Unterstützungsbedarf der früh erfassten, später wahrscheinlich nicht auffälligen Kinder ermittelt. Dies deutet zwangsläufig auf einen zu geringen Unterstützungsbedarf hin. Oder man versucht den allgemeinen Unterstützungsbedarf aus den nicht in Studien erfassten, später jedoch wahrscheinlich auffälligen Kindern zu ermitteln, was zu der pathogenen Sichtweise führt, dass alle Kinder einen sehr hohen Unterstützungsbedarf haben. Das heißt eine generelle Aussage zu treffen ist trotz Studien nicht möglich.

Es wird immer Kinder geben, die den Umständen standhalten, die ein resilientes Verhalten zeigen. Es wird auch immer die Kinder geben, die sich fast lehrbuchhaft den Rollen entsprechend auffällig verhalten und Kinder, die vollkommen unerfasst bleiben. „Sinnvolle Unterstützung hat sich an der aktuellen konkreten Situation des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen bzw. dessen Familie zu orientieren.“ (Puhm [u.a.] 2008, 76).

4.2 Die notwendige Unterstützung

Kinder alkoholkranker Eltern benötigen nicht alle dieselbe Unterstützung. Jedes Kind reagiert unterschiedlich auf die gegebenen Umstände und auch jede Familie geht mit der Alkoholabhängigkeit individuell um. Es gibt nur Richtungen, die sich auf Grund der Häufung des Verhaltens, als wahrscheinlichste Verhaltensmuster darstellen lassen, wie schon bei den oben beschriebenen Rollen. „Während einige vergleichsweise leicht problematische Lebensumstände überwinden, sind andere unter vergleichbaren Bedingungen anfällig für psychische Störungen und Krankheiten, soziale Auffälligkeiten oder sonstige individuell und sozial problematische Bewältigungsformen.“ (Gabriel 2005, 207). Zur Ermittlung des individuellen, notwendigen Unterstützungsbedarfes muss jedoch nicht nur das Resilienzverhalten der Kinder beachtet werden. Ebenso wichtig ist der Behandlungsstand des trinkenden Elternteils, der Aufschluss darüber geben kann, wie sehr das Thema in der konkreten Familie noch tabuisiert wird. Auch das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind von Bedeutung.

Wichtig bei der Überlegung ob und in welchem Umfang ein Kind Unterstützung braucht, ist auch die Tatsache, dass Alkoholabhängige und auch ihre Kinder in der heutigen Gesellschaft noch stark stigmatisiert werden (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 77). Um das zu vermeiden, ziehen Eltern oder Kinder sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück, halten die Erkrankung und/ oder die Unterstützung geheim und verlieren so wertvolle Ressourcen (vgl. Puhm [u.a.] 2008,78).

Das heißt der Behandlungsstand des trinkenden Elternteils, das Alter des Kindes, die Lebensumstände der Familie und die Gefahr der Stigmatisierung sind alles Faktoren, die bei der Ermittlung des notwendigen Unterstützungsbedarfs Berücksichtigung finden sollten.

4.3 Ansatzpunkte der Unterstützung

Um das Problem der Unmöglichkeit einen allgemeinen Unterstützungsbedarf von Kindern alkoholabhängiger Eltern festzustellen zu umgehen, ist es nötig sich auf den individuellen Hilfebedarf zu konzentrieren. Trotz des Problems eine allgemeingültige Aussage nicht treffen zu können gibt es doch Elemente, die in jeder Suchtfamilie vorkommen. So ist der Alkohol *das* bestimmende Element in diesen Familien (vgl. Zobel 2006, 23). Alle Mitglieder der Familie ordnen sich dem Alkohol unter und schrauben ihre eigenen Bedürfnisse zurück. Kinder verlieren den Zugang zu ihren

Gefühlen, da sie stets mit den Gedanken bei dem konsumierenden Elternteil sind. Sie leben angepasst um ihren Platz in der Familie zu finden.

Bevor sich ein Elternteil behandeln lässt, vergeht oft viel Zeit. Zeit die die Kinder und Partner unter veränderten Bedingungen leben und sich dieser Veränderung anpassen. Da gelernte Verhaltensmuster nicht verschwinden, wenn die Ursache behoben wird, haben auch die Kinder von behandelten Eltern ein bestimmtes Verhalten verinnerlicht, keinen Zugang mehr zu den eigenen Bedürfnissen und Gefühlen und oft auch das Vertrauen in ihre Wahrnehmungsfähigkeit verloren. Genau an dem Punkt kann man mit der Unterstützung ansetzen. Jedes Kind, dass in einer dysfunktionalen Familie lebt, dessen Familie über einen längeren Zeitraum hinweg von einem weiteren Element bestimmt wird, wie Alkohol, anderen Drogen, Depressionen, einer Angststörung oder einer anderen weit reichenden Krankheit, ist gezwungen sich diesem unterzuordnen und sich und seine Bedürfnisse zurück zu nehmen. Hier anzusetzen und die Kinder dabei zu unterstützen sich selbst wahrzunehmen, sich zu fühlen und dies auszudrücken, sich seiner Wünsche und Bedürfnisse wieder bewusst zu werden ist ein Ansatzpunkt der in jedem Fall, egal wie die Familie mit dem Alkoholproblem umgeht oder in wie weit die abhängige Person sich behandelt lässt, sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass das Spüren seiner Grenzen eine Voraussetzung ist, um sich bewusst zu sein, Hilfe zu benötigen und sie dann auch annehmen zu können. Erst wenn man seiner Wahrnehmung traut und sein Wunsch nach Unterstützung wahrnehmen kann, kann man offen für solche sein.

5 Yoga als Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Lebenssituation von Kindern alkoholabhängiger Eltern ausführlich dargestellt und der Unterstützungsbedarf herausgearbeitet. Auf dieser Grundlage lässt sich nun eine geeignete Unterstützungsmethode finden. Dieser Teil der Arbeit dient dazu den Gesamtkomplex Yoga bzw. Kinderyoga zu betrachten und auf wissenschaftlich-theoretischer Grundlage den Wert von Yoga als geeignete Unterstützungsmethode darzustellen.

5.1 Yoga

Yoga ist ein umfassender Begriff. Um ihn in seiner Vielfalt zu begreifen ist es notwendig bei der Definition auch die historischen Wurzeln, die Forschung und die verschiedenen Richtungen mit aufzugreifen. Des Weiteren liefert der Begriff Yoga die Grundlage für das Kinderyoga und wird daher so ausführlich wie es in dieser Arbeit möglich ist betrachtet.

5.1.1 Yoga Definition

Die Frage was Yoga genau ist, kann nicht mehr genau beantwortet werden. Yoga wurzelt in der uralten, indischen Tradition und Kultur, die zum Teil 2000-5000 Jahre zurück reicht (vgl. Deutzmann 2002, 44). Damals wurde wenig aufgeschrieben. Das Wissen wurde meist mündlich von Lehrer zu Schüler weitergegeben. Die einzigen Schriften sind in Sanskrit verfasst, einer alten indogermanischen Sprache, der Fachsprache des Yoga (vgl. Deutzmann 2002, 45). Selbst diese Schriften sind unvollständig und wenig ausführlich, voller Symbole und Hinweisen die für uns schwer zu fassen sind (vgl. Deutzmann 2002, 45).

Das Wort Yoga ist im Sanskrit von der Verbwurzel ‚yuj‘ abgeleitet, dessen Urbedeutung im Anschnüren der Zugtiere, bzw. dem Einspannen unter dem Joch liegt (vgl. Fuchs 2003, 3). Diese Bedeutung zeigt schon die zwei wesentlichen Bedeutungsebenen des Yoga: Zum Einen die Ebene der Vereinigung, durch die Vereinigung der Zugtiere unter einem Joch, zum Anderen die Ebene der Beherrschung, durch die Beherrschung der Tiere durch das Joch (vgl. Fuchs 2003, 3).

Es lassen sich in der Verwendung des Begriffs Yoga mindestens drei Bedeutungsfelder beschreiben (vgl. Fuchs 2003, 3):

1. Yoga als Sammelbegriff für unterschiedliche praktische Übungs- und Heilstechniken.
2. Yoga als Name für eines von sechs klassischen Systemen der indischen Philosophie. Hier sind hauptsächlich die Yogasūtras des Patañjali mit der dazugehörigen Kommentarliteratur beschrieben.
3. Yoga als allgemeiner Ausdruck für Fertigkeit, Fähigkeit, Technik, Vereinigung etc.

„Entscheidend für die Interpretation des Begriffs Yoga ist also immer der Kontext, der Zusammenhang, in dem das Wort gebraucht wird.“ (Fuchs 2003, 3). In dieser Arbeit

geht es meist um das erste Bedeutungsfeld, also Yoga als ein Oberbegriff für verschiedenste Yogaformen mit unterschiedlichen Techniken und Methoden im Bereich der Entspannung, Meditation, Atemtechniken (pranayama) und praktischen, körperlichen Übungen, den Asanas.

Die erste Definition des Yoga wurde von Patañjali in den Yoga-Sutren beschrieben: „yoga citta vrtti nirodhah“, was übersetzt etwa das Verlangsamen (nirodhah) der wählenden Bewegung und des Denkens (citta-vrtti) oder als das „zur Ruhe-bringen“ der geistig-seelischen Bewegung bzw. Gedanken verstanden werden kann (vgl. Stück 2011, 33).

