

„Ich möchte mich wieder sicher fühlen“

Therapeutisches Klettern als eine mögliche
Therapieform bei Suchtkranken

Mag.^a Natalie Wiegele

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Science in Suchtberatung und Prävention
an der Fachhochschule St. Pölten

Im November 2017

Erstbegutachter: Mag. Raimund Wöß
Zweitbegutachterin: FH-Prof. Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Maiss

Zusammenfassung

Eine Suchterkrankung zieht oftmals für Betroffene psychische und physische Folgen nach sich, unabhängig von der Art der Abhängigkeit. Klassische Suchttherapien konzentrieren sich auf den Umgang mit dem Suchtmittel, haben psychotherapeutische Maßnahmen im Fokus und stellen Angehörigenberatung zur Verfügung. Bislang selten wird „das in Bewegung kommen“ auf der körperlichen Ebene im Rahmen einer Therapie beleuchtet. Daher geht diese Arbeit der Frage nach, inwiefern Therapeutisches Klettern einen Mehrwert zur gängigen Suchttherapie liefern kann. Anfangs werden Suchtentstehung, Mechanismen der Abhängigkeit und Eigenschaften von Suchterkrankten angeführt sowie die theoretischen Grundlagen des Therapeutischen Kletterns und dessen Wirkungsweise thematisiert. Anhand von vier leitfadengestützten Interviews mit ExpertInnen mit psychosozialer Grundausbildung und praktischer Erfahrung im Therapeutischen Klettern, wurde der Frage nach den Wirkfaktoren des Therapeutischen Kletterns im suchtttherapeutischen Bereich, dessen Kontraindikationen und der Anwendbarkeit im stationären bzw. ambulanten Therapiesetting nachgegangen. Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeutisches Klettern ein wertvolles Zusatzangebot in beiden Therapieformen darstellen kann. Sowohl in der gängigen Literatur als auch in den ExpertInneninterviews werden Wirkfaktoren, wie Angst, Vertrauen oder Grenzen erleben, thematisiert. Dabei als zentral stellt sich die fachliche Kompetenz der AnleiterInnen heraus, um individuell auf die zentralen Themen der KlientInnen eingehen zu können. Das Lernzonenmodell von Senninger (2000) stellt sich dabei in Theorie und Praxis als geeignete theoretische Grundlage dar. Die Parallelen der neuronalen Wirkung des Drogenkonsums zum natürlichen Belohnungssystem während des Kletterns werden ebenso thematisiert, wie auch die Kontraindikationen, beispielsweise Drogenkonsum, psychotische Krisen oder Suizidgefährdung. Abschließend wird ein Einblick in die praktische Umsetzung des Therapeutischen Kletterkonzepts gegeben.

Keywords: Therapeutisches Klettern, Suchttherapie, Sucht, Abhängigkeit, psychische Erkrankung, sporttherapeutische Maßnahmen

Abstract

Any type of addiction has physical and mental health implications for those affected. Classical addiction treatment therapies focus on the handling of addictive substances and on psychotherapeutic treatments and offer counselling for family members. So far, the “moving into gear” on a physical level has rarely been considered as part of therapy. However, this paper investigates the benefits of therapeutic climbing. At first, the paper addresses the following topics: the emergence and mechanisms of an addiction, characteristics of addicts, and the theory of therapeutic climbing and its effects. In four guided interviews with experts, who have a psychological training and hands-on experience with therapeutic climbing, the questions of effective factors and the contraindications of therapeutic climbing in the field of addiction treatment therapies were addressed as well as its applicability for inpatient or outpatient therapy settings. The results show that therapeutic climbing may be a valuable supplement to both forms of therapy. Established scientific works and the expert interviews address effective factors, such as fear, confidence, or the experiencing of boundaries. The professional competence of the instructor is crucial in order to be able to react to individual and central topics of the clients. Senninger’s (2000) learning zone model constitutes the adequate theoretical principle. The paper also addresses the similarities of neuronal effects of drug use to the natural reward system while climbing, and the contraindications, e.g. drug use, psychotic episodes, or the risk of committing suicide. Eventually, the paper gives an insight into the implementation of the concept of therapeutic climbing.

Keywords: Therapeutic climbing, addiction treatment therapy, addiction, mental illness, sport therapeutical measures

Das Leben gleicht dem Hochgebirgs-Klettern: Es kostet Kraft, verlangt Geschick, bringt Gefahren, bietet Schönes, ermöglicht Triumphe. (Rainer Kaune¹)



¹ www.zitate.de/autor/Kaune,+Rainer [Stand: 01.07.2017]

Inhalt

1. Einleitung	8
2. Theorie	10
2.1. Klettern	10
2.1.1. Klettern – Geschichte und Einleitung	10
2.1.2. Begrifflichkeiten – Begriffsbestimmung	11
2.1.3. Therapeutisches Klettern	13
2.2. Sucht	14
2.2.1. Sucht – eine kleine Einführung	14
2.2.2. Begrifflichkeit	15
2.2.3. Definition Abhängigkeit	16
2.2.4. Wie entsteht eine Abhängigkeitserkrankung? – Ätiologie	16
2.2.5. Persönlichkeit von Suchtkranken	18
2.2.6. Komorbidität: Psychische Erkrankung und Suchterkrankung	20
2.3. Behandlung von Suchterkrankungen	20
2.3.1. Entwicklungsgeschichte der unterschiedlichen Therapieformen für Suchterkrankte	21
2.3.2. Stationäre Therapie	22
2.3.3. Ambulante Therapie	22
2.3.3. Sporttherapeutische Ansätze	23
2.4. Therapeutisches Klettern und Abhängigkeit	25
2.4.1. Psychosoziale Wirkfaktoren	26
2.4.2. Physiologische Wirkfaktoren	32
2.4.3. Warum gerade Klettern und kein anderer Sport?	33
2.5. Kontraindikationen	34
3. Empirie	34
3.1. Fragestellung	34
3.2. Methode	35
3.3. Rekrutierung der Untersuchungspersonen	37
4. Ergebnisse	37
4.1. Zusammenfassende Vorstellung der vier Interviews	37
4.2. Vergleichende Darstellung der Ergebnisse	52
4.2.1. Wirkfaktoren	52
4.2.2. Kontraindikationen	54
4.2.3. Therapieformen	55
4.2.4. Weitere Ergebnisse	56

5. Resümee und Ausblick.....	59
5.1. Kritische Reflexion und Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten.....	63
6. Einblick in die praktische Umsetzung	64
7. Literatur:	66
Anhang.....	72
A1. Interviewleitfaden:	72
A2. E-Mail Anfrage	73

1. Einleitung

Das Klettern, ob draußen in der Natur oder drinnen in einer Halle, entwickelte sich in den letzten Jahren zu einem Trendsport. Als Freizeitvergnügen, in Wettkämpfen, als alternative Bewegungsangebote in Schulen oder sozialen Einrichtungen, in der Physiotherapie – über verschiedenste Wege findet das Klettern Zugang zu allen Altersgruppen.

Im Sozialbereich wird vermehrt mit Klettern als Medium gearbeitet. Dabei steht aber meist der erlebnispädagogische Ansatz im Vordergrund, der therapeutische Aspekt wird noch häufig außen vorgelassen. Speziell im Suchtbereich gibt es wenige Angebote im Sinne des Therapeutischen Kletterns. In der Steiermark wird derzeit nur im „WALKABOUT – Therapiestation für Drogenkranke²“, Klettern als therapieunterstützende Bewegungsform angeboten.

Ich persönlich klettere schon seit Jahren leidenschaftlich gern in meiner Freizeit. Doch irgendwann hat es einen Moment gegeben, wo das Bedürfnis aufkam, diese Sportart mit all ihrer Methodenvielfalt in meine berufliche Tätigkeit im psychosozialen Bereich einzubinden. Folglich habe ich 2012 die Fortbildung „Therapeutisches Klettern in der Erlebnispädagogik und Psychotherapie“ erfolgreich absolviert.

Im Rahmen der Ausbildung „Suchtberatung und Prävention“ werde ich nun diese zwei Bereiche „Sucht“ und „Therapeutisches Klettern“ in meiner Masterthesis zusammenführen und Verknüpfungen zueinander herstellen. Das Ziel ist es, mit den Ergebnissen, welche aus dieser Masterarbeit gewonnen werden, Impulse für die praktische Umsetzung des methodischen Konzepts für das Therapeutische Klettern zu liefern. Diese Erfahrungen könnten für ein Kletterkonzept speziell für Suchterkrankte genutzt werden.

Der Zugang des Therapeutischen Kletterns stellt für mich einen Mehrwert in meinem psychosozialen Tätigkeitsfeld dar. Meine These ist, mit Therapeutischem Klettern KlientInnen neue Wege und Möglichkeiten aufzeigen zu können, wie sie beispielsweise ihre Lebenskompetenzen erweitern, ihr Bewusstsein stärken und ihren Selbstwert steigern können. Klettern als therapeutische Maßnahme kann eine klassische Psychotherapie nie ersetzen, sondern nur ergänzen. Ein besonderer Mehrwert des Therapeutischen Kletterns bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen könnte sein, dass man unmittelbar Rückmeldung über sein eigenes Tun und Handeln erfährt. Henrik Maaßen (2009:57) formuliert sehr trefflich: „*Vertrauen auf den Körper bringt Vertrauen in sich selbst*“ (Maaßen 2009:57). Ich gehe in dieser Arbeit der Frage nach, ob diese positiven Auswirkungen des

² www.barmherzige-brueder.at/site/walkabout/home [Stand: 01.07.2017]

Therapeutischen Kletterns auch in der Behandlung von Suchterkrankten förderlich sein können.