5.1.2 Historische Wurzeln des Yoga

Die Wurzeln der indischen Philosophie und des Yoga liegen weit zurück. Erste bildliche Darstellungen sind schon in der Blütezeit (um 2500-1800 v. Chr.) zu finden (vgl. Ebert 1989, 11). Die Grundsätze und der Ursprung der indischen Philosophie sind in den frühen Vedischen Texten, den Upanishaden und der Bhagavadgita verankert (vgl. Martin 2007, 40). „Die Veden sind die ältesten überlieferten Textdokumente der indoeuropäischen Sprachfamilie.“ (Deutzmann 2002,51). Indologen schätzen die Verfassung dieser, als vom Schöpfergott Brahma selbst verfasst angesehenen, Texte auf die Zeit zw. 5000-1000 v. Chr., wobei in der orientalischen Wissenschaft die mündliche Überlieferung oft bedeutender ist, als die schriftliche und die Verfassdaten selten mit den Entstehungsdaten übereinstimmen (vgl. Deutzmann 2002, 51). Die Upanishaden sind die philosophischen Kommentare zu den Veden und das Verfassungsdatum wird auf ca. 800-200 v. Chr. geschätzt (vgl. Deutzmann 2002, 56). Hier ist die wirkliche Basis des Yoga zu finden (vgl. Deutzmann 2002, 56). Die Bhagavadgita, die auf ca. 500 v. Chr. datiert wird, ist für den Yoga die wichtigste und bekannteste Literatur Indiens (vgl. Deutzmann 2002, 64). Sie ist wohl das am weitesten verbreitetste Schrifttum der Welt (vgl. Gharote 1994, 25). Die Bhagavadgita informiert über die damals verbreiteten Yogalehren und – praktiken (vgl. Deutzmann 2002, 64). „In der Gita werden die religiösen und esoterischen Lehren der Veden und Upanishaden zusammengefaßt und zu einer Synthese gebracht, die den Erfordernissen der Zeit entspricht.“ (Deutzmann 2002, 64). Aus den Veden und den Upanishaden entwickelte sich Yoga als eines von sechs großen Philosophie-Systemen (darsanas) (vgl. Deutzmann 2002, 61). „Alle indischen darsanas sind Kombinationen konkreter Heilswege mit weltanschaulichen

Konzepten, die bestimmte Aspekte aus den Veden und Upanishaden systematisiert haben.“ (Deutzmann 2002, 66). Das Yoga-darsana umfasst die Yoga-Sutren des Patañjali, die nach allgemeiner Auffassung den Beginn der klassischen Yoga-Tradition darstellen. Diese Basistexte sind von einem historisch nicht klar einzuordnenden Autor verfasst worden, Patañjali, der in merkspruchartigen Versen (Sutra-Stil) die bisherigen Yogalehren zusammenfasste (vgl. Deutzmann 2002, 65). Dabei dient der Sutra-Stil in erster Linie der leichteren Erinnerbarkeit des umfassenden Wissens. „Der Text enthält in vier Kapiteln 195 Sutren.“ (Deutzmann 2002, 66). Er beschreibt einen achtgliedrigen Yogaweg, auch astanga-Yoga genannt, der auch heute noch in seiner ursprünglichen Form unterrichtet wird. In Indien wird der astanga-Yoga auch als Raya-Yoga bezeichnet, also der „königliche Yoga“ (vgl. Deutzmann 2002, 66).

Prägend für alle in dieser Zeit entstandenen Philosophie-Systeme/darsanas sind die Grundprinzipien und religiösen Glaubenssätze die zu dieser Zeit vorherrschten. Dies ist in erster Linie der Glaube an den Kreislauf der Wiedergebruten (samsara) und der Glaube an die Vergeltung der Taten (Karma-Prinzip). Hier wird davon ausgegangen, dass es neben den unmittelbaren Wirkung auch Auswirkungen jenseits von Raum und Zeit gibt und mit dem Glauben der Wiedergeburt, die Auswirkungen auch erst in einem anderen Leben auftreten können (vgl. Martin 2007, 40). Hier liegt der Ursprung des Ziels der Suche nach Erlösung und der Befreiung der Unwissenheit über das Wesen allen Seins. Yoga ist somit ursprünglich ein Weg zur Erleuchtung, damit die leidauslösende Wirkung des Karma gelöscht und die Seele aus dem Rad der Wiedergeburten befreit werden kann und somit von all dem irdischen Leid erlöst wird (vgl. Ebert 1989, 11).

5.1.3 Yoga Richtungen

Aus der alten indischen Philosophie und Kultur Indiens, aus der das Yoga entstand, sind mit den Jahren zahlreiche Abwandlungen entstanden, die heute alle unter dem Begriff Yoga zusammengefasst werden. Trotz der Vielfalt der Yogaarten lassen sich folgende Gemeinsamkeiten, ausgehend von dem durch Patañjali vorgezeichneten Grundgerüst, erkennen: (vgl. Ebert 1986, 14; zit. n. Deutzmann 2002, 77)

1. Es gibt Systeme von Verhaltensweisen (in Stufen 1 und 2 geregelt), die die Beziehung zur sozialen Umwelt und zu sich selbst formal regeln)

2. Der Yoga ist immer an den bewußten Vollzug von körperlichen und psychischen Übungen gebunden, die regelmäßig ausgeführt werden sollen
3. Die Durchführung aller Übungselemente muß mit einer bewußten gedanklichen Konzentration erfolgen
4. Eine passivierte Bewußtseinseinstellung (z. Bsp. sich beobachten, wenn „es“ atmet o.ä.) ist eine psychologische Haltung, die von der „aktiven Konzentration“ (z.B. beim Kopfrechnen) verschieden ist und den psychologischen Boden für die gedankliche Konzentration bildet“

Zu diesen zusammengefassten Yogaarten kann man Hatha-Yoga, Mantra-Yoga, Karma-Yoga, Kriya-Yoga, Jnana-Yoga, Bhakti-Yoga und Raja-Yoga, also den achtgliedrigen Yogaweg zählen.

Es gibt inzwischen auch Yogaformen wie Power-Yoga oder Lach-Yoga, einige Fitnessstudios bieten auch Yoga ohne jeglichen Bezug zur Spiritualität, zur Kultur oder der Philosophie hinter dem Yoga an, also nur die körperlichen Übungen als Fitnessprogramm zusammengeschnitten. In Europa zählt das Hatha-Yoga zu den meist verbreitetsten Yogaformen. Wörtlich heißt es „Sonne-Mond-Yoga“ bzw. „Verbindung von Sonne- und Mond-Atem“ (vgl. Ebert 1989, 27). Meist wird Hatha-Yoga hierzulande mit dem Begriff „Yoga“ gleichgesetzt (vgl. Täube 1987, 23; zit. n. Martin 2007, 45).

5.1.4 Yoga in Deutschland

Dr. Christian Fuchs ist einer der bedeutendsten Wissenschaftler und Forscher auf dem Gebiet Yoga und einer der Wenigen, der sich der Yogaentwicklung in Deutschland gewidmet hat. Seine überwiegend 1990 verfassten Artikel über den Yoga in Deutschland haben noch heute Aktualität und werden von anderen Autoren wie u.a. Deutzmann zitiert.

Seit Ende der 60er Jahre ist in Deutschland ein wahrer Yoga-Boom zu beobachten, der bis heute anhält (vgl. Fuchs o.J.). Seit 1990 finden auch neue Yogaformen, die vor allem aus den USA stammen, wie „Power-Yoga“, „Fitneß-Yoga“ und „Yoga-Gymnastik“ Einzug in Deutschland (vgl. Fuchs o.J.). Diese werden vor allem durch die Printmedien wie Gesundheits- und Lifestyle-Magazine populär gehalten (vgl. Fuchs o.J.). Interessant ist dabei, dass bei dieser „Verweltlichung“ des Yoga der Fokus vor allem bei denen, die in der Yogaszene neu sind, ausschließlich auf der körperlichen und psychischen Leistungsverbesserung liegt und die philosophisch-

spirituelle Dimension ausgeblendet wird (vgl. Fuchs o.J.). Yoga verändert sich somit zu einer Form, die mit den historischen Wurzeln wenig gemein hat. Doch Fuchs beschreibt die Tendenz, dass Menschen, die länger als drei Jahre Yogapraxis haben, beginnen der spirituellen Ebene eine größere Bedeutung beizumessen (vgl. Fuchs o.J.). Somit kann die anfängliche Entfremdung des Yoga auch als ein westlicher (Um-)Weg des langsamen Annäherns an eine alte indische Philosophie gesehen werden, der vielleicht nötig ist um die gesamte spirituelle, philosophische Dimension der traditionellen Yogalehre aufnehmen und verstehen zu können.

5.2 Yoga-Forschung

Yoga erfreut sich einer immer größeren Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit (vgl. Brandt 2004b, 6). Trotz des wachsenden Interesses der Gesellschaft gibt es kaum seriöse, den heutigen wissenschaftlichen Standards entsprechende Studien über Yoga im Allgemeinen oder über die Wirksamkeit von Yoga im Speziellen (vgl. Brandt 2004b, 6). Insbesondere die psychologischen Aspekte des Yoga sind weniger gut untersucht. Im Bereich der physischen Wirksamkeit von Yoga sind vor allem Funderburk und Ebert zu nennen, die als eine der ersten in den 70er und 80er Jahren die physische Seite des Yoga erforschten (vgl. Brandt [u.a.] 2004, 1). Viele Forschungsarbeiten liefern einen Überblick über verschiedene Meditations- und Entspannungstechniken und beziehen sich zumeist auf den Bereich Yoga und Meditation (vgl. Brandt [u.a.] 2004, 2). Forschungen, in denen Yoga den Fokus ausmacht, gibt es nur wenige. Trotzdem hat die Yogaforschung eine relativ lange Tradition, denn seit den frühen 70er Jahren gibt es Forschungsstudien oder erste Entwürfe dieser (vgl. Brandt 2004a, 23). Fuchs hat sich um eine Zusammenfassung der deutschsprachigen Forschungsarbeiten bemüht und in seiner Arbeit 'Yoga im Spiegel der Wissenschaft' alle relevanten Arbeiten bis 1999 zusammengetragen (vgl. Fuchs 2000, 4). Seine Aufstellung zeigt, dass es nicht viele wirklich umfassende Studien gibt. Als Sandartwerk aus medizinischer Sicht kann das Buch von Dr. Dietrich Ebert von 1986 gesehen werden (vgl. Fuchs 2000, 5), dass auch in der heutigen Zeit noch viel zitiert wird. Neben dem Buch von Ebert führt Fuchs noch zwei Studien auf, die er bis 1989 für relevant hält. Zum Einen ist das die Studie von Barbara Schlipp die 1982 die seelischen und körperlichen Veränderungen durch Hatha-Yoga an der Universität Hamburg untersuchte (vgl. Fuchs 2000, 5). Zum Anderen nennt er die im selben Jahr entstandene Studie von Sonja Gehlen, die die

Veränderung des Selbst-Ausdrucks durch Dauerlaufen und Yoga-Übungen untersuchte (vgl. Fuchs 2000, 5). Beide Studien konnten ein positives Ergebnis belegen, was die Wirkung des Yoga betraf (vgl. Fuchs 2000, 5).

Doch auch 10-20 Jahre später, als Kuhn im medizinischen Bereich das wachsende Interesse von Yoga beobachtete, gab es keine fundierten Forschungen, was dieser 1996 bemängelte (vgl. Brandt 2004a, 23). Fuchs nennt in der Zeit zwischen 1989 und 1999 jedoch einige Dissertationen, von denen zwei von Ebert betreut wurden, der damit seine Forschungsarbeit indirekt fortführte (vgl. Fuchs 2000,10). Weiter gab es eine relativ große Untersuchung in Berlin von 1993 bis 1995 die von Dr. Martina Bley geleitet und von Ärzten und Psychologen aus Indien unterstützt wurde (vgl. Fuchs 2000, 11). Es gab mehrere Kooperationspartner wie unter anderem die ‚Freie Universität Berlin‘ und die ‚Barmer Ersatzkasse Berlin‘, was der Forschungsarbeit sogar Resonanz in den Medien brachte (vgl. Fuchs 2000, 11). In dieser Studie wurde die Wirkung von Hatha-Yoga bei Schlafstörungen, chronischem Kopfschmerzsyndrom, Hypertonie und chronischem Lumbalsyndrom untersucht (vgl. Fuchs 2000, 11). Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung entstanden mehrere Dissertationen, wodurch die Untersuchung in wissenschaftliche Schriften mit einfluss (vgl. Fuchs 2000, 11). Fuchs nennt in seiner Zusammenfassung einige weitere Studien, doch sind diese lang nicht ausreichend um von einer umfassenden, wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit des Yoga zu sprechen.