Die vorliegende Masterarbeit unterteilt sich in einen Theorieteil, einen empirischen Teil und einer abschließenden Zusammenführung und Diskussion dieser beiden Teile. Im theoretischen Teil werden die unterschiedlichen Begrifflichkeiten des Kletterns und das Klettern als Sportart beschrieben, und anschließend wird im Detail auf das Therapeutische Klettern eingegangen. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema Sucht. Einerseits wird versucht, diese schwer greifbare Begrifflichkeit zu definieren, um in weiterer Folge auf den multifaktoriellen Erklärungsansatz der Suchtentstehung einzugehen. Häufig stellt sich die „gesunde“ Gesellschaft die Frage, wie man abhängig werden kann: Wie kann man sich nur komplett einer Substanz bzw. Tätigkeit hingeben? Gibt es typische Suchtpersönlichkeiten? In dieser Arbeit wird versucht, sich dieser Thematik zu nähern, aber mit dem Ergebnis, dass es keine klar abgrenzbaren Merkmale gibt, sondern nur ansatzweise Erklärungen, warum Menschen möglicherweise verletzlicher sind als andere. Diese Erklärungsansätze werden vorgestellt. Auch die Themen Komorbidität, Sucht und psychische Erkrankung finden Erwähnung, da es häufig vorkommt, dass diese Erkrankungen kombiniert auftreten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den unterschiedlichen Therapieformen der Suchterkrankung. Die Frage soll diskutiert werden, ob Therapeutisches Klettern durch die positiven Auswirkungen des Sports und der Bewegungstherapie auf den Körper ein geeignetes Zusatzangebot in der Suchttherapie darstellen kann.

In weiterer Folge werden die Themen Sporttherapie und ihre Auswirkungen sowie verschiedene Wirkfaktoren des Kletterns bzw. die Einflüsse des Kletterns auf den Menschen beschrieben, im Speziellen wird auf den Aspekt der Angst, des Vertrauens, der Körperwahrnehmung und des Selbstkonzepts näher eingegangen. Ähnliche Faktoren spielen auch eine wichtige Rolle im Leben von Suchtkranken. Viele haben in ihrer Kindheit keine sichere Bindung erfahren. Sich auf andere verlassen können, ist ein selten erlebtes Gefühl und ebenso wurden positive Körpererfahrungen nur selten gemacht. Die Frage „Wie geht man achtsam mit sich und seinem Körper um?“ können nur wenige Suchterkrankte beantworten. Abschließend werden mögliche Kontraindikationen behandelt.

Im empirischen Teil wird mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews mit ExpertInnen der Frage nach möglichen Kontraindikationen beim Therapeutischen Klettern, den Schwerpunkten bezüglich den Wirkfaktoren sowie der Eignung des Therapeutischen Kletterns bei unterschiedlichen Therapieformen nachgegangen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Befragung sollen mit der bestehenden Theorie abgeglichen werden, mit dem Ziel, daraus Erkenntnisse für die Anwendung des Therapeutischen Kletterns in der Behandlung von Suchterkrankten zu liefern. Die Methode des leitfadengestützten Interviews wurde für die vorliegende Arbeit gewählt, da wichtige Fragen für die Anwendung des

Konzepts des Therapeutischen Kletterns in der Behandlung von Suchterkrankten in der Fachliteratur noch nicht ausreichend beantwortet werden.

Der empirische Teil beinhaltet die Beschreibung der InterviewpartnerInnen, den Interviewleitfaden, die Erläuterung der Durchführung der ExpertInneninterviews, die Auswertung nach Mayring (2011) und die Interpretation der Ergebnisse der empirischen Daten. In der Zusammenfassung und anschließenden Diskussion dieser Arbeit werden die Ergebnisse der Interviews in Bezug zur Theorie gestellt, um eine Grundlage für die praktische Umsetzung eines „therapeutischen Kletterkonzeptes“ für Suchtkranke zu bilden.

2. Theorie

Ich höre und vergesse,

ich sehe und erinnere,

ich tue und verstehe.

(Konfuzius³)

2.1. Klettern

2.1.1. Klettern – Geschichte und Einleitung

Klettern war früher eine Randsportart, doch im Laufe der Zeit hat sich dieses Bild verändert: Mittlerweile ist Klettern in den Breitensport vorgedrungen und hat seinen exotischen Status verloren. Wo früher noch der Erstkontakt mit dieser Sportart am Fels geschah, kommen heutzutage viele Neuzugänge über das Hallenklettern zu dieser Freizeitbeschäftigung. Da man das Klettern nur schwer mit einem Wort beschreiben kann, werden im Folgenden die wichtigsten Aspekte dieser Sportart angeführt.

Nach Perwitzschky (2009:9) sind Balance und Kraft beim Klettern ebenso gefordert wie Technik und Ausdauer. Es ist fast unmöglich, nur eine Muskelgruppe zu beanspruchen, es muss der ganze Körper mitarbeiten, von der Fußmuskulatur bis zu den Fingern. Auch der Kopf muss hart arbeiten, da ohne Konzentration wenig erreicht wird. Selbstüberwindung und Bezwingen von Ängsten sind weitere wichtige Faktoren. Es ist bereichernd, eine Route erfolgreich zu klettern, bei der es gilt, die eigene Angst und sich selbst zu überwinden (vgl. Perwitzschky 2009:9).

Ursprünglich stammt das Freiklettern – darunter versteht man das Klettern ohne künstliche Fortbewegungshilfen – aus dem Elbsandsteingebirge (sächsische Schweiz – Deutschland).

³ www.hpw-dierdorf.de/download/Faltblatt_Kletter.pdf [Stand: 01.07.2017]

Dort wurde schon zu Beginn des vorigen Jahrhunderts ohne künstliche Hilfsmittel, wie z. B. Trittleitern, geklettert. Durch Auswanderer wurde diese Sportart auch in Amerika bekannt und im berühmten Yosemite Valley in Kalifornien gab es um 1950 einen regelrechten Kletter-Ansturm. In den 1970er-Jahren erlebte das Klettern auch in Europa eine Renaissance (vgl. Perwitzschky 2009:10).

Beim Klettern werden kleine sportliche Ziele leicht erreicht, was wiederum die Eigenmotivation fördert. Die Übenden müssen eher in ihrem Tun gebremst als zur Bewegung überredet werden (vgl. Bernstädt, Kittel 2008:3–4). Der Grundgedanke beim Klettern liegt in der Auseinandersetzung mit der Umsetzung. Im Vordergrund steht nicht die Schnelligkeit oder eine vorgegebene Route, sondern das Wie: Ziel ist es, durch die Bewegung ein Kletterproblem zu lösen (vgl. Hofferer, Royer 2000:3).

Auch Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, war Zeit seines Lebens begeisterter Bergsteiger und Kletterer. Seine Gedanken über das Bergsteigen waren eng mit der Frage nach einem glücklichen Leben verbunden. Das Erreichen eines definierten Ziels induziert Glücksgefühle. Viktor Frankl, der sich auch mit dem Sinn des Lebens vor allem in schwierigen Lebenssituationen beschäftigte, postulierte, dass eine Person, die sich ihren Herausforderungen stellt, anders lebt, als eine Person, die dies nicht tut und ohne konkretes Ziel vor sich hinlebt. Der Blick auf ein sichtbares und auch erreichbares Ziel macht Mut und setzt unerwartete Energien frei. Einen bildlichen Vergleich dafür stellt Viktor Frankl mit dem Klettern her: Man ist speziell dann motiviert, wenn man auf eine heikle Stelle trifft, die bezwingbar ist (vgl. Rambauske 2009).

2.1.2. Begrifflichkeiten – Begriffsbestimmung

Der Begriff „Klettern“ ist keine eindeutig umrissene und definierte Bezeichnung für eine bestimmte Sportart. Menschen können auf Stühle sowie auf Bäume klettern, aber auch für die Sportart „Klettern“ sind die Begrifflichkeiten sehr unterschiedlich: so unterscheidet man beispielsweise *Bouldern* von „*Toprope*“-Klettern und Sportklettern (vgl. Klein, Schunk 2005:10), aber auch die Kletter-Umgebung – ob man am Naturfels klettert oder in Kletteranlagen – sind unterschiedliche Einflussfaktoren, die beachtet werden müssen (vgl. Bernstädt, Kittel 2008:4).

Fachbegriffe

Bouldern (Klettern ohne Seilsicherung)

Bouldern bezeichnet Klettern in Absprunghöhe ohne Sicherung. Die Kletterwand ist dabei maximal drei Meter hoch und am Boden liegen dicke Matten (*Crash-pad*). Bouldern wird häufig zum intensiven Technik- und Konditionstraining ausgeübt, doch auch als eigenständige Kletterdisziplin erfreut es sich immer größerer Beliebtheit. Die Vorteile sind,

dass man jederzeit gefahrlos abspringen und – durch die Wiederholungsmöglichkeit – einzelne Kletterbewegungen üben kann. Im Therapie- und Schulungsbereich wird Bouldern gerne eingesetzt, da man einen guten Blick über die Gruppe und die Möglichkeit zu direkter Hilfestellung hat (vgl. Klein, Schunk 2005:46). Für das Therapeutische Klettern bietet das Bouldern einen besonders guten Einstieg: man klettert für sich alleine und das Vertrauen in die Teilnehmenden sowie den Therapeuten bzw. die Therapeutin kann langsam entstehen. Besonders wichtig ist dieser eher langsame, prozesshaft-aufbauende Therapieansatz vor allem bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Deimel, Niggehoff 2015:217).

„Toprope“-Klettern (Klettern im Nachstieg – mit Seilsicherung)

Beim „Toprope“-Klettern wird der/die Kletternde von einer Person am Boden mit einem Seil gesichert, wobei dieses über eine fixe Umlenkung am Ende der Route führt. Die Länge kann zwischen fünf und 30 Metern variieren. Diese Form des Kletterns wird häufig bei AnfängerInnen angewandt, die noch nicht über genügend Erfahrung beim Sichern und Klettern verfügen. Mit relativ wenig Material können Klettertechnik (Bewegungsabfolgen), konditionelle (Ausdauer), taktische (Ruhepunkte) und psychische Elemente (Angstbewältigung) erarbeitet werden. Stürze sind beim „Toprope“-Klettern unproblematisch, da man mit gespanntem Seil sichert und dadurch die Sturzhöhe maximal der Seildehnung entspricht (vgl. Klein, Schunk 2005:47). Übungen am Seil und das „Toprope“-Klettern – meist in Kletterhallen – sind beim Therapeutischen Klettern erst nach erfolgreichen Einstiegsübungen einzusetzen. Dabei wird man erstmalig mit der Höhe beim Klettern konfrontiert, aber auch das unmittelbare Angewiesen-Sein auf seine/n PartnerIn und die eigene Selbstwirksamkeit wird spürbar (vgl. Deimel, Niggehoff 2015:217).

Vorstieg klettern (mit Seilsicherung)

Um den Vorstieg zu klettern, bedarf es bereits etwas Klettererfahrung: es stellt höhere psychische und physische Herausforderungen an die Kletternden sowie Sichernden, daher wird das Vorstieg klettern im Therapeutischen Setting selten angewandt. Im Gegensatz zum „Toprope“ ist man nicht mehr von oben gesichert, sondern vom Boden und man muss das Seil während des Kletterns mittels Expressschlingen in gebohrte oder geklebte Zwischensicherungen einhängen. Damit wird verhindert, dass die Sturzhöhe gefährlich werden kann (vgl. Gauster, Hack 2011:89).

Ausrüstung fürs Klettern

Beim Bouldern braucht man lediglich bequeme Kleidung und Kletterschuhe. Für das Seilklettern bedarf es zusätzlich eines Hüftgurts, Seils, Karabiners, Sicherungsgeräts sowie eines „Chalkbags“ – dem Magnesiumsack gegen schwitzende Hände.

2.1.3. Therapeutisches Klettern

Im Folgenden werden die Begriffe „Therapie“ und „Therapeutisches Klettern“ näher beschrieben.

Unter Therapie versteht man im Allgemeinen die Behandlung von Krankheiten, Behinderungen und Verletzungen bzw. die Beseitigung oder Linderung von Symptomen oder die Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionen (vgl. Pschyrembel online⁴). Diese Beschreibung ist jedoch sehr unspezifisch, da man den Therapiebegriff sehr vielfältig verwenden kann, Beispiele wären: Körpertherapie, Wärmetherapie, Psychotherapie oder chirurgische Therapie.

Therapeutisches Klettern wird sowohl in der Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie als auch im psychosozialen Bereich angewandt. Jede Berufsgruppe hat einen speziellen Zugang zum Therapeutischen Klettern, unterschiedliche Zielsetzungen und eigene Gesetze. Durch die Ausbildung Therapeutisches Klettern erlangt man eine Methodenvielfalt, welche man in unterschiedlichen beruflichen Kontexten anwenden kann. So findet auch das Klettern Schnittstellen zum psychosozialen Bereich, doch sollte man nicht vergessen: Das Klettern fällt auch unter das BergführerInnengesetz. Bevor man tätig wird, sollte man sich ausführlich damit auseinandersetzen (vgl. Tanczos, Zajetz 2015:71). Das Konzept des Therapeutischen Kletterns – angewandt in Ergotherapie, Physiotherapie und psychosozialen Interventionen – wurde in Österreich seit 2003 im Institut für Therapeutisches Klettern stark weiterentwickelt und gefördert.

Konzepte des Therapeutischen Kletterns

Nachfolgend werden Facetten des Kletterns in der Anwendung im psychosozialen Tätigkeitsfeld dargestellt, die jenseits des sportlichen Schwerpunktes liegen können. Braun (1999:171) beschreibt folgende therapeutische Aspekte des Kletterns im psychotherapeutischen Kontext:

- Vertrauen zum/r sichernden PartnerIn
- Durchhaltevermögen
- Steuerung von Emotionen
- Ausloten persönlicher Grenzen
- Abbau von Minderwertigkeit, Versagensängsten
- Aufbau von Selbstvertrauen (vgl. Braun 1999:171)

Nach Bernstädt und Kittel (2008:18–19) ist es auch äußerst wichtig, folgende Punkte beim Therapeutischen Klettern zu beachten:

⁴ <https://www.pschyrembel.de/Therapie//list/> [01.07.2017]

Kompetenz der/des Therapeuten/in: Der/Die TherapeutIn sollte eine gewisse Sicherheit im Umgang mit dem Kletter-Material haben, sowie selbst immer wieder klettern gehen.

Vom Leichten zum Schweren: Ein Lernerfolg kann nur dann entstehen, wenn man mit leichten Übungen beginnt und eine Steigerung der Schwierigkeit individuell an den/die Klienten/in angepasst wird. Dieser Vorgang steigert die Motivation und lässt Überforderung erst gar nicht entstehen.

Motivieren: Das Schöne beim Klettern ist, dass es einen spielerischen Charakter besitzt, den sollte man bei den therapeutischen Einheiten nicht verlieren. Man muss sehr wachsam sein und seine Gruppe gut beobachten, damit Überforderung erst gar keine Möglichkeit darstellt. Der Spaßfaktor sollte im Vordergrund bleiben, auch wenn manchmal Ehrgeiz oder Wettkampf ebenfalls wichtige Erfahrungen sind.

Individualität fördern: Jeder Mensch bzw. jede/r Kletternde hat Stärken und Schwächen – auf diese sollte man speziell Rücksicht nehmen und individuell eingehen.

„Korrekte“ Korrektur: „Weniger ist mehr“ – an dieses Motto sollte man sich halten. Verbale Korrekturen verwirren oft mehr als sie nutzen. Eher sollte man die richtige Bewegung vorklettern, damit der/die Kletternde ein Bild davon bekommt, was von ihm/ihr erwartet wird. (vgl. Bernstädt, Kittel 2008:18–19).

So wie Legl (2004:477) der Meinung ist, dass eine vertrauensvolle Auswahl und die Planung mehrerer Events bei Bergaktivitäten für PatientInnen wichtig ist, um der Tendenz des kurzfristigen „*sensation-seeking*“ vorzubeugen, erachte ich dies ebenfalls beim Angebot des Therapeutischen Kletterns als sehr bedeutend. So ist eine gewisse Konstanz wichtig, damit überhaupt eine therapeutische Wirkung entstehen kann (vgl. Legl 2004:477). Dabei zu beachten ist, dass Klettern bzw. Therapeutisches Klettern den Kletternden zwar rasch Rückmeldung über ihr Tun und Handeln gibt, aber das Erlebte erst langsam durch Nachbesprechungen in ihr persönliches Leben integriert werden kann. Therapeutisches Klettern bietet keine raschen Lösungen an, um aus der Suchtspirale zu entfliehen oder verkürzt auch nicht die Behandlung. Therapeutisches Klettern könnte jedoch unterstützend zu Suchttherapie wirksam werden, wenn der/die PatientIn sich darauf einlässt.

2.2. Sucht

2.2.1. Sucht – eine kleine Einführung

„*Sucht ist also eine Übertreibung von etwas ursprünglich Gutem.*“ (Yazdi 2013:13)

Nach Deimel (2011:376) stellen Drogen und ihr Konsum ein weltweit verbreitetes Phänomen dar. In unterschiedlichsten Gesellschaften und Kulturen waren oder sind psychoaktive Substanzen bekannt und werden konsumiert bzw. teils sogar gesellschaftlich akzeptiert. Das Verlangen nach einer Berausung sowie das damit verbundene zeitlich begrenzte

Austreten aus der Lebensrealität, scheinen schon lange Teil des kulturellen Lebens zu sein. Gleichzeitig existiert in vielen Gesellschaften eine Diskrepanz im Umgang mit Drogen und in ihrer Toleranz: Wenn aus dem Konsum ein Missbrauch oder in weiterer Folge eine Abhängigkeit mit gesundheitlichen und gesellschaftlichen Risiken resultiert, dann wandelt sich die vormals bestehende Akzeptanz schnell in Ablehnung. Der/Die zuvor gesellschaftlich akzeptierte KonsumentIn wird dann schnell aus der Gemeinschaft verstoßen (vgl. Deimel 2011:376).