Die wissenschaftliche Überprüfung von Yoga ist jedoch vor allem wegen des wachsenden Interesses, aber auch für das internationale Ansehen des Yoga als eine wirkungsvolle, heilende, verändernde Philosophie wichtig. Yoga kann damit wie das um einiges anerkanntere, etabliertere Autogene Training betrachtet werden und somit auch immer mehr in das Gesundheitssystem aufgenommen werden.

5.3 Wirkung von Yoga

„Es liegen viele und gut bestätigte Ergebnisse zu positiven Auswirkungen des Yoga vor.“ (Unger/ Hofmann-Unger 2011, 180). Doch stammen diese meist aus den 70er oder 80er Jahren. Aktuelle Studien zur Wirksamkeit von Yoga sind eher die Ausnahme (vgl. Brandt 2004b, 6). Zwischen 1973 und 1985 liegt die durchschnittliche Publikationshäufigkeit bei ca. 50 Veröffentlichungen pro Jahr, nimmt jedoch seit 1990 kontinuierlich ab (vgl. Brandt 2004a, 19). Die Häufigkeit der

Veröffentlichungen sagt zwar etwas über die damalige Aktualität des Themas, nicht jedoch über die Qualität der Studien aus.

Auf die wissenschaftliche Yoga-Forschung wird noch genauer eingegangen, hier ist festzuhalten, dass es umfassende Wirkungsebenen der Yogapraxis gibt. Yoga wirkt sich positiv auf alle lebenswichtigen Systeme des Körpers aus, wie Wirbelsäule, Atmung, Verdauung, Stoffwechsel und Nervensystem (vgl. Deutzmann 2002, 165). Hinzu kommen die umfassenden, psychischen und auch psychosozialen Wirkungen. In den Quelltexten des Yoga werden häufig zu den körperlichen Übungen, den Asanas, die körperlichen, seelischen und spirituellen Wirkungen angegeben (vgl. Deutzmann 2002, 124). Für die Psychosomatik ist allgemein interessant, dass durch das Einnehmen verschiedener Haltungen, Gestiken oder Mimiken auch das innerliche Erleben beeinflusst werden kann (vgl. Deutzmann 2002, 125).

5.3.1 Physische Wirkungen

Die körperlichen Auswirkungen von regelmäßiger Yogapraxis sind umfangreich und weitreichend. Yoga wird immer öfters in Kliniken angeboten, in Reha-Maßnahmen integriert und von den Krankenkassen als Präventionsmaßnahmen bezuschusst. Durch die unterschiedlichen Aspekte des Yoga, werden alle Bereiche des Körpers angesprochen. Deutzmann hat die umfassenden wissenschaftlich überprüften Auswirkungen des Yoga übersichtlich zusammengefasst:

Es wird durch die körperlichen Übungen des Yoga nicht nur die Skelettmuskulatur angeregt, aufgebaut und ausgeglichen, sondern ebenso die Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Gelenke (vgl. Deutzmann 2002, 166). Yoga hat neben seiner stärkenden und aufbauenden Wirkung auch eine ausgleichende Wirkung. Die gesamte Muskulatur wird ausgeglichen, z.B. Schwächen der Wirbelsäulenmuskulatur oder die ausgleichende Regulation des Muskeltonus (vgl. Deutzmann 2002, 166). Der Stoffwechsel wird angeregt, auch in den Gelenken, im Knorpel und in den Bandscheiben, im Sinne einer „Physiotherapie mit körpereigenen Mitteln“ (vgl. Deutzmann 2002, 166). Yoga stärkt das Herz-Kreislaufsystem ohne Gefahr der Überforderung, indem es die Lymphdrainage unterstützt und die Venen gesund erhält, die Durchblutung aller Körpergewebe verbessert, einschließlich Lungen, Eingeweiden und Gehirn und als ein Gefäßtraining für das arterielle System wirkt (vgl. Deutzmann 2002, 166).

Ein weiterer Bereich des Körpers, auf den das regelmäßige Yogatraining wirkt, ist die Atmung. Hier sind nicht nur die Asanas, die körperlichen Übungen relevant, sondern vor allem die Pranayamas, die Atemübungen und auch die meditativen Anteile des Yoga spielen hier eine Rolle. Yoga wirkt korrigierend auf Fehl atmungsmuster, beseitigt Verunreinigungen in den Atemwegen, härtet gegen Umwelteinflüsse ab und beeinflusst die Emotionen durch bestimmte Atemformen (vgl. Deutzmann 2002, 167). Hinzu kommt das Erfahren von Wechselwirkungen zwischen Atmung und psychischen und somatischen Zuständen (vgl. Deutzmann 2002, 167). Es kommt zu einer Verbesserung der Lungenfunktion, der Lungenventilation, der Elastizität der Lungengewebe und der Spontanatmung (vgl. Deutzmann 2002, 167). Bei vielen Übungen im Yoga werden die inneren Organe massiert und stimuliert, was zur Verbesserung der Verdauungsfunktion und der verbesserten Funktion der Ausscheidungsorgane führt. Außerdem bewirkt regelmäßiges Yoga eine mechanische Reinigung des Nasen-Rachenraumes und des Magen-Darmtraktes (vgl. Deutzmann 2002, 167).

Als letzter großer Bereich der Wirkungsweisen von regelmäßigem Yogatraining ist das Nervensystem zu nennen. Hier bewirkt das Yogatraining Leistungssteigerung des sensomotorischen Steuerungssystems, es schult die Konzentrationsfähigkeit und es führt zum Erwerb eines außergewöhnlichen vegetativen Steuerungsvermögens sonst autonomer Funktionen wie Herzschlag, Blutdruck und Reflexen (vgl. Deutzmann 2002, 167).

Durch das Yogatraining werden auch psychosomatische Beschwerden, wie zum Beispiel Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen und Unruhezustände gemildert (vgl. Unger/Hofmann-Unger 2011, 175). Doch sie können auch präventiv verhindert bzw. gemildert werden.

„Gharote (1997, S.149) gibt an, daß mit Yoga eine große Anzahl psychosomatischer Funktionsstörungen behandelt werden können, da hinsichtlich der Reduzierung von Streß und seiner Begleitsymptome Yoga einen wichtigen Beitrag leisten kann. Er geht dabei davon aus, daß jeder Streß psychosomatischer Natur ist und deshalb Streßkrankheiten und psychosomatische Krankheiten gleicher Art sind. Er faßt psychosomatische Störungen als Streßstörungen auf (1997, S. 147), die durch eine Nachregulierung des homöostatischen Gleichgewichtes vermieden werden können.“ (Deutzmann 2002, 176).

5.3.2 Psychische Wirkungen

Ganz allgemein kann zusammengefasst werden, dass Yoga die Aufmerksamkeit von außen nach innen lenkt. Wer meditiert, auf seinen Atem achtet oder bei körperlichen Übungen die Balance oder Kraft halten muss, ist mit seiner Aufmerksamkeit bei sich

und nimmt seinen Körper wahr. So ist eine Grundwirkung von Yoga die Körperwahrnehmung und das Umfokussieren seiner Aufmerksamkeit von den äußeren Einflüssen auf sich selbst (vgl. Deutzmann 2002, 126). Tiefergehend spricht man auch von der Erhöhung der inneren Achtsamkeit. „Alle Übungen des Yoga haben die Entwicklung dieser inneren Haltung zum Ziel; gleichzeitig stellt diese eine Voraussetzung dar, um überhaupt eine Übung als yogisch zu bezeichnen.“ (Unger/Hofmann-Unger 2011, 173).

Durch das Spüren des eigenen Körpers wird Kontakt zu sich selbst hergestellt. Das ist vor allem in der heutigen, schnelllebigen, durch Leistungsdruck geprägte Zeit, für viele Menschen etwas, das sie zum Teil ganz verlernt haben. Das zu sich kommen und sich spüren und wahrnehmen können ist etwas, das man eine Basisveränderung des Yogas nennen kann, vor diesem Hintergrund alle weiteren Auswirkungen zu verstehen sind (vgl. Unger/Hofmann 2011, 173).

Diese innere Achtsamkeit wird mit der Zeit der Yogapraxis vertieft und der Übende erfährt eine größere Nähe zu sich selbst die ihn (wieder) dazu befähigt seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen (vgl. Unger/Hofmann 2011, 173). Damit einher geht das intensivere Wahrnehmen und Zulassen der eigenen Gefühle (vgl. Unger/ Hofmann 2011, 174 und Deutzmann 2002, 168). Eine weitere positive Wirkung des Yoga ist die verstärkte Selbstakzeptanz. Damit ist die Fähigkeit gemeint, zuvor stark negativ bewertete Anteile der eigenen Person die abgelehnt oder ausgeblendet wurden, mit der Zeit in das Selbstbild zu integrieren und sich von der negativen Bewertung zu lösen (vgl. Unger/ Hofmann 2011, 175). Man kann allgemein von einer Stärkung der Gesamtpersönlichkeit ausgehen (vgl. Deutzmann 2002, 186). Im Klinischen Kontext ist vor allem die Reduktion von Stress, die Verminderung von Angsterleben und emotionaler Labilität sowie depressiven Stimmungen von Wichtigkeit (vgl. Unger/ Hofmann 2011, 175; Brandt 2004b, 14-15; Deutzmann 2002, 186). Eine weitere wichtige Auswirkung von Yoga, die insbesondere bei Langzeitübenden festgestellt wurde, ist die Abnahme des Drogenkonsums von legalen Drogen wie Alkohol, Nikotin, Koffein und Medikamenten (vgl. Unger/ Hofmann 2011, 177). Als letzte, ausführlicher beschriebene Auswirkung ist die Zunahme der Selbstwirksamkeit oder die Stärkung der Selbststeuerung zu nennen. „Unter Selbstwirksamkeit wird die subjektive Gewissheit verstanden, neue, schwierige Anforderungssituationen aufgrund der eigenen Möglichkeiten bewältigen zu können.“ (Brandt 2004b, 13). Durch den tieferen Kontakt zu sich selbst und den Zugang zu seinen Bedürfnissen

und den körperlichen Prozessen wird das Erleben des Übens von einem Erleben, dass oft durch reine Fremdbestimmung und einem Gefühl des Ausgeliefertseins geprägt ist, um ein Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit und der Übernahme von Verantwortung erweitert (vgl. Unger/ Hofmann 2011, 178).

Es sind abschließend noch der Abbau psychischer und physischer Anspannung, eine gesteigerte Stress-Resistenz, eine verminderte Aggressivität, eine stärkere emotionale Ausgeglichenheit, eine Steigerung der Kreativität und ein höheres Maß an Toleranz und Offenheit als positive Auswirkungen des Yoga zu nennen (vgl. Deutzmann 2002, 168). Auch die höhere Entspannungs- und Erholungsfähigkeit darf nicht fehlen (vgl. Brandt 2004b 12).

5.3.3 Psychosoziale Wirkungen

Als letzte Wirkungsebene des Yoga sind die psychosozialen Veränderungen eines Yogaübenden zu nennen. Da Yoga nicht nur eine Gymnastikart oder eine Reihe körperlicher Übungen ist, sondern sich hinter dem Begriff eine ganze Philosophie mit bestimmtem Menschen- und Weltbild verbirgt, wird sich ein Yogaübender früher oder später mit dieser Ebene des Yoga auseinandersetzen und seinen bisherigen Lebensstil hinterfragen. Da vor allem die spirituellen und meditativen Aspekte des Yoga zu einem bewussten Umgang mit sich selbst führen und damit auch zu einem bewussteren Umgang mit der Umwelt, verringert sich die Toleranz schädlicher Verhaltensweisen und Strukturen, gegenüber sich selbst, der Umwelt und den Mitmenschen (vgl. Deutzmann 2002, 168). Es findet eine Auseinandersetzung mit Verhaltensmustern und Reaktionsweisen statt, man beginnt sich und sein Verhalten zu hinterfragen (vgl. Deutzmann 2002, 168). Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass sich eine bewusstere Gestaltung der Sozial- und Umweltbeziehungen entwickelt (vgl. Deutzmann 2002, 168). Oft sind Yogaübende Vegetarier, in manchen Ausbildungen ist der Verzicht auf Alkohol, Drogen, Tabak, Fisch und Fleisch sogar Bedingungen der Ausbildung zum Yogalehrer z.B. bei Yoga Vydya e.V , einem der größten gemeinnützigen Ausbildungsinstituten für Yoga in Europa (vgl. www.yoga-vidya.de). Durch die ganzheitliche Philosophie des Yoga kann sich Yoga eher zu einer Lebensweise, als zu einem Sport oder einer Tätigkeit um sich fit zu halten entwickeln.

5.4 Kinderyoga

Kinderyoga ist nicht gleich Yoga. Doch Kinderyoga ist keine eigene Yogaform in dem Sinne, dass sie sich parallel zum Yoga entwickelt hätte. Kinderyoga ist somit eine Yogaform die sich am Yoga orientiert doch auch klar vom regulären Yoga abzugrenzen ist. Um diese Zwischennuance zu erfassen und die Unterstützungsmethode Kinderyoga genau zu definieren wird im Weiteren Kinderyoga immer in Beziehung zum Yoga vorgestellt.

5.4.1 Definition von Kinderyoga in Abgrenzung zum Yoga

Kinderyoga ist ein Begriff, der nicht an eine feste Definition gebunden ist. Yoga definiert sich über historisch belegte und aus der Entwicklungsgeschichte bedingte Inhalte. Kinderyoga hat eine andere Entstehungsgeschichte und reicht lang nicht so weit zurück wie der Ursprung des Yoga. Es herrscht eine große Unsicherheit über die methodischen Inhalte, über die Indikationen und Kontraindikationen die in einer Definition von Kinderyoga zusammengefasst werden könnten (vgl. Goldstein 2002, 63). Der jedoch klar abzugrenzende Faktor zwischen Yoga und Kinderyoga ist die Zielgruppe. Kinderyoga wird also gewöhnlich darüber definiert, dass es sich um Yoga für Kinder handelt (vgl. Goldstein 2002, 63). In Zusammenhang mit der Zielgruppe stehen die unterschiedlichen Übungen, die sich in Art und Umfang zum allgemeinen Yoga unterscheiden. Auch die Art der Vermittlung und die Zielstellung unterscheiden sich beim Kinderyoga auf Grund der jüngeren Zielgruppe (vgl. Martin 2007, 55).

Kinderyogaprogramme gibt es viele, wenige davon sind jedoch evaluierte, wissenschaftliche fundierte Programme (vgl. Martin 2007, 55). Auch den Kinderyogalehrern und vielen Autoren über Kinderyogaliteratur fehlt es an den wissenschaftlichen Standards gerecht werdenden Evaluationen, sodass sich das Kinderyoga oft an den Kenntnissen des Hatha-Yoga mit Erwachsenen und auf die eigenen Erfahrungen der jeweiligen Yogalehrer mit Kindern orientiert (vgl. Goldstein 2002, 63). Dies führt zu unterschiedlichsten Methoden und Vorgehensweisen im Kinderyogabereich (vgl. Goldstein 2002, 63).

2011 wurde an der Universität Leipzig eine Arbeitsgruppe gegründet, die zum ersten Mal eine Yoga-Definition für Kinder erarbeitete, die als erste wissenschaftliche fundierte Definition des Kinderyoga gilt (vgl. Stück 2011, 34):

„Der Kinderyoga ist eine Vorbereitung für den achtgliedrigen Übungsweg des klassischen Yogas nach Patanjali. Der Übungsweg für Kinder beinhaltet v.a. die Stufen

1-6 und wird in einer besonderen Übungsmethodik vermittelt. Das Unterscheidende zum Erwachsenen–Yoga besteht in der spielerischen, kreativen Umsetzung. Das klassische Ziel besteht nach wie vor „yogas citta vrtti nirodhah“, also dem Verlangsamten (nirodhah) der wählenden Bewegungen bzw. Gedanken. Ausgewählte Elemente die yogaunspezifisch sind sollten ausschließlich zum Ziel haben, Kinder für die Ausführung des klassischen Yogaweges zu motivieren, welcher das Ziel des Yogas bleibt (Stück, Rillich, Eichberger, 2011).“ (Stück 2011, 34).

5.4.2 Methodische Unterschiede zwischen Yoga für Erwachsene und Kinderyoga

Es wurde bereits festgestellt, dass das Kinderyoga stark abhängig ist, von dem jeweiligen Anleiter und dessen Vorlieben, Erfahrungen und Einstellungen. Grundlegend kann gesagt werden, dass sich das Kinderyoga vor allem in der Art und Weise der Vermittlung vom Erwachsenen-yoga unterscheidet (vgl. Stück 2011, 42). Kinder bevorzugen ein mehr erlebnisorientiertes, abwechslungsreiches und dynamisches Programm. Erwachsene üben eher statisch und der Prozess kann vom Yogalehrer eher kontrolliert werden (vgl. Stück 2011, 42).

Stück hat einige Anhaltspunkte zur allgemeinen Übungsmethodik zusammengestellt die sich hauptsächlich auf Erfahrungsberichte von Kinder-Yogalehrern stützen, von denen hier einige Zusammengefasst sind (vgl. Stück 2011, 42f):

Ein wichtiger Hinweis zur Vermittlung von Kinderyoga ist den eigenen Stil finden, was meist erst nach mehreren Jahren Erfahrung gelingt. Weiter sollte der Grundsatz vertreten werden, dass Kinder bei Desinteresse nicht gezwungen werden, da die Freiwilligkeit der Teilnahme wichtig für die Übungsmotivation ist und dass das Yoga-Üben ohne Erfolgsdruck geschieht. Interventionsziele sollten zwar angestrebt, doch nicht erzwungen werden. Begeisterungsfähigkeit stellt eine Grundfähigkeit des Yogalehrers dar, um die Kinder erreichen zu können, genauso wie situationsbezogene Reaktionsfähigkeit und Spontanität, aber auch Einfühlungsvermögen/Empathie. Die Stunde sollte stets abwechslungsreich gestaltet sein, Asanas, dynamische Bewegungsabläufe und „Nachspüren“ sollten sich abwechseln, damit die Kinder dabei bleiben und die Konzentration nicht verloren geht. Die Übungen sollten stets ernsthaft, doch nicht ohne Spaß und Freude vermittelt werden, die Übungseinheit sollte nicht zu lange gehen und am Anfang sollte stets eine Entspannung stehen, damit die Innenorientierung und die Konzentration, die zum Yoga-Üben notwendig ist, erreicht werden kann. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das mit Einbeziehen der Kinder und das Übergeben von Verantwortung, etwa dadurch, dass die Kinder Asanas vormachen, wie durch die

Möglichkeit, dass die Kinder eigene Yoga-Reihen gestalten und diese den anderen Kindern vermitteln. Durch z.B. Gleichgewichtsübungen und Lob des Anleiters sollten Erfolgserlebnisse vermittelt werden. Ein letzter Hinweis, die Stück aus den Erfahrungsberichten zusammengestellt hat, ist die Zuwendung. Die Kinder brauchen die Zuwendung, das Verständnis und die Wärme des Kursleiters, wobei Berührungen eine wichtige Rolle spielen, die von den Kindern erfahrungsgemäß sehr gut angenommen werden.

Ein weiteres Element des Kinderyoga, das in den Bereich der Methodik gehört ist die Zusammenstellung der Gruppe. „Dies ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Erfolg des Yogaübens.“ (Stück 2011, 43). Die Gruppengröße ist dabei von entscheidender Bedeutung. So sollten nicht mehr als sechs Kinder in einer Gruppe üben, da bei größeren Gruppen die Gefahr der Überlastung des Kursleiters besteht (vgl. Stück 2011, 43).

Die Wahl der Yogaform ist für das Kinderyoga nicht festgelegt. Stück hält Hatha-Yoga als Einstiegsmöglichkeit in den klassischen Yoga auch für Kinder und Jugendliche geeignet. Er hält dabei insbesondere die Umsetzung der Hathayogapradipika, die durch Shivananda vorgeschlagen wird, für relevant (vgl. Stück 2011, 44). Damit der Yogalehrer seine Authentizität und Begeisterung nicht verliert, sollte er seinen eigenen Stil und seine bevorzugte Yogarichtung beibehalten. Wichtig dabei ist die Einhaltung der oben beschriebenen methodischen Hinweise, die eingehalten werden sollten und dass stets der jeweilige Entwicklungsstand der Kinder mit einbezogen wird. So ist Meditation als eine Stufe des Yoga, für kleinere Kinder eventuell zu früh und kann beispielsweise erst mit Schulkindern sinnvoll geübt werden, da sie sich (in einem begrenzten Ausmaß) darauf einlassen können und von ihrer Entwicklung her auch dazu in der Lage sind (vgl. Stück 2011,44).