2.2.2. Begrifflichkeit

Die Gesellschaft redet sich gern ein, dass Sucht ein Randgruppenphänomen ist, das sich auf sozial und finanziell schlechter gestellte Personen konzentriert. Ein/e obdachlose/r und arbeitslose/r SäuferIn oder ein/e Heroinabhängige/r verkörpern nach wie vor das Klischee-Bild einer suchtkranken Person. Diese Klischees helfen, das Thema von sich selbst weg zu schieben. Und nach wie vor unterliegt man dem Irrglauben, dass Sucht nur mit bestimmten Substanzen wie Opiaten oder Amphetaminen zu tun hat. In der Realität begegnet man aber Suchtkranken in jedem Alter, allen gesellschaftlichen Schichten, allen Lebensbereichen und mit unterschiedlichsten Abhängigkeiten (vgl. Yazdi 2013:8-9). In der Fachwelt wird zwischen stoffgebundenen und -ungebundenen Süchten unterschieden, wobei die ersteren nochmals in legale (z. B.: Alkohol, Nikotin, Koffein, Medikamente, Schnüffelstoffe, ...) und illegale (z. B.: Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Halluzinogene, ...) Formen unterteilt werden. Unter stoffungebundenen Süchten versteht man Verhaltensweisen, die süchtig machen können, wie z. B.: Spiel-, Kauf-, Sex-, Arbeits- und Computersucht (vgl. Deimel 2011:379). Bei diesen Süchten werden die körpereigenen Botenstoffe wie Endorphin oder Adrenalin wirksam (vgl. Röhr 2009:125). Die am häufigsten vorkommende Abhängigkeitserkrankung in Deutschland sowie auch in den meisten westlichen Industrieländern ist nach wie vor die Alkoholabhängigkeit. Die KonsumentInnenzahl illegaler Drogen ist im Vergleich zur Zahl der Alkoholabhängigkeit zwar gering, aber trotzdem beachtlich, besonders bei jüngeren Menschen (vgl. Deimel 2011:384–385). Der Europäische Drogenbericht 2016 meint, dass Cannabis den größten Gewinn am europäischen Markt illegaler Drogen macht (vgl. Europäischer Drogenbericht 2016:14). Ebenfalls berichtet der Drogenbericht 2015, dass die Konsumerfahrung von illegalen Drogen in Österreich am häufigsten mit Cannabis passiert (vgl. Weigl, Anzenberger, Busch, Horvath, Tüscherl 2015:49).

Die Wirkungen und Nebenwirkungen von psychoaktiven Substanzen sind sehr unterschiedlich. Daher unterscheiden sie sich auch in ihrem Suchtpotential. Dem gelegentlichen Gebrauch von Cannabis wird ein geringes Abhängigkeitspotential zugesprochen. Bei chronischer Verwendung besteht jedoch sehr wohl die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit.

2.2.3. Definition Abhängigkeit

Das weltweit anerkannte Manual zur Klassifikation und Diagnostik psychischer Erkrankungen, ICD – 10 („*International classification of diseases*“), spricht erst von einer Abhängigkeitserkrankung, wenn während des letzten Jahres über einen längeren Zeitraum hinweg drei oder mehr der folgenden Kriterien aufgetreten sind:

- *„Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.*
- *Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.*
- *Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssyndrome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mindern oder zu vermeiden.*
- *Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutiges Beispiel hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).*
- *Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
- *Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen wie z. B.: Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmung infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.“ (Dilling et al. 2011:115)*

2.2.4. Wie entsteht eine Abhängigkeitserkrankung? – Ätiologie

Es gibt keine einfache Formel, wie Sucht entsteht und wie man sie bekämpfen kann. Es existieren zwar einzelne Erklärungsmodelle aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen, aber diese konzentrieren sich immer nur auf einen Teilbereich. Die Vulnerabilität für die Entstehung einer Suchterkrankung ist sehr komplex und muss bei jedem/r Einzelnen individuell beleuchtet werden: Es ist ein Zusammenspiel von biologischen, sozialen, kulturellen, persönlichen und umweltbedingten Faktoren (vgl. Société Axess 2009:25).

Schon Kielholz und Ladewig (1972:23–35) haben aus den drei Komponenten Persönlichkeit, Droge und soziales Milieu das Modell der „Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit“ entwickelt:

Die Komponente „Droge“: Die Wirkung der Droge oder des Medikaments ist abhängig von der Art der Applikation, der verwendeten Dosis, der Zeitdauer der Einnahme und dem spezifisch abhängig machenden Potential. Weiters hängt die Wahl der Substanz auch sehr stark von der Verfügbarkeit, der Modeströmung und der Motivation ab, warum man konsumiert.

Die Komponente „Persönlichkeit“: Ob eine Person süchtig wird, kann von ihrer besonderen psycho-physischen Stress- und Drogensensitivität, ihren Persönlichkeitsmerkmalen, ihrer aktuellen Lebenssituation sowie ihrem biographischen Hintergrund abhängen.

Die Komponente „Gesellschaft bzw. soziales Milieu“: Die sozialen und ökologischen Umweltbedingungen einschließlich der interpersonalen Beziehungen, die beruflichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und die soziokulturellen Rahmenbedingungen beeinflussen jede/n Einzelne/n in seinem/ihrer Leben und Verhalten (vgl. Kielholz, Ladewig 1972:23–35).

Auch Sting und Blum (2003:33–34) haben bei der Frage nach möglichen Ursachen von Sucht ein komplexes Bündel von Bedingungsfaktoren berücksichtigt, das sowohl Merkmale der Droge als auch der Person und der Umwelt mit einbeziehen. Die vielfältigen Gründe sind daher für jede/n Einzelne/n neu festzustellen. Die drei Bereiche dieser Suchttrias haben sich aus den schon bestehenden Theorien unterschiedlicher Wissenschaften wie z. B. Psychologie, Soziologie und Neurologie herausgebildet (vgl. Sting, Blum 2003:33–34).

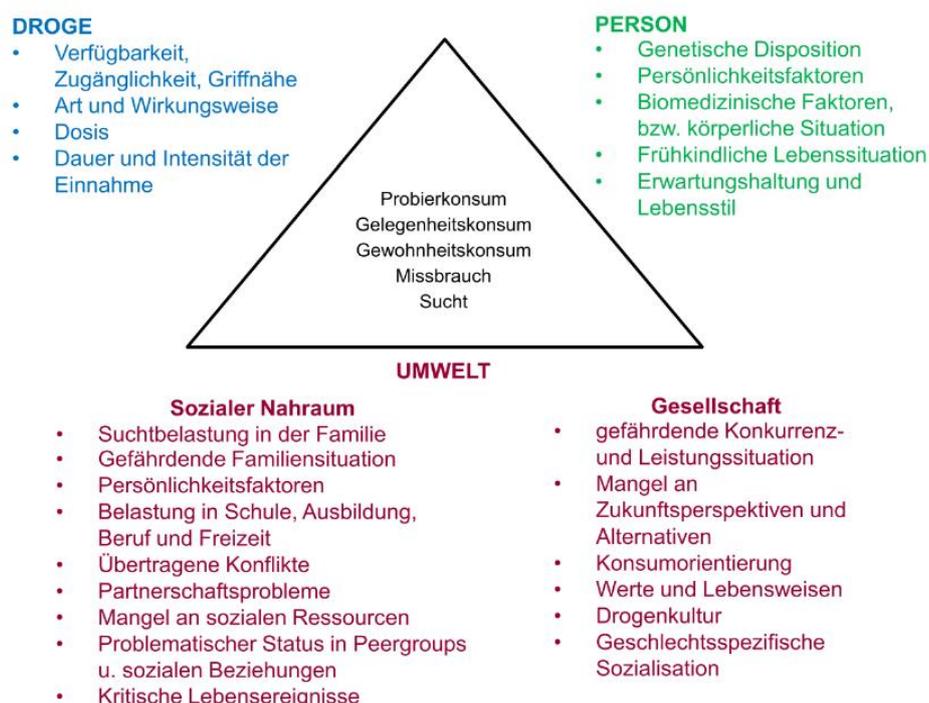


Abb. 1 Trias der Suchtursachen (Sting, Blum 2003:35)

So sieht auch Schindler (2013:14–15) eine Vielzahl von möglichen Einflüssen und deren Wechselwirkungen, zum Beispiel biologische Faktoren wie Genetik oder Besonderheiten des Stoffwechsels, psychische Faktoren wie Persönlichkeitszüge oder Bindungserfahrungen in der Kindheit als mögliche Ursachen, welche aber für sich alleine die Entstehung von Sucht nicht erklären können. Es ist ein multikausales Zusammenspiel, was die Ursachenforschung erheblich erschwert.

Hat sich erst einmal eine Abhängigkeit entwickelt, dann werden die ursprünglichen Motive und Ursachen des Konsums von der Suchtdynamik überlagert und in weiterer Folge überwiegen die typischen Kriterien der Sucht, wie der Suchtdruck (*Craving*) oder das Vermeiden von Entzugssymptomen (vgl. Schindler 2013:14–15). So sieht Yazdi (2013:10–11) in der Sucht auch eine Suche nach Beziehung: Suchtkranke verlieren häufig die Kontrolle über ihre Konsumation, doch Kontrolle steht auch für das Bedürfnis nach Halt und Halt findet man in Beziehungen. Um diesen Wunsch zwischenzeitlich zu befriedigen, greift man zu Ersatzmitteln, die einem aber nur über das vermeintliche Gefühl von Sicherheit, Orientierung und Wohlbefinden hinwegtäuschen und nie ganz zufrieden stellen (vgl. Yazdi 2013:10–11). Auch Röhr (2009:11) sieht in der Suchterkrankung einen nicht gestillten Hunger nach Zuneigung, Liebe, Anerkennung und Wertschätzung. Man kann zwar mit unterschiedlichsten Dingen versuchen, diese Unzufriedenheit aufzulösen aber eine wirkliche Befriedigung erreicht man damit nicht (vgl. Röhr 2009:11).