Um das vorgeschlagene Beispiel von Stück aufzugreifen wird das Hathayogapradipika von Shivananda in Kürze vorgestellt:

Shivananda definiert fünf Säulen im Hatha-Yoga: Asana, Pranayama, Ernährung, Positives Denken und Meditation (vgl. Stück 2011, 44). Bei Pranayama, also den Atemübungen werden für den komplexen Zusammenhang von Atem als Verbindungsglied zw. Körper und Psyche gewisse Denk- und Wahrnehmungsfähigkeiten vorausgesetzt (vgl. Stück 2011, 46), die bei manchen Altersstufen der yogaübenden Kinder noch nicht vorhanden sind. Atemarbeit mit Kindern ist ein in der Wissenschaft sehr wenig erforschtes Gebiet in dem es nur

vereinzelte Hinweise von Forschern gibt wie z.B. von Maheshwarananda, Dr. Garothe und Dr. Shrikrishna (vgl. Stück 2011, 46). Deshalb sind diese Atemübungen sehr achtsam anzuwenden. Auch bei der Meditation ist darauf zu achten, dass die Kinder von ihrem Entwicklungsstand her in der Lage sind, die Übungen durchzuführen. Meist liegt es bei der Mediation jedoch nicht am Entwicklungsstand, sondern an der nicht am entwicklungsstand angepassten Anleitung der Mediation. Denn Kinder können sich beim Spielen schon im Kindergartenalter in einem Zustand der konzentrativen Versenkung wiederfinden (vgl. Stück 2011, 48). Hier ist es also wichtig, die Mediation kindgerecht zu „verpacken“ wie in eine Phantasiereise. Eichberger fasste die Grundlagen der Meditation mit Kindern zusammen aus denen hervorgeht, dass gerade die Anleitung und äußere Umstände wichtig sind (vgl. Stück 2011, 49). So sollte der Raum abgedunkelt sein, damit er keine ablenkenden Reize mehr bietet. Es sollte ein deutliches Signal geben, an dem alle Kinder ablesen können, dass es jetzt ruhig wird, wie z.B. durch das Anzünden einer Kerze oder das Anschlagen einer Klangschale (vgl. Stück 2011, 49). Die Mediation sollte nicht zu lange dauern und danach sollte genügend Raum da sein, das Erlebte in Bild, Gesang oder Sprache auszudrücken (vgl. Stück 2011, 49).

Man kann zusammenfassend sagen, dass die kindgerechte Vermittlung bei allen Aspekten der Yogaarbeit mit Kindern die zentrale Rolle spielt. Hierzu sind vor allem die oben genannten methodischen Hinweise eine Grundlage.

5.4.3 Argumente für Yoga mit Kindern

Yoga baut Stressreaktionen ab und erhöht die Stressresistenz (vgl. Deutzmann 2002, 173). Yoga ist eine Praxis, die viele Elemente von wissenschaftlich empfohlenen Stressbewältigungsmethoden wie Entspannung, Meditation, Bewegung, Stretching und die Etablierung eines gesunden Lebensstiles enthält. Yoga bewirkt die Verminderung von gesundheitsschädigendem Verhalten, wie das Konsumieren von Tabak, Alkohol, Medikamenten und Drogen und auf längere Sicht können sich die sozialen Kontakte verbessern (vgl. Deutzmann 2002, 173).

Die heutige Gesellschaft ist von Leistungsdruck und Konkurrenz geprägt, kontinuierliche Überforderung führt immer häufiger zu negativen psychischen und physischen Folgen, bei Erwachsenen zum Beispiel das Burn Out Syndrom (vgl. Stück 2011, 11). Doch auch die Kinder und Jugendlichen sind einem enormen Leistungsdruck und Stressoren in Familie, Schule und Freizeit ausgesetzt (vgl. Stück

2011, 11). Die Schule mit einer Vielzahl von Schülern in kleinen Räumen, viele Klassenarbeiten und Leistungskontrollen mit einem Notensystem, das von Anfang an die Konkurrenz schürt, der Wettbewerb um Lehrstellen und Bildungszertifikate, alles sind Beispiele für den Leistungsdruck und den Stress, der nur von der Institution Schule bzw. vom Einstieg in das Berufsleben geprägt ist. Auch die Pubertät, Identitätsprobleme und Gruppenkonflikte gehören zu den Stressoren von Kindern und Jugendlichen, denen sie täglich ausgeliefert sind. Selbst das Elternhaus stellt oft keinen Gegenpool, sondern eher eine weitere Stressquelle dar, durch Konflikte mit den Eltern, durch Kontrolle und Leistungserwartungen, die Beschäftigungssituation der Eltern oder Konflikte mit Geschwistern (vgl. Stück 2011, 12). Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen über die erlebten Belastungen der Kinder wie zum Beispiel die Untersuchung von Reißig und Petermann, die 1996 eine Rangfolge der, von Schülern einer sechsten Klasse einer Leipziger Mittelschule, erlebten psychosozialen Belastungen aufstellten. An meistgenannter Stelle stand Schulstress mit 62,7%, es folgten schlechte Zensuren mit 35,2% und Streit im Elternhaus mit 28% (vgl. Reißig/Petermann 1996, 21f). Diese Zahlen machen deutlich welchen Stellenwert der Leistungsdruck im Stressempfinden bei den Jugendlichen hat.

Um den Stress bewältigen zu können gibt es zwei Ansätze: Zum Einen den Ansatz bei dem die Bedingungen auf der Anforderungsseite verändert werden, z.B. Eltern oder Schule. Dieser lässt sich meist schwer realisieren (vgl. Stück 2011, 23). Zum Anderen gibt es den Ansatz der Verbesserung der individuellen Bewältigungsfähigkeiten der Kinder um „einen internen Regulationsausgleich und damit eine Stabilität der Persönlichkeit zu erreichen, die eine Voraussetzung für erfolgreiches externes Handeln bildet.“ (Stück 2011, 23). Eine innere Balance, eine gewisse Fähigkeit der Selbstreflexion, allgemeines Wohlbefinden und die Fähigkeit zu entspannen unterstützen den adäquaten Umgang mit Belastung und werden vor allem im Yoga gezielt gefördert und erreicht (vgl. Stück 2011, 22f). Der Abbau psychischer und physischer Anspannung, eine gesteigerte Stress-Resistenz, eine verminderte Aggressivität, eine stärkere emotionale Ausgeglichenheit, eine Steigerung der Kreativität und ein höheres Maß an Toleranz und Offenheit wurden oben bereits als positive Auswirkungen des Yoga genannt und sind unter den gegebenen Umständen unserer leistungsorientierten Gesellschaft gerade für Kinder eine gute Grundlage um später mit dem fortlaufenden Stress und der kontinuierliche Belastung umgehen zu können. Auch die oben genannten positiven, körperlichen

Auswirkungen des Yoga sind eine Unterstützung für ihre Entwicklung. Ihr Körperempfinden stärkt den Zugang zu sich selbst, zu ihren Gefühlen, ihren Grenzen und ihren Fähigkeiten. Allgemein kann man von einer Stärkung der Persönlichkeit sprechen, die den Kindern eine gute Grundlage für ihr weiteres Leben liefert (vgl. Stück 2011, 23). Yoga ist somit in allen Bereichen für Kinder eine gute Begleitung und Unterstützung und kann sogar als Gesundheitsprävention verstanden werden, wie Deutzmann es tut (vgl. Deutzmann 2002, 173 ff).

5.4.4 Wissenschaftliche Grundlagen/aktueller Forschungsstand von Kinderyoga

Ähnlich wie die Forschungsgrundlage des Yoga ist auch die wissenschaftliche Betrachtung von Kinderyoga und deren Auswirkungen in Deutschland noch in den Anfängen (vgl. Braun 2007, 8). Es gibt einige vereinzelte Artikel in Fachzeitschriften, wie unter anderem in der Zeitschrift „Praxis für Psychomotorik“, in der 1983 ein Artikel über Yoga als Pflichtsportunterricht erschien (vgl. Braun 2007, 9). Doch eine detaillierte Analyse von Forschungsergebnissen zum Thema Kinderyoga bietet erst 2002 Suzanne Augenstein (vgl. Braun 2007, 9). Sie weist in ihrer Dissertation auf eine Quelle von Boden hin, die 1978 entstand und die Bezug auf eine Examensarbeit von 1965 nimmt, in der die Durchführung eines Yogakurses für 13-14 jährige Schüler beschrieben wird (Augenstein 2002, 30). Sie schließt daraus, dass es Yoga an Schulen bereits seit 1965 geben haben muss (Augenstein 2002,30). Doch die wissenschaftliche Grundlage für Kinderyoga in Institutionen wie Schulen lieferte die 1997 veröffentlichte Dissertation von Marcus Stück mit dem Titel: „Entwicklung und Evaluation eines Entspannungstrainings mit Yogaelementen für Mittelschüler als Bewältigungshilfe für Belastungen“ (vgl. Stück 2011, 67). Suzanne Augenstein bezog sich bei ihrer Arbeit auch auf Marcus Stück, genau wie Nicole Goldstein, die nach der ersten wissenschaftlichen Grundlage einen Anknüpfungspunkt hatten für eigene Programmentwicklungen (vgl. Stück 2011, 67). Die Dissertationen von Stück, Augenstein und Goldstein sind bis heute die einzigen in Deutschland mit dem Thema Kinderyogaprogramme (vgl. Stück 2011. 67).

Auf internationaler Ebene sieht es ähnlich aus. In der Datenbank PsycINFO sind von 1974 bis 2010 nur vier Dissertationen zu finden (vgl. Stück 2011, 78). Die meisten Untersuchungen zur Kinderyogaforschung finden sich in Journalen (85%) (vgl. Stück 2011, 78). Stück nutzte auch hier für die Recherche Literaturdatenbanken und stellte

fest, dass der überwiegende Teil der Kinderyogaforschung in Indien, gefolgt von den USA, stattfand. Hier lassen sich schon deutlich mehr Forschungsarbeiten als in Deutschland finden, wobei Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern immer noch eine stark führende Position in der Kinderyogaforschung auf hohem Niveau einnimmt (vgl. Weishaupt, Dinges 2008, 18). Um weiterhin Yoga als wissenschaftlich fundierte Methode zu etablieren, ist es wichtig weitere praktische Anwendungen von Yoga mit Kindern wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren um den wissenschaftlichen Standard und die Aktualität zu erhalten.

5.5 Yoga als Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern

Es wurden die Lebensumstände von Kindern von alkoholabhängigen Eltern, ihre Bedürfnisse, ihr Unterstützungsbedarf und die möglichen Ansatzpunkte für Unterstützung ausführlich erörtert. Ebenfalls wurden die Bereiche des Yoga und die Spezifizierung des Kinderyoga betrachtet. Beide Bereiche sind bereits in der Forschung vertreten, doch wurden sie noch nicht explizit in Zusammenhang gebracht. Im nächsten Schritt wird nun umfassend überprüft, ob Yoga eine geeignete Unterstützungsmaßnahme für Kinder von alkoholabhängigen Eltern darstellt. Es soll überprüft werden ob Yoga für die Zielgruppe geeignet ist, was es für Argumente dafür gibt und wo eventuell Grenzen oder sogar Gegenargumente der Methode auftauchen. In einem weiteren Schritt wird eine theoretische Überlegung einer geeigneten praktischen Umsetzung einer Yogagruppe für Kinder von alkoholabhängigen Eltern dargestellt.

5.5.1 Eignung von Yoga für Kinder alkoholabhängiger Eltern

Wie bereits erörtert, ist es nicht möglich allen Kindern von alkoholabhängigen Eltern ein gemeinsames Verhalten zuzuschreiben, da jedes Kind unterschiedliche Bewältigungsstrategien nutzt und unterschiedlich schwer belastet ist. Doch wie festgestellt werden konnte, gibt es einige gute Ansatzpunkte für Unterstützung. Ein Ansatzpunkt ist die Linderung des innerfamiliären psychischen Stresses, dem die meisten Kinder in der speziellen Lebenssituation in hohem Maße ausgesetzt sind (vgl. Klein 2009, 11). Durch Stimmungsschwankungen, der Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens und der überwiegend angespannten Grundatmosphäre (vgl. Klein 2007, 3) benötigen die Kinder einen Ausgleich; einen Ort und Zeit nur für sich, um Kraft tanken zu können, zur Ruhe zu kommen und um die Spannungen abzubauen

zu können, die sich im Alltag ansammeln. Yoga bietet hierfür eine gute Grundlage, da die Mischung aus körperlichen Übungen und den meditativen und entspannenden Inhalten beide Aspekte beinhaltet. Durch die körperliche Betätigung kann Spannung abgebaut werden und die kleinen Meditationen verhelfen zur inneren Ruhe. Die längeren Entspannungsübungen können als Zeit zum „auftanken“ genutzt werden und bieten den Kindern eventuell die einzige Zeit der Entspannung im angespannten Alltag. So wie die Gedanken des Alkoholikers immer um das Suchtmittel kreisen, so kreisen die Gedanken der Kinder immer um das erkrankte Elternteil und werden von Sorge, Ängsten und Befürchtungen begleitet. Die Konzentration, die bei den Yogaübungen notwendig ist um vor allem die Gleichgewichtsübungen durchzuführen, können den Kindern helfen die Gedanken ruhen zu lassen und sich auf etwas anders zu konzentrieren. Eine der größten Auswirkungen des regelmäßigen Yogatrainings, ist das Herstellen des Kontaktes zu sich selbst. Gleichzeitig stellt dies ein Ziel und eine Grundhaltung des Yoga dar. Sich durch den Körper wieder spüren zu lernen ist eine Basisveränderung des Yogas (vgl. Unger/Hofmann 2011, 173). Das Nachspüren der Übungen schult die Körperwahrnehmung, durch die ein erster Kontakt zu seinem Körperempfinden aufgebaut werden kann. Die Kinder lernen sich (wieder) zu fühlen. Der nächste Schritt ist, nach der Körperwahrnehmung auch das eigene Seelenleben (wieder) wahrnehmen zu können, was durch die Meditationen und die Achtsamkeit im Yoga geschult wird. Die Kinder von alkoholabhängigen Eltern leben, wie bereits beschrieben, oft nach strikten Regeln, die von einer starken Tabuisierung der eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Ängste, die die Alkoholabhängigkeit der Eltern auslösen, geprägt sind. Durch diese Tabuisierung werden die Gefühle oft ganz verdrängt und unterdrückt bis die Kinder fast keinen Zugang mehr zu ihrem Inneren haben. Wenn Kinder mit Yoga in ihrer Selbstwahrnehmung unterstützt würden, würden sie den Zugang zu sich eventuell nicht ganz verlieren, sie könnten noch ihre Bedürfnisse wahrnehmen und würden dadurch später eine Grundlage haben Hilfe anzunehmen, oder ihre Grenze zu fühlen. Auch der Bereich Ernährung, der bei einigen Kinderyogaprogrammen eine Rolle spielt, unterstützt diesen Aspekt, denn wer sich über seinen Körper, seine Ernährung und seine Gesundheit Gedanken macht, der ist bei sich und seinem Gespür für das eigene Selbst. In den Gesprächskreisen hätten sie eine Möglichkeit die (wieder) wahrgenommen Bedürfnisse zu verbalisieren, was den Prozess festigen würde.

Einige Kinder neigen dazu sich zu isolieren, fühlen sich unter Gleichaltrigen abgewertet und einsam (Klein 2007/2008, 12 zit. nach Cork 1969). Die kleinen Gruppengrößen von ca. 6 Kindern (vgl. Stück 2011, 43) bieten eine gute Chance sich langsam gegenüber Gleichaltrigen zu öffnen. Die Zuwendung des Yogalehrers ermöglicht den betroffenen Kindern die Aufmerksamkeit zu bekommen, die ihnen zu Hause oft fehlt. Das mangelnde Selbstvertrauen, das sich durch die familiären Umstände nur schwer entwickeln kann, könnte durch die Übernahme an Verantwortung im Yogatraining durch eigene Yogareihen und das Vorführen von Übungen langsam aufgebaut werden. Ebenfalls positiv auswirken würde sich das Übergeben von kleinen Lehrtätigkeiten an die Kinder, als Verantwortungsübung für das Gefühl der Selbstwirksamkeit und gegen das Gefühl der Ohnmacht. Wie oben bereits geschrieben ist eine Wirkung von Yoga, die Zunahme der Selbstwirksamkeit und die Stärkung der Selbststeuerung (vgl. Unger/Hofmann 2011, 177 f), was vor allem für die Kinder von alkoholabhängigen Kindern von großer Bedeutung ist, da viele von ihnen immer wieder Situationen ausgeliefert sind, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlen, vor allem wenn der trinkende Elternteil durch den Alkohol unberechenbares, nicht nachvollziehbares Verhalten zeigt.

Die oben beschriebenen, allgemeinen Wirkungen von Yoga wie Reduktion von Stress, Verminderung von Angsterleben, emotionaler Labilität und depressiven Stimmungen sind für einige Kinder von Bedeutung. Doch um nicht den pathogenen Ansatz zu stärken und alle Kinder von alkoholabhängigen Eltern generell als bedürftig und sogar krank zu bezeichnen, sind diese Wirkungen nur am Rande zu erwähnen. Die Wirkung der verstärkten Selbstakzeptanz ist jedoch gesondert zu betrachten. Die von Wegscheider erstmals so detailliert beschriebenen Rollenmuster beinhalten alle den Schmerz der Kinder nicht gut genug zu sein. Doch alle haben das Gefühl die Familie nicht retten zu können, egal was sie auch tun, genau wie die Tatsache, dass Kinder ihr Verhalten als Ursache für das Verhalten der Eltern sehen (vgl. Puhm [u.a.] 2008, 58). Somit werden die meisten Kinder Anteile der eigenen Person stark negativ bewerten, ablehnen oder sogar ausblenden. Diese Anteile von der negativen Bewertung zu lösen und mit der Zeit in das Selbstbild zu integrieren (vgl. Unger/Hofmann 2011, 175) ist also eine gerade für diese Kinder wichtige Wirkung die das Yoga beinhaltet.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Yoga in allen wichtigen Bereichen die Kinder in ihrem schwierigen Alltagserleben unterstützt, sie in ihrer Entwicklung

stärkt und ihnen für die Zukunft Handwerkszeug liefert, ohne sie als generell bedürftig oder krank zu behandeln. Dieser Punkt ist vor allem vor dem Hintergrund der Stigmatisierung nicht unerheblich, denn Yoga ist ein Begriff, der weder mit Krankheit noch mit Bedürftigkeit, und schon gar nicht mit Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht wird. Yoga wirkt also subtil, ohne den Anspruch zu haben kranke Kinder zu therapieren.

5.5.2 Grenzen von Yoga als Unterstützung für Kinder alkoholabhängiger Eltern

Yoga kann nicht als alleiniges Allheilmittel gesehen werden. Genau wie die Erfahrungen der Kinder zwar ähnlich, jedoch nicht identisch sind, sind auch die Unterstützungsbedarfe unterschiedlich. Wenn ein Kind schwer traumatisiert ist, weil es beispielsweise einen Vater hat, der unter Alkoholeinfluss gewalttätig wird, oder wenn das Kind missbraucht oder misshandelt wurde, dann ist Yoga sicher nicht die Methode, die all das Erlebte auffangen kann. Jeder Yogalehrer sollte die Kinder genau beobachten und gegebenenfalls die Grenze ziehen. Er sollte sich bewusst sein, dass das Kind eventuell weitere professionelle Hilfe benötigt und ihm diese dann vermitteln. Vor allem die Mediationen und Entspannungsübungen sind dafür ein Indikator. Auch wenn hier nicht davon ausgegangen wird, dass alle Kinder von alkoholabhängigen Eltern unter Gewalterfahrungen leiden, sollte das Bewusstsein da sein, dass die Möglichkeit besteht und dann Yoga als Unterstützung nicht ausreicht. Wenn die Eltern noch nicht in Behandlung sind, die Krankheitseinsicht nicht besteht und die Tabuisierung noch groß ist, kann die Entwicklung, die das Kind durch die Yogapraxis erfährt, das Familiensystem durcheinander bringen. Es kommt vor, dass Eltern die Veränderung nicht wollen und diese Veränderung, wie oben beschrieben, als Bedrohung betrachten. Die Kinder könnten dann von den Eltern die Teilnahme am Yoga verboten bekommen. Auch das ist eine Grenze, da die Yogalehrer hier wenig ausrichten können. Sie haben eventuell auch nicht die berufliche Grundlage um bei solch einem Fall zu intervenieren. Auch hier ist es wichtig zu wissen, dass solch ein Fall auftreten kann und sich dann seiner eigenen Grenzen bewusst zu sein.

5.5.3 Theoretische Überlegungen für die Praktische Umsetzung von Yoga als Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern

Da es bis jetzt kein Yogaangebot speziell für Kinder von alkoholabhängigen Eltern gibt, ist der nächste Abschnitt dieser Arbeit eine theoretische Überlegung. Aus der umfassenden Betrachtung der Situation von Kindern alkoholabhängiger Eltern und den Wirkungen des Yoga und Kinderyoga ergibt sich das Bild, dass Yoga eine sehr geeignete Unterstützung für diese Kinder darstellen könnte. Da dies bis jetzt nicht praktisch überprüft wurde sind diese Überlegungen theoretischer Natur und sollen eine Grundlage für eine praktische Umsetzung liefern.

5.5.3.1 Anwendungsgebiete

Zu überlegen ist, in welchem Rahmen Yoga als Unterstützung für Kinder von alkoholabhängigen Eltern angeboten werden könnte. Es gibt die Möglichkeit solche Gruppen nicht speziell anzubieten sondern die bisher bestehenden Yogagruppen für Kinder in Spotvereinen zu nutzen. Durch die Verbreitung der guten Wirksamkeit des Yoga könnte das Bewusstsein von Helfern wie Sozialarbeiter, Suchttherapeuten und Therapeuten in Bezug auf das Thema Yoga erweitert werden. So könnte indirekt durch den Rat der Helfer die Kinder in Yogagruppen zu integrieren, Yoga als Unterstützung wirken. Doch hier soll überprüft werden, an welchen Stellen im Suchthilfesystem eine direkte Unterstützung von Kindern alkoholabhängiger Eltern durch eine Yogagruppe sinnvoll wäre.