2.2.5. Persönlichkeit von Suchtkranken

Suchtkranke gelten in Fachkreisen nach wie vor als „schwieriges Klientel“: Man lastet ihnen an, behandlungsresistent, unzuverlässig, unnahbar zu sein und sie erleiden häufig Rückfälle, was auf Klientelseite sowie der Beratungsseite Frustration aufkommen lassen kann. Was macht aber die Persönlichkeit von Suchtkranken aus und gibt es überhaupt eine typische Suchtpersönlichkeit? Was ist bei der Behandlung wichtig zu beachten?

„Den Suchtkranken gibt es nicht, vielmehr ist jeder anders und ein unverwechselbares Individuum. Eine Suchtkrankheit ist immer ein Hinweis auf tieferliegende Probleme, die auch mit den Eigenheiten eines Menschen zu tun haben“ (Röhr 2009:75).

Es gibt gewisse Persönlichkeitsmerkmale, die bei Suchtkranken zu finden sind, die aber kein Alleinerkennungsmerkmal darstellen, da diese auch bei anderen psychisch Erkrankten anzutreffen sind. Jedoch ist es wichtig, auf diese Merkmale näher einzugehen, um in der Behandlung sensibel darauf reagieren zu können. Viele Suchtkranke sind leicht kränkbar und obwohl sie sich selbstbewusst präsentieren, sind sie unsicher und haben einen niedrigen Selbstwert. Einige von ihnen überschätzen ihre eigenen Fähigkeiten sowie ihre emotionale Stabilität. Sie sind häufig wütend auf die Gesellschaft, aber – was noch schwerer

wiegt – auch auf sich selbst (vgl. Röhr 2009:25). Auch merken Suchtkranke schnell, wenn ihr Selbstwert bedroht wird und reagieren mit Trotz und Ablehnung (vgl. Röhr 2009:106).

Bei Suchtkranken kommt es häufig vor, dass besonders die Ich-Funktion der Selbstregulation bzw. Selbstfürsorge eingeschränkt ist. In manchen Fällen ist die Funktion vorübergehend beeinträchtigt oder sie konnte sich durch fehlende Beziehungserfahrungen gar nicht richtig entwickeln (vgl. Dally 2012:114). Suchtkranke haben Probleme, ihre Gefühle wahrzunehmen, eine Situation angemessen abzuwägen und zu beurteilen, sowie die Folgen ihres Tuns und Handelns einzuschätzen. Diese wichtigen Fähigkeiten sind aber für die Selbstfürsorge unerlässlich: dass man mit sich selbst gut und wertschätzend umgeht und sich auch um seine eigenen Bedürfnisse kümmern kann (vgl. Dally 2012:119).

Es gibt zwar eine Vielzahl von unterschiedlichen Substanzen, aber alle haben gemein, dass sie auf die intrapsychischen Prozesse einwirken – speziell auf die Steuerung der Emotionalität (vgl. Franken 2010:193). Laut der amerikanischen Psychologin und Psychotherapeutin Anne Wilson-Schaef (1996) legt die Sucht einen Schleier über die eigenen Gefühle und Wahrnehmungen. Die ganze emotionale Palette wie Wut, Zorn, Trauer, Schmerz, Liebe wird durch die Sucht nicht oder nur gedämpft erlebt. Die Sucht unterbricht den Kontakt zwischen der Person und ihren Gedanken und Gefühlen. Und hat man den Kontakt zu sich selbst verloren, verliert man diesen zusehends auch zu anderen und zur Umwelt (vgl. Wilson-Schaef zit. n. Franken 2010:193).

Nach Khantzian (1989 zit. n. Dally 2012:120) könne man folgende Handlungsweisen bei Suchtkranken immer wieder beobachten: die Grundbedürfnisse wie Liebe, Geborgenheit und Wertschätzung werden häufig verdrängt und verleugnet. Beschwerden wie Langeweile, Niedergeschlagenheit und Unzufriedenheit kommen auf, werden negiert oder manchmal mit Aktivität oder Aggression abgewehrt. Und bisherige Beziehungen waren häufig enttäuschend und frustrierend. Es fällt Suchtkranken schwer, ihre persönlichen Wünsche zu fühlen und sie folglich zu erfüllen. Scheinbar leichter ist es, diese Wünsche durch süchtiges Verhalten zu ersetzen (vgl. Khantzian 1989 zit. n. Dally 2012:120). Substanzen dienen aber nach Schindler (2013:32) nicht nur dazu, unangenehme Affekte zu vermeiden, sondern auch zur Abwehr von negativen Kognitionen und Gedächtnisinhalten. Oft werden nach einer Phase der Abstinenz unangenehme Gefühle so stark erlebt, dass man ohne neue adäquatere Verarbeitungsmöglichkeiten wieder zu dem altbewährten Verhaltensmuster greift, das bisher hilfreich war (vgl. Schindler 2013:27). So sind – vereinfacht ausgedrückt – BindungstheoretikerInnen der Meinung, dass Suchterkrankte so lange rückfallgefährdet bleiben, solange sie nicht fähig sind, wechselseitig befriedigende Beziehungen eingehen zu können (vgl. Flores 2013:32). Sie müssen lernen, dass Beziehungen nicht einseitig sind, sondern ein interaktiver, sich ständig verändernder Prozess, ohne Dominanzverhalten und weitere Abhängigkeiten (vgl. Flores 2013: 47).

Es ist zu erwähnen, dass zu einem realistischen Bild von der eigenen Persönlichkeit die Akzeptanz, dass die Krankheit zu einem gehört, aber auch, dass man sie nicht verhindern hätte können, dazugehört. Schuldgefühle und Selbstverurteilungen hindern nur den Therapieprozess (vgl. Röhr 2009:36–37).

Ebenso ziehen nach Deimel (2001:411) alle Formen von Abhängigkeitserkrankungen eine Menge von Symptomen, Erkrankungen und Störungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich nach sich. Meist resultieren diese Erkrankungen aus den Begleitumständen der Drogeneinnahme sowie aus dem Beschaffungsdruck, finanziellen Problemen, den schwierigen Lebensbedingungen und der Mangelernährung (vgl. Deimel 2011:411).

2.2.6. Komorbidität: Psychische Erkrankung und Suchterkrankung

Das Thema Komorbidität ist bei Suchterkrankung ein weiterer wichtiger Aspekt, jedoch findet es in der vorliegenden Arbeit nur kurze Erwähnung, um nicht den Rahmen der theoretischen Abhandlung zu sprengen.

Selten leiden SuchtpatientInnen ausschließlich unter einer Suchterkrankung – meist sind weitere psychische Erkrankungen, wie z. B.: Depression vorliegend. Eine Untersuchung des Anton-Proksch-Instituts 2005 zeigte, dass 36 % der Alkoholkranken auch eine diagnostizierte Depression, 25 % eine generalisierte Angststörung, 20 % eine Panikstörung und 15 % eine posttraumatische Belastungsstörung hatten (vgl. Musalek 2013). Dies hat Einfluss auf die Behandlung – kann diese sogar erschweren, da die Erkrankungen nicht voneinander zu trennen sind, und es ist umso wichtiger, auf die unterschiedlichen Symptome zu achten, damit sich überhaupt ein Therapieerfolg einstellen kann. *„Auch therapeutisch bringt uns die Frage, was zuerst war, nicht weiter, da in der Behandlung an all diesen Eckpunkten angesetzt werden muss“* (Musalek 2013).

Es ist noch gar nicht lange her, dass die jeweils andere Diagnose ein Ausschlussgrund für eine Behandlung war und die Menschen mit Doppeldiagnosen zwischen den Hilfesystemen hin und her geschickt wurden (vgl. Sadowski, Niestrat 2010:14). Auch wenn es heute nicht mehr so sein sollte, treffen Doppeldiagnose-Erkrankte immer wieder auf Widerstand auf der BehandlerInnenseite, die den Erkrankten bei der Suche nach Unterstützung ablehnend gegenüber treten und zu einem Behandlungsabbruch bewegen (vgl. Könemann 2010:167).

2.3. Behandlung von Suchterkrankungen

In Österreich finden sich in allen Bundesländern Einrichtungen, die suchtspezifische Beratung, Betreuung und Behandlung anbieten. Laut GÖG/ÖBIG (Gesundheit Österreich GmbH) werden stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen an rund 200 spezialisierten Einrichtungen durchgeführt.

Aber auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste) werden Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung angeboten. Bei Opiatabhängigen hat sich die Substitutionsbehandlung mittlerweile zur zahlenmäßig bedeutungsvollsten Behandlungsform entwickelt (vgl. Weigl, Busch, Grabenhofer-Eggerth, Horvath, Klein, Türscherl 2013:34). Ein vielschichtiges Angebot an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ist den Bundesländern sehr wichtig, damit das breite Spektrum von abstinenzorientierten, substituierenden und suchtbegleitenden Maßnahmen sowie die Nachsorge und Integration suchtkranker Personen abgedeckt werden kann (vgl. Weigl, Anzenberger, Busch, Horvath, Türscherl 2015:109).

2.3.1. Entwicklungsgeschichte der unterschiedlichen Therapieformen für Suchterkrankte

„Abstinenz ist das wertvollste Geschenk, welches ich mir selbst jeden Tag von Neuem mache. Abstinenz ist meine Freiheit.“ (Röhr 2009:121)

Im Folgenden wird auf die Entwicklungsgeschichte von den unterschiedlichen Therapieformen speziell in Wien, aber auch in ganz Österreich, eingegangen.

Eisenbach-Stangl, Pilgram und Reidl (2008:27) schreiben in ihrem Bericht „Wiener Drogenpolitik 1970–2005“, dass in den 1970er-Jahren die auf Abstinenz ausgerichteten stationären Langzeittherapieeinrichtungen noch dominierten. Doch im Laufe der Zeit konnte eine wachsende Vielfalt bei den Betreuungs- und Behandlungszielen erkennbar werden. Neben dem Abstinenzgedanken traten, „*Harm Reduction*“, Beratung, soziale und berufliche Integration, Prävention und Aufklärung in den Mittelpunkt. Eine zunehmende Spezialisierung der Einrichtungen entstand. Die Angebotspalette wurde bunter, die Angebote wurden klientenzentrierter und bedürfnisangepasster. Ende der 70er- und Mitte der 80er-Jahre gewannen die ambulanten Einrichtungen immer mehr an Bedeutung, der Abstinenzgedanke blieb aber noch im Vordergrund. Ende der 80er- bis zum Beginn der 90er-Jahre kam es in der Drogenpolitik zu einem Umdenken; der niederschwellige Bereich, wie Streetwork, gewann an Bedeutung und mit der Einführung der Substitution im Jahre 1987 verändert sich im Therapiebereich so einiges. Seitdem stehen nicht mehr nur der Abstinenzgedanke, sondern auch die Grundversorgung sowie die Akzeptanz, mit der Sucht ein angemessenes Leben führen zu können, im Mittelpunkt (vgl. Eisenbach-Stangl, Pilgram, Reidl 2008:27). Diese Entwicklung zeigt, dass sich die Angebote enorm verändert haben und das ist positiv. Denn je unterschiedlicher das Angebot ist, desto mehr Menschen fühlen sich angesprochen und können für sich die optimale Hilfe wählen.

2.3.2. Stationäre Therapie

Stationäre Therapien werden entweder von Krankenhäusern in Form von Notfallbehandlungen und Entzugsbehandlungen oder in Sonderkrankenhäusern in Form von stationären Entwöhnungsbehandlungen angeboten. Großteils wird die stationäre Behandlung von spezialisierten Therapieeinrichtungen übernommen (vgl. Weigl, Anzenberger, Busch, Horvath, Türscherl 2015:115). Während der stationären Therapie wird Abstinenz vorausgesetzt. In manchen Einrichtungen ist es mittlerweile auch möglich, dass substituierte Personen stationär aufgenommen werden oder aber erst dort substituiert werden.

Entscheidet man sich für eine stationäre Therapie, so kann man für diese Zeit das eigene, belastete Umfeld verlassen und unter günstigen therapeutischen Rahmenbedingungen an sich arbeiten. Auch ist es in diesem Umfeld möglich, neue alternative Kompetenzen aufzubauen. Der unweigerlich intensive Kontakt zu anderen PatientInnen ermöglicht, neue zwischenmenschliche Erfahrungen zu machen, die sich auf das eigene Leben auswirken und vielleicht eine Veränderung und Genesung bewirken (vgl. Deimel 2011:405). Jedoch kann das Verlassen des gewohnten Umfeldes bedrückend auf den/die Patienten/in wirken. Darüber hinaus hat man keine Möglichkeit, an sich im gewohnten Lebensumfeld zu arbeiten, daher ist die anschließende Rückkehr in den Alltag eine besonders sensible Phase.

2.3.3. Ambulante Therapie

Es gibt spezialisierte Beratungsstellen, die sich ausschließlich auf das Thema Sucht konzentrieren, wie z. B. im Raum Graz die Drogenberatung⁵, der Kontaktladen der Caritas⁶ oder psychosoziale Zentren⁷, die ein breites Spektrum an psychosozialen Diensten anbieten. Aber auch niedergelassene ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Ambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern bekommen einen wichtigeren Stellenwert bei der ambulanten Betreuung (vgl. Weigl, Anzenberger, Busch, Horvath, Türscherl 2015:111). In den Beratungsstellen arbeitet ein multiprofessionelles Team (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen) zusammen, um eine breite Palette von möglichen Maßnahmen – wie u. a. Therapie statt Strafe, Psychotherapie oder psychologische Beratung für Suchtkranke oder Angehörigenberatung – anzubieten.

⁵ <http://www.drogenberatung.steiermark.at/> [Stand: 01.07.2017]

⁶ <https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/gesundheit/drogen-und-alkoholsucht/kontaktladen-streetwork-im-drogenbereich/> [Stand: 01.07.2017]

⁷ <http://www.gfsg.at/> [Stand: 01.07.2017]

Im Gegensatz zur stationären Therapie liegt hier der Fokus auf der Beratung und Therapie zur Lebensbewältigung im gewohnten Umfeld. Darüber hinaus wird der Drogenkonsum auch während der Behandlung toleriert.

Substitutionsbehandlung

Unter Substitutionsbehandlung versteht man eine Drogensatztherapie mit Substanzen, wie z. B. Methadon oder retardierten Morphinen. Den Opiatabhängigen soll damit die psychische, physische und soziale Stabilität erleichtert werden. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, ein Rückgang der kriminellen Handlungen und der chronischen Erkrankungen sind die schnellen Erfolge dieses Programmes (vgl. b.a.s. – betrifft abhängigkeits- und sucht⁸).

Substituieren können niedergelassene ÄrztInnen, die eine einschlägige Weiterbildung absolviert haben, sowie spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern, die meist die Indikation, Einstellung und auch Weiterbehandlung durchführen (vgl. Weigl, Anzenberger, Busch, Horvath, Türscherl 2015:117). Unter der klassischen Substitutionsbehandlung werden somit die rein körperlichen Abhängigkeitssymptome behandelt. Substitutionsbehandlung kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen stattfinden.

Die Behandlungsmodelle haben zwar einen unterschiedlichen Zugang, jedoch sollten bei jeder Therapieform die Suchtkranken zu aktiven PartnerInnen gemacht und dazu angeleitet werden, Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen (vgl. Schneider 2007:8). Bei jeder Behandlung sollten zuallererst die Motivation geklärt und die Ressourcen erörtert werden. Des Weiteren sollte die Behandlung dynamisch und prozesshaft gestaltet sein, damit man auf die jeweiligen Lebensbedürfnisse eingehen kann (vgl. Schneider 2007:8). Für alle Beteiligten sollte klar sein, dass eine Suchttherapie nicht auf kurzfristige Erfolge gerichtet ist, das erspart viel Frustration und Ärger (vgl. Schneider 2007:13).

2.3.3. Sporttherapeutische Ansätze

Sport stellt neben der Psychotherapie eine zusätzliche Möglichkeit und Chance dar, intensives Erleben zu ermöglichen (vgl. Legl 2004:472). Erst in den letzten 30 Jahren wurde eine systematische Erfassung möglicher Effekte von Bewegung, Spiel und Sport in der Therapie und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen begonnen. Bewegungs- und sporttherapeutische Ansätze sind häufig feste Bestandteile von Behandlungskonzepten im Rahmen stationärer Therapien für Alkohol- und Drogenabhängigkeit, trotz eingeschränkter Evaluationsnachweise (vgl. Deimel 2011:410). Tatsache ist nach wie vor, dass die Thematik von Bewegung, Spiel und Sport, Bewegungs- und Sporttherapie in den Fach- und

⁸ <http://www.suchtfraagen.at/> [Stand: 01.07.2017]

Lehrbüchern zu Abhängigkeitserkrankungen recht randständig behandelt wird (vgl. Möller et al. 2008 zit. n. Deimel 2011:412). Deimel (2011) berichtet von Studien (Gary und Guthrie 1972, Donaghy 1997, Ussher et al. 2000 und Collingwood et al. 1991, 1994, 2000 zit. n. Deimel 2011: 417–418) zur Wirkung von bewegungstherapeutischen Maßnahmen, die einen Zugewinn an Selbstwert und Selbstvertrauen sowie ein verbessertes Körper- und Selbstkonzept feststellen konnten. Weiters wurden eine verbesserte Selbstständigkeit und Unabhängigkeit sowie ein allgemein besserer Gesundheitszustand erreicht. Laut Deimel (2011) liegen durch Studien (vgl. Scheid et al. 1996, Donaghy 1997, Seidl, Wick 1997 und Ussher et al. 2004 zit. n. Deimel 2011:421) Indizien vor, dass körperliches Training den Suchtdruck (*Craving*) und somit auch die Rückfallsgefahr positiv beeinflussen. Leider wird nach Deimel (2011:421) durch eine Analyse der Studien auch sichtbar, dass die oben genannten Zusammenhänge zwischen bewegungstherapeutischen Interventionen und verbessertem Körper- und Selbstkonzept sowie Selbstwertgefühl nicht durchgängig beobachtet werden konnten (Lehhofer et al. 1995, Ermalinski et al. 1997 zit. n. Deimel 2011:421). Deimel (2011:421) kommt trotzdem zu dem Schluss, dass eine Reihe an Studien vorliegen, die mehrheitlich darauf hinweisen, dass die bewegungstherapeutischen Maßnahmen zu einer Verbesserung psychischer und physischer Parameter führen (vgl. Deimel 2011:421).