Es ist zu wiederholen, dass wenn Eltern bereits im Suchthilfesystem angekommen sind und sei es nur das erste Mal in einer Beratungsstelle, so war dies der erste Schritt aus dem bestehenden System auszubrechen. Die Problematik Kinder, die noch völlig in dem rigiden System einer tabuisierenden Familie leben, zu erreichen bzw. deren Unterstützungsbedarf zu erfassen, ist in Punkt 4.1 genauer beschrieben.

Es ist also davon auszugehen, dass Kinder von Eltern, die bereits in Behandlung sind oder eine Behandlung in Erwägung ziehen und dafür das erste Mal in einer Beratungsstelle sind, am besten erreicht werden können. Somit wäre eine Suchtberatungsstelle ein geeigneter Ort um eine solche Kinderyogagruppe anzubieten. Yoga klingt nicht nach bedürftigen Kindern und das Bringen und Abholen oder die Wartezeiten können die Helfer nutzen um mit den Eltern langsam ins Gespräch zu kommen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, die Tabuisierung

aufzulösen und die Krankheitseinsicht zu stärken. Es wäre also ein idealer Ort um die Eltern vermehrt zu erreichen und die Kinder so früh wie möglich zu unterstützen.

Ein weiterer Ort um solch eine Yogagruppe zu installieren wäre im nächsten Schritt des Suchthilfesystems: Die Vorsorgeeinrichtungen. Hierbei ist jedoch die Schwierigkeit, dass oft die Kinder dort nicht mit aufgenommen werden. Das STZ Hamburg bietet alkoholabhängigen Müttern und Vätern die Möglichkeit sich bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung von ihren Kindern begleiten zu lassen. Die Behandlung bezieht sich dort ausschließlich auf die Eltern, was einen idealen Ort für eine Yogagruppe darstellen würde. Denn Yoga für Kinder würde auch dort die Kinder subtil ohne sie zu stigmatisieren und ihnen einen Hilfebedarf zu unterstellen, unterstützen. Probleme bei der praktischen Umsetzung wären das unterschiedliche Alter und die unterschiedliche Aufenthaltsdauer der Kinder. Hier müssten vor der praktischen Umsetzung intensiv die Vor- und Nachteile einer offenen Gruppe erörtert werden und eventuell auch andere Ideen mit einbezogen werden, wie zum Beispiel die Yogagruppe auch für Kinder aus der näheren Wohnumgebung des STZs zu öffnen. Es müsste experimentiert und verschiedene Möglichkeiten ausprobiert werden und durch die Erfahrungen könnte das Angebot verbessert werden. An dieser Stelle sei nur gesagt, dass der Rahmen eines stationären Aufenthaltes der Eltern für eine Kinderyogagruppe aus theoretischer Sicht ein guter wäre.

Ebenfalls ein geeigneter Ort wäre eine stationäre oder auch nur teilstationäre Nachsorgeeinrichtung. Sogar eine ambulante Nachsorgeeinrichtung könnte einen geeigneten Rahmen liefern. Die wichtigsten Argumente bei allen Formen des Hilfesystems ist die subtile Unterstützungsart, die den Eltern nicht suggeriert, dass ihre Kinder einen Hilfebedarf haben und es den Kindern nicht unterstellt. Sondern es einfach ein Angebot für Kinder darstellt, dass gleichzeitig und erst bei näherer Betrachtung speziell auf diese Kinder in diesen Lebenslagen besonders unterstützend wirkt.

Es gibt jedoch auch Beratungsstellen speziell für Kinder alkoholabhängiger Eltern, wie in Hamburg zum Beispiel die Beratungsstelle KOMPAß, die neben Beratung auch eine Spielgruppe für Kinder anbieten (vgl. www.kompass-hamburg.de/kompass-spiel-gruppe). Auch hier gäbe es die Möglichkeit neben der Spielgruppe eine Yogagruppe anzubieten. Anders als bei den Anlaufstellen für Eltern, ist dieses Angebot speziell für Kinder alkoholabhängiger Eltern und somit erreicht man nur die Kinder, deren Eltern sich den Unterstützungsbedarf ihrer Kinder

eingestanden haben. Dies ist ein Unterschied, der einem bewusst sein sollte, denn Eltern die ihr Kind speziell in Beratungsstelle unterbringen und sie dort unterstützen sind meist in ihrer Krankheitseinsicht so weit, dass die Tabuisierung aufgelöst ist.

5.5.4 Voraussetzungen für eine Kinderyogagruppe im Suchthilfesystem

Um die Überlegungen fortzuführen, damit eine praktische Umsetzung folgen kann sind über die Voraussetzungen nachzudenken, die gegeben sein müssten um eine Kinderyogagruppe im Suchthilfesystem zu etablieren. Unabhängig vom endgültigen Ort der Yogagruppe, also ob in einer Beratungsstelle, einer stationären Einrichtung oder einer Kinderberatungsstelle müsste ein Kinderyogalehrer gefunden werden, der sich mit der Zielgruppe auskennt, der Erfahrungen mit Suchtfamilien hat um seine und die Grenzen der Kinder schnell wahrnehmen zu können. Je nach Ort kann eine therapeutische oder sozialpädagogische Ausbildung hilfreich sein, ist jedoch nicht zwingend notwendig, da das Yoga an sich wirken soll. Trotzdem muss er seine Grenzen und die des Yoga erkennen und dafür ist die Erfahrung ein wichtiger Faktor. Des Weiteren sollte ein Raum zur Verfügung stehen, der Gemütlichkeit und Harmonie ausstrahlt. Die Gruppen sollten nicht zu groß sein und das Alter sich innerhalb einer Gruppe nicht zu sehr unterscheiden. Das ist, wie oben angedeutet, vor allem in den stationären Kliniken, in denen die Kinder die Eltern begleiten oft nicht einfach zu realisieren, da die Kinder sich dort sehr vom Alter unterscheiden. Ebenfalls ist es nötig, eine gewisse Kontinuität in die Gruppe zu bekommen um ein Vertrauen entstehen zu lassen. Jedes Mal eine andere Gruppenkonstellation könnte hinderlich sein, ist aber eventuell nicht anders zu machen, vor allem im stationären Bereich. Hier kommt man schnell in einen spekulativen Bereich der in der Praxis geprüft werden muss. Es kann auch möglich sein, dass eine so intensive Gruppe mit wenig Kindern und einer intensiven Betreuung auch zu neu und anders für die Kinder ist, sodass sie dieses Angebot gar nicht annehmen können. Eine offene Gruppe kann diesen Kindern ein Stück ihres gewohnten Lebensstils widerspiegeln und ihnen dadurch näher sein. Doch das muss die Umsetzung in der Praxis zeigen. Wichtig ist hier das Wissen um die verschiedenen Möglichkeiten und dass es kein festes Konzept zur besten Unterstützung dieser Zielgruppe gibt.

Deutlich wird, dass eine evaluierte Praxiserprobung unabdingbar ist, um die theoretischen Überlegungen zu untermauern und Yoga als eine gute Unterstützung für Kinder von alkoholabhängigen Eltern im Suchthilfesystem zu etablieren.

6 Yoga als Methode in der Sozialen Arbeit

Deutzmann hat mit seinem Buch ‚Yoga als Gesundheitsförderung‘ Pionierarbeit geleistet und nicht nur den Einsatz von Yoga ausführlich begründet sondern ihn auch mit theoretischen Überlegungen aus der Sozialen Arbeit in Beziehung gesetzt (vgl. Deutzmann 2002, 228). Er konnte zeigen, dass das ganzheitliche und ökologische Weltbild der Yogaphilosophie mit dem modernen, ganzheitlichen Menschen- und Weltbild der Sozialwissenschaften, zu denen auch die Soziale Arbeit gehört, sehr stark übereinstimmt (vgl. Deutzmann 2002, 228). „Wie auch in der sozialen Arbeit geht es im Yoga um die Überwindung und Verringerung von Leid, wobei die Wechselwirkungen von Körper, Seele und Umwelt thematisiert werden.“ (Deutzmann 2002, 228). Die Soziale Arbeit hat eine umfassende Zielgruppe die von Kindern und Jugendlichen über Eltern, Alleinerziehende, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung bis hin zu Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder einer psychischen Krankheit reicht. Eine Methode die bei allen Altersgruppen und fast in allen Lebenssituationen anzuwenden ist, gibt es selten. Yoga gehört dazu. Ganzheitliches Helfen heißt nicht nur umfassende Zielgruppen, sondern auch umfassende Themen und so ist die Ebene der Psychosomatik auch ein Thema der Sozialen Arbeit. Da Yoga vor allem auf dieser Ebene wirkt, ist es sinnvoll um diese Methode zu wissen, um sie ggf. Klienten anbieten zu können (vgl. Deutzmann 2002, 42). Die gesamte Palette an Wirkungsweisen des Yoga deckt sich überwiegend mit den Zielen in der Sozialen Arbeit. So unterstützt Yoga keine Duldungshaltung gegenüber negativen sozialen Strukturen, „ [...] sondern intendiert sowohl deren Veränderung als auch die höchstmögliche innere Autonomie gegenüber Aspekten der sozialen Umwelt, die keiner unmittelbaren Veränderung zugänglich sind.“ (Deutzmann 2002, 229). Yoga hat zum Ziel ein umfassendes, körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu erreichen, genau wie es im modernen Gesundheitsverständnis angestrebt wird (vgl. Deutzmann 2002, 229).