Ziele der Bewegungstherapie können die Förderung von Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und zu anderen, das persönliche Wachstum und Reifung sowie eigenverantwortliches Handeln sein. Man sollte den eigenen Emotionen und Gefühlen näherkommen und den eigenen Körper wiedererkennen lernen (vgl. Deimel 2011:424).

„Auf somatischer Ebene ist die Wichtigkeit einer ausreichenden Bewegung bereits gut untersucht (z. B. Osteoporoseprophylaxe, Ausbildung von Kollateralkreisläufen nach Herzinfarkt, Steigerung der zellulären Insulinsensibilität, etc.) und fester Bestandteil gesundheitsfördernder ambulanter und stationärer Programme. Auf psychologisch/psychiatrischer Ebene gilt die Sport- und Bewegungstherapie immer noch als Begleitprogramm zur Hebung der Patientenzufriedenheit.“ (Lukowski 2013:6) Wichtig wäre, ein Umdenken im ambulanten wie stationären Bereich, da Sport eine hohe Wirksamkeit in der Verhütung und Therapie für psychische Störungen aufweist. Sport ist kein Allheilmittel, aber er sollte als wesentlicher und unabdingbarer Bestandteil jeder multimodalen Therapie gesehen werden (vgl. Lukowski 2013:6).

In der Bewegungstherapieplanung sollten laut Deimel (2011:423) folgende vier Bereiche Berücksichtigung finden, die Ansatzpunkte für die therapeutische Veränderung wären:

- Affektiv-emotionaler Bereich: z. B. Stimmungs- und Affektlabilität, geringe Frustrationstoleranz, Versagensängste, depressive Verstimmung, Ängste, schnelle Erregbarkeit, Reizbarkeit

- Motivationaler Bereich: z. B. Interessenseinengung und -verlust, Unfähigkeit zu langfristigen Zielsetzungen, unbeständiger Antrieb, Vermeidungsverhalten
- Intellektuelle Funktionen: z. B. Schwächen und Störungen in der Konzentrations-, Merk-, Wahrnehmungs- und Orientierungsfähigkeit, im abstrakten Denken und im Problemverhalten
- Selbstkonzept: z. B. geringes Selbstwertgefühl, negatives Selbstkonzept, unrealistisches Selbstbild und unrealistische Selbsteinschätzung, geringes Durchsetzungsvermögen (vgl. Deimel 2011:423).

Die gerade genannten Bereiche sind auch spannende Aspekte in der Suchtbehandlung und man stellt sich die Frage, ob diese Verhaltensweisen zu Hürden bei therapeutischen Kletterangeboten führen können. Im empirischen Teil wird konkret darauf Bezug genommen.

2.4. Therapeutisches Klettern und Abhängigkeit

Im folgenden Abschnitt wird die Methode des Therapeutischen Kletterns in Bezug zur Suchterkrankung gestellt. Nach Dietrich und Klein (1992) wurden folgende Zielsetzungen für eine erlebnispädagogische Intervention bei Suchtkranken formuliert:

- Förderung des Selbstbewusstseins
- Steigerung der Kommunikations- und Erlebnisleistung
- Belastungs- und Konfliktsituationen aushalten und bewältigen lernen
- Förderung eines Lebensstils, der eine natürliche und soziale Umwelt respektiert
- Bewusstmachung von Handlungsalternativen (Dietrich und Klein 1992 zit. n. Niggehoff 2003:192)

Schon nach kurzer Zeit können durch das Therapeutische Klettern sichtbare Erfolge erlebt werden und dies trägt wiederum zum Gefühl, „kompetent“ zu sein, bei und hebt das Selbstwertgefühl. Weiters werden Motivation, Aktivierung und das Durchhaltevermögen angesprochen (vgl. Niggehoff 2003:193). Es haben sich für Niggehoff (2003:193–194) in der Arbeit mit SuchtpatientInnen einige Kernpunkte herauskristallisiert: Der Fels oder die Kletterwand sind keine Materialien, die man zu seinem Vorteil verändern kann. Die Wand steht einfach da und es hängt von einem selber ab, wie man die Situation meistert. Man muss sich auf die Gegebenheiten einlassen und die Auseinandersetzung findet in einem selbst statt – psychisch wie physisch. Diese Tatsache stellt eine große Herausforderung für abhängige PatientInnen dar. Manipulation der Umwelt statt etwas selber zu machen, ist gerade bei Suchtkranken ein oft gelerntes Verhaltensmuster (vgl. Niggehoff 2003:193–194).

Ein ebenfalls wichtiger Aspekt ist nach Niggehoff (2003:194–194) die Konzentration auf den Augenblick: Jede kleinste Bewegung hat Auswirkungen auf die Stabilität an der Wand. Es ist

schon gut, wenn man am sicheren Boden plant, wie man sein gewünschtes Ziel erreichen kann. Beim Klettern kann man auch sehr gut die eigenen Grenzen erfahren und in weiterer Folge diese auch akzeptieren lernen. Aufgrund der unterschiedlichen Schwierigkeitsgrade hat man individuell die Möglichkeit, die eigenen körperlichen Grenzen zu entdecken, aber auch durch neu gewonnene Technik, Muskelkraft oder Ehrgeiz die Möglichkeit, diese auszuweiten (vgl. Niggehoff 2003:193–194).

Kowald und Zajetz (2015:53) sehen im Therapeutischen Klettern einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen. Ihren theoretischen Hintergrund stellt die integrative Therapie – gegründet von Hilarion Petzold – dar. Der Mensch in seiner Gesamtheit, also mit seinem Körper, seinem Geist und seinen Emotionen, erlebt die Welt und speichert diese Erfahrungen. Beim Therapeutischen Klettern werden all diese unterschiedlichen Ebenen wirksam und individuell stark angesprochen (vgl. Kowald, Zajetz 2015:53).

Im Folgenden wird auf physische und psychosoziale Wirkfaktoren, die beim Klettern immer dabei sind, eingegangen, da sie eine sehr starke Auswirkung auf den einzelnen Menschen haben und gerade auch bei Suchtkranken eine große Rolle spielen können.

2.4.1. Psychosoziale Wirkfaktoren

Angst

Laut Schädle-Schwardt (1993:66–69) kann eine Verbesserung des Könnens nur über die Auseinandersetzung mit der persönlichen Angstgrenze und dem Aufbau von Toleranz gegenüber unangenehm empfundenen Gefühlen stattfinden. Wichtig ist es, die Situation richtig einzuschätzen und für sich zu klären, wie gefährlich ein zu erwartendes Ereignis wirklich ist. Angstzustände äußern sich zum Beispiel durch eine zittrige Stimme, feuchte Hände, Herzklopfen, Schweißausbrüche, Aktivierung der Blasen- und Darmtätigkeiten. Meist erleben wir Angst als einen negativen Gefühlszustand, doch sollte uns auch bewusst sein, dass Angst als natürliches Regulativ das Erkennen von (lebensbedrohlichen) Gefahren ermöglicht. Sie erfüllt auch eine schützende Funktion, die uns daran hindert, ohne Nachdenken in gefährliche Situationen hineinzugeraten (vgl. Schädle-Schwardt 1993:66–69). Niggehoff (2003:193) sieht Angst als Naturinstinkt der Menschen, der hervorragend als therapeutisches Mittel beim Klettern genutzt werden kann. Abhängig vom Übungsgrad hat jede Person mehr oder weniger Höhenangst. Die subjektive Angst, beim Klettern abzustürzen, führt die TeilnehmerInnen zu sich selbst. In dieser Situation muss man sich mit sich selber auseinandersetzen, ob man will oder nicht. Wichtig dabei ist die Frage, wie gehe ich mit meiner Angst konstruktiv um. Bevor man überhaupt die Kletterhalle betritt, sollte man die KlientInnen darauf vorbereiten, dass Angst und die Konfrontation mit ihr zum Thema werden können (vgl. Niggehoff 2003:193). Für Frankl ist die Überwindung der Angst eine weitere Voraussetzung für ein sinnerfülltes Leben. Im gefahrenvollen Balancieren in der

Höhe, zwischen Sein und Nichtsein, sah er eine heilsame Übung, um auch Alltagsängste bewältigen zu können. Am Felsen lässt sich modellhaft der Umgang mit Angst üben (vgl. Rambauske 2009:2).