Durch die ähnlichen Ziele ist Yoga eine gute Unterstützung und Ergänzung der Sozialen Arbeit und eine gut einzusetzende Methode. Wirkungsweisen wie verminderte Angst und Aggressivität, Nervosität und innere Unruhe oder die erweiterten Möglichkeiten der Selbstregulation hinsichtlich des Abbaus negativer Spannungen im emotionalen, kognitiven, affektiven und sozialen Bereich sind für jede Zielgruppe der Sozialen Arbeit, unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Problemsituation eine wertvolle Unterstützung (vgl. Deutzmann 2002, 229). Auch die

durch das Yoga gestärkte Fähigkeit der Menschen, „mit ihren Problemen von Gesundheit und Krankheit selbstverantwortlicher und kompetenter umzugehen und ihre persönliche Umwelt und ihr Verhalten gesundheitsgerechter zu gestalten“ (Deutzmann 2002, 229), kommt der Sozialen Arbeit entgegen und unterstützt sie bei ihren Zielen. Selbstverantwortung zu übernehmen ist eines der Grundziele in der Sozialen Arbeit und auch das Thema Gesundheit hat einen hohen Stellenwert. Auch beim Thema der Stressbewältigung decken sich Wirkung des Yoga und Ziel der Sozialen Arbeit. Stressbewältigungsstrategien sind auf Grund des Wandels der Lebensbedingungen in der heutigen Leistungsgesellschaft notwendig, was sich vor allem durch den Hohen Anteil an psychosomatischen Krankheiten, dem hohen Druck unter dem bereits Kinder in der Schule leiden und der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsangeboten verdeutlicht (vgl. Deutzmann 2002, 41). Dieser gesellschaftliche Wandel birgt spezifische Gesundheitsrisiken mit sich und die veränderten Lebensbedingungen erfordern spezielle Ausgleichs- und Kompensationsmöglichkeiten (vgl. Deutzmann 2002, 421). Genau wie die Kinder die Auswirkungen immer früher spüren zum Beispiel durch den Leistungsdruck in Kindergarten und Schule, spürt die Soziale Arbeit die Auswirkungen in der steigenden Notwendigkeit der Gesundheitsförderung (vgl. Deutzmann 2002, 230).

Durch die positiven Auswirkungen und den vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Yoga sollte sich die Soziale Arbeit für die Integration von Yogaangeboten in den verschiedensten Anwendungsfeldern einsetzen, wie auch für die Weiterführung von Forschung (vgl. Deutzmann 2002, 231). Es gibt immer noch zu wenig Forschungsarbeiten um Yoga definitiv als Methode im Gesundheitsbereich und/oder in der Sozialen Arbeit zu etablieren. Es ist nötig, die in dieser Arbeit vorgestellten Einsatzorte von Yoga praktisch und wissenschaftlich zu überprüfen. Im Allgemeinen sollte die Soziale Arbeit „sich in Forschung und Lehre mit den präventiven, rehabilitativen und therapeutischen Möglichkeiten des Yoga wissenschaftlich auseinandersetzen“ (Deutzmann 2002, 331). Vorteilhaft ist dabei, dass die Methoden im Yoga alle Möglichkeiten der wissenschaftlichen Überprüfung bieten und somit evaluier- und überprüfbar sind (vgl. Deutzmann 2002, 230).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Yoga in der Sozialen Arbeit eine weitaus größere Rolle spielen könnte, als sie es im Moment tut. Dies zu ändern ist ein sinnvolles Ziel der Sozialen Arbeit um die Vielfältigkeit des Yoga gewinnbringend in ihre Arbeit einfließen zu lassen.

7 Ausblick

Durch diese Arbeit konnte deutlich gemacht werden, dass nach wissenschaftlich-theoretischen Überlegungen Kinderyoga eine gute Methode ist, um Kinder alkoholabhängiger Eltern zu unterstützen. Das Hilfesystem bietet viele Möglichkeiten diesen Ansatz praktisch umzusetzen. Wichtig ist bei der praktischen Umsetzung, dass diese wissenschaftlich evaluiert und überprüft wird, um auch die wissenschaftliche Grundlage zu sichern, Yoga weiter als Unterstützungsmethode einzusetzen. Nicht nur für Kinder alkoholabhängiger Eltern, sondern auch für andere Zielgruppen in anderen Feldern der Sozialen Arbeit ist es sinnvoll Yoga zu etablieren, wenn dafür die wissenschaftliche Grundlage geschaffen würde. Dieser Schritt der praktischen Überprüfung steht noch aus und wird hoffentlich bald realisiert werden können.

Die Soziale Arbeit würde sich mit der wissenschaftlich fundierten Etablierung des Yoga eine Methode sichern, die bereits in der Gesellschaft angenommen und akzeptiert ist und die somit nicht gegen Vorurteile zu kämpfen bräuchte. Sie könnte sich einer gesundheitsorientierten Bewegungsform bedienen, die den Status einer entspannungsbringenden und beliebten Freizeitaktivität innehat und bei der wenig Überzeugungsarbeit zu leisten wäre.

Wünschenswert wäre, dass durch diese Arbeit für die weitere Entwicklung des Yoga in der Sozialen Arbeit und für weitere Forschungsarbeiten ein kleiner Anstoß geliefert wurde.

Literaturverzeichnis

- Augenstein, S. (2002): Auswirkungen eines Kurzzeitprogramms mit Yogaübungen auf die Konzentration bei Grundschulkindern. Möglichkeiten und Grenzen der Integration von Yogaelementen in den Schulunterricht. Dissertation. Universität Essen
- Black, C. (1988): Mir kann das nicht passieren. Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg: Verlag Mona Bögner-Kaufmann
- Brandt, S. (2004a): Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting. Eine Längsschnittstudie über die psychologischen Auswirkungen des Yoga und des Autogenen Trainings. Diplomarbeit. Universität Potsdam; Universität Oldenburg
- Brandt, S. (2004b): Yoga auf dem Prüfstand. Eine Studie von Steffen Brandt über die Wirksamkeit von Yoga. In: VIVEKA – Hefte für Yoga. Nr. 31, S. 6 – 19
- Braun, A. (2007): Diagnosepotenzial von Yoga im pädagogischen Kontext. Magisterarbeit. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Deutzmann, H. (2002): Yoga als Gesundheitsförderung. Grundlagen, Methoden, Ziele und Rezeption. Norderstedt: Books on Demand GmbH
- Diehl, A. / Mann, K. (2005): Zertifizierte medizinische Fortbildung. Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. Probleme identifizieren und intervenieren. In: Deutsches Ärzteblatt. Nr.33, S. 2245
- Ebert, D. (1989): Philosophische Aspekte des Yoga. 2. Aufl. Leipzig: Georg Thieme Verlag
- Feldmann, R. / Löser, H. / Weglage, J. (2007): Fetales Alkoholsyndrom (FAS), in: Monatszeitschrift Kinderheilkunde Nr. 9, S. 853 – 865.
- Fengler, J. (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention, Landsbek / Lech: ecomed Verlagsgesellschaft
- Fuchs, C. (1990): Yoga in Deutschland, Rezeption, Organisation, Typologie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Fuchs, C. (2003): Die Geschichte des Yoga. In: Berufsverband Deutscher Yogalehrer (Hg.): Der Weg des Yoga. Handbuch für Übende und Lehrende. 4. Aufl. Petersburg: Verlag Via Nova
- Gabriel, T. (2005): Resilienz – Kritik und Perspektiven, in: Zeitschrift für Pädagogik, Nr. 51 (Heft 2), S. 207-217.
- Gaertner, B. [u.a.] (2011): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (H.G): Jahrbuch Sucht 2011, Geesthacht: Neuland, S. 29 – 50.
- Gharote, M.L (1994): Historischer Überblick über die Entwicklung des Yoga. In: GGF 1996,
- Goldstein, S. (2002): Körperzentrierte Übungen des klassischen Hatha-Yogas als Therapiekonzept bei Kindern mit expansiven Störungen. Dissertation, Pädagogische Hochschule Heidelberg
- Hofer, M. / Wild, E. / Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung, 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Klein, M. (2005): Hilfen für Kinder aus alkoholabhängigen Familien. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 37 (Heft 4), 713-720
- Klein, M. (2007): Kinder suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. In: Prävention extra. Zeitschrift für Gesundheitsprävention. Nr. 2, S.1-7

- Klein, M. (2008): Was ist Sucht? In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken Prävention Hilfen. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Körtel, K./ Krasnitzkiy-Rohrbach, U. (Hg.) (2004): Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Kürfner, H. / Soyka, M. (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Lambrou, U. (2011): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Moesgen, D. / Schulz, W. / Klein, M. (2012): Elterliche Alkoholprobleme. Kognitionen der Kinder und Verhaltensauffälligkeiten, in: Sucht, 58 (Heft 2), S. 109 – 118.
- Pabst, A., Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. 36-46.
- Reißig, B., Petermann, H. (1996): Belastungserleben und Intention zum Suchtmittelgebrauch bei Leipziger Schülerinnen und Schülern. In: Gesundheit Regional, 5 (Heft 2), S. 21 – 22.
- Rennert, M. (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 3. akt. Aufl. Freiburg bei Breisgau: Lambertus-Verlag
- Schneider, W. (2007): Sucht- Selbsthilfe – Familie – Kinder. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007, Gießen: Focus Verlag GmbH, S. 19-24
- Stück, M. (2011): Wissenschaftliche Grundlagen zum Yoga mit Kindern und Jugendlichen. In: Marcus Stück (Hg.), Neue Wege in Psychologie und Pädagogik. Buch 3. Uckerland OT Milow: Schibri-Verlag
- Unger, C. / Hoffmann-Unger, K. (2011): Yoga und Psychologie. Persönliches Wachstum und Risiken auf dem Übungsweg. Ein Leitfaden für Übende und Lehrende. 5. Auflage. Ahrensburg: Verlag ganzheitlich leben GmbH
- Wegschneider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance: Hoffnung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg: Verlag Mona Bögner-Kaufmann
- Weishaupt, S., Dinges, S. (2008): Kinderyoga als wissenschaftlich fundierte Methode. Ein Überblick über die Entwicklung der Kinderyoga Forschung in Deutschland. In: Yoga Vidya Journal, Nr. 19, S. 18-19
- Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. 2. überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Internetquellen

- Brandt, S. [u.a.] (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting. Eine Längsschnittstudie über die psychologischen Auswirkungen des Yoga und des Autogenen Trainings.
http://www.gingerup.de/documents/daimler_chrysler_studie.pdf [03.01.2013]

- Fuchs, C. (o.J.): Anmerkungen zur Geschichte und Gegenwart des Yoga in Deutschland. [Online-Artikel auf der Homepage von Dr. C. Fuchs]. Verfügbar unter: <http://www.yoga-akademie.de/YoInDeutsch.html> [23.10.2012]
- Klein, M.I (2007/2008): Kinder suchtbelasteter Familien: Fakten, Risiken, Lösungen und Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Berichte und Materialien. Bayerisches Forum für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. [Dokumentation des 9. und 10. Forums Suchtprävention der LZG] Band 8, 11-14, 11-14 Verfügbar unter: http://www.lzq-bayern.de/tl_files/catalog_upload/b/bum_08.pdf [29.08.2012]
- Martin, S. (2007): Gesundheitserziehung durch Yoga. Eine Untersuchung gegenwärtiger Konzepte von Yoga mit Kindern und deren Beitrag zur Gesundheitserziehung. [Diplomarbeit der Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld]. Verfügbar unter: <http://www.yoga-vidya.de/PDF/wissenschaftliche%20Arbeiten/diplomarbeit.pdf> [17.10.2012]
- Puhm, A. [u.a.] (2008): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. [Forschungsstudie 2004-2006], 1-181. Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload/08%20encare%20studie.pdf> [28.08.2012]

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Rebecca Neumann, versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommen Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Hamburg, den 14.01.2013