Vertrauen

Vertrauen ist ein sehr wichtiges Element beim Klettern. Als Kletternde/r muss man sich selber vertrauen, dem Material und der sichernden Person, mit der man über ein Seil in Verbindung steht. Ebenso relevant ist es aber, dass der/die Sichernde Vertrauen zu sich selbst hat und überzeugt ist, den/die Kletternde/n zu halten. Vertrauen muss häufig erst aufgebaut werden, unterstützend dabei ist die Kommunikation. Zum Klettern gehören klare Kommunikationsregeln, die zuvor geübt werden müssen. Und eine Sensibilisierung der InteraktionspartnerInnen für die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Ängste des anderen sind unerlässlich. Die Kommunikation in der Gruppe sollte direkt, offen und von gegenseitiger Achtung geprägt sein. Nach Kowald und Zajetz (2015:25) geht es in der Kommunikation beim Therapeutischen Klettern um folgende Punkte:

1. *„Vorbereitung (Anamnese, Ängste, Grenzen), Regeln, Kommandos (Information zum Material, Regeln am Felsen und in der Halle, Vereinbarung gewisser Kommandos)*
2. *Kommunikation während des Kletterns: Wie geht es dem Kletternden? Welche Schwierigkeiten hat er? Braucht er Unterstützung oder Hilfestellung?*
3. *Reflexion des Erlebten: Was hat ein Mensch erlebt? Wie ist es ihm an dieser oder jener Stelle in der Route gegangen?“* (Kowald, Zajetz 2015:25)

Sichern und gesichert werden heißt auch, von anderen abhängig zu sein. Dieses Gefühl von Ausgeliefertsein, aber auch Verantwortung für jemandes Leben zu übernehmen, kann zu Beginn überfordern (vgl. Niggehoff 2003:194).

„Gerade bei Drogenabhängigen stellt die nötige Vertrauensbildung und die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme oft ein Defizit dar. Zweifeln in die/den Sichernde/n können erst in Interaktionen und funktionierenden Kommunikationen beseitigt und Absprachen müssen getroffen und eingehalten werden.“ (Niggehoff 2003:194)

Körperwahrnehmung und Emotionen

„Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.“ (Christian Morgenstern⁹)

Innerhalb der bewegungstherapeutischen Maßnahmen für Suchtkranke hat die Schulung der Körperwahrnehmung und die Vermittlung unterschiedlicher Körpererfahrungen eine

⁹ <https://www.aphorismen.de/zitat/28542> [Stand: 20.06.2017]

besondere Bedeutung, da die Körperwahrnehmung und die Beziehung zum eigenen Körper häufig in individuell unterschiedlichem Maße eingeschränkt, verzerrt oder gestört ist (vgl. Mackenroth 1999 zit. n. Deimel 2011:428). Meist besitzt der/die Suchtkranke keine gesunde Beziehung zu seinem/ihrem Körper. Der Körper muss wie eine Maschine funktionieren, die Steuerung erfolgt über den Einsatz verschiedener Substanzen, entweder aufputschend oder beruhigend. Die Grenzen körperlicher Belastbarkeit werden somit nicht erfahren, da ein anderer Motor den Antrieb steuert. Der Körper selbst wird selten als Quelle für Genuss erlebt, eher als Hemmschuh, wenn er nicht so funktioniert, wie erwartet (vgl. Legl 2004:472).

Emotionen und Verhaltensweisen werden häufig der Außenwelt angepasst, sodass diese von den anderen akzeptiert werden. Durch diesen falschen Anpassungsprozess geht das Empfinden, sich auf die eigenen Gefühle und den eigenen Körper verlassen zu können, zunehmend verloren. SuchtklientInnen haben gelernt, dass Emotionen über die Wirkung der Suchtmittel gesteuert werden können (vgl. Kern 2006:91).

„Das Suchtmittel wird eingesetzt auf der Suche nach Intensität und um den Verlust des eigentlichen Selbst zu ertragen, um künstliche und artifiziell überhöhte Rhythmen und Zyklen zu erzeugen, wo der Zugang zu den eigenen inneren Körperrhythmen verloren gegangen ist.“ (Kern 2006:91)

Es ist wichtig, durch das Klettern wieder positive Körpererfahrungen zu machen, damit ein neues Selbstbild aufgebaut werden kann. Bei bewegungstherapeutischen Maßnahmen, im Speziellen beim Klettern, können aktuelle körperliche Zustände und ihre Veränderungen erlebt werden, wie z. B. Angst- und Spannungszustände, Erholungs- und Regenerationsvorgänge.

Der Körper sendet viele unterschiedliche Empfindungen, Wahrnehmungen und Signale aus, die als Teil der eigenen Identität erlebt und interpretiert werden können. Gelingt es, den eigenen Körper anzunehmen, führt dies unweigerlich zu mehr Zufriedenheit und reduziert körperbezogene Ängste, Entfremdung, Überforderung oder Vernachlässigung (vgl. Deimel 2011:428).

Selbstwirksamkeit

Die meisten Suchtkranken verfügen wegen vielfältiger sozialer Probleme und Defizite über ein geringes Selbstwertgefühl. Versagensängste und ein niedriges Selbstvertrauen verhindern häufig das Erreichen selbstgesteckter Ziele, was zu einem Gefühl von Hilflosigkeit führt (vgl. Legl 2004:473). Das raffinierte Belohnungssystem des menschlichen Gehirns lässt den Menschen erst dann ein besonderes Glücksgefühl erleben, wenn eine Herausforderung erfolgreich bewältigt wurde. Daher muss man aktiv sein, um Herausforderungen entgegenzutreten und zu bewältigen. Solche Erlebnisse erweitern die Selbstwirksamkeit und können positive Erwartungen in der Zukunft bewirken. Jedoch können

solche Herausforderungen und Belastungen schnell die eigenen Grenzen aufzeigen und irritieren. Diese als Stress wahrgenommene Phase könnte aber auch als Lernanregung dienen (vgl. Lovric 2015:7). Beim Therapeutischen Klettern kann man nach Kowald und Zajetz (2015:37) die eigene Selbstwirksamkeit Stufe für Stufe fördern: Routen, die einem zuvor viel zu schwierig erschienen, können durch Übung und Motivation bewältigt werden, was das Vertrauen in sich steigern lässt. Dadurch kann Selbstwirksamkeit kontinuierlich aufgebaut und stabil gehalten werden (vgl. Kowald, Zajetz 2015:37).

Grenzen

Es kann sehr hilfreich sein, wenn Menschen ihre eigenen Grenzen gut einschätzen können. Sie geben Auskunft, wie weit man gehen kann und helfen einem, sich selber besser kennen und spüren zu lernen. Wichtig dabei ist aber immer auch die Gewissheit, dass die eigenen Grenzen beim Wachstum hinderlich sein könnten, aber überwindbar sind. Beim Klettern sind psychische und physische Grenzen in den Faktoren Höhe, Kraft, Ausdauer, Motivation, Konzentration leicht spürbar. Kowald und Zajetz (2015:27–30) stellten aber fest, dass psychiatrische KlientInnen häufig ihre eigenen Grenzen nicht bewusst erleben und in solchen Situationen oft mit Wut, Ärger, Angst oder Anspannung reagieren.

Ein Ziel beim Therapeutischen Klettern sollte es sein, dabei zu unterstützen, die individuellen Grenzen wieder wahrzunehmen und sich dementsprechend zu verhalten (Kowald, Zajetz 2015:27–30). Hierfür kann das im nächsten Abschnitt beschriebene Lernzonenmodell von Senninger (2000) hilfreich sein, welches eher auf ängstlich-vermeidende SuchtpatientInnen zugeschnitten ist. Im Anschluss wird noch das Konzept „*Risflecting*“ von Koller (2002) vorgestellt, das sich eher für risikofreudige KlientInnen eignet.

Lernzonenmodell

*„Wenn du dich sicher fühlen willst,
dann tu, was du schon immer konntest.
Aber wenn du wachsen willst, dann gehe
bis zum äußersten Ende deiner Kompetenz:
Und das heißt, dass du für kurze Zeit
deine Sicherheit verlierst.
Wann immer du also nicht genau weißt,
was du gerade tust,
weißt du, dass du wachst“¹⁰*

¹⁰ Projekt Adventure 1995 zit. nach Senninger 2000:18

Das Lernzonenmodell von Senninger (2000:18–26) aus der Erlebnispädagogik dient zur Erklärung von diesem handlungsorientierten Lernprozess. Es besteht aus drei Zonen: der Komfort-, der Lern- und der Panikzone. In der ersten Zone fühlt man sich sicher, man weiß, wie man mit Situationen umgehen muss und fühlt sich routiniert, man handelt immer nach ähnlichen Mustern. Die Lernzone ist einem noch nicht wirklich bekannt, man hat mit neuen Situationen noch keine Erfahrungen gemacht und fühlt sich manchmal unsicher. Hier entsteht die Chance, Neues zu lernen. Geht man einen Schritt zu weit, befindet man sich in der Panikzone, hier überwiegen Angst und das Gefühl des Nicht-Bewältigbaren. Ein Lernen wird nach dem Lernzonenmodell nach Senninger (2000:18–26) in dieser Zone unmöglich gemacht und übrig bleiben Frustration und Versagen. Dem gegenüber wird im „*Risflecting*“-Konzept von Koller (2002) in der Panikzone bzw. in seinem Modell als Todeszone beschrieben, lernen möglich, jedoch nur für Personen, die vermehrt das Risiko suchen. Nach Senninger (2000:18–26) müssen folgende Voraussetzungen geschaffen werden, damit Lernen überhaupt stattfinden kann: Die Person muss ein gewisses Maß an Unzufriedenheit bzw. Problembewusstsein mitbringen. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Situation wird häufig als Grundlage zur Veränderung gesehen. Oft kann erst dann die Komfortzone verlassen und neues, unsicheres Terrain betreten werden. Nur wer etwas probiert, wovon er vorher nicht überzeugt war, es zu schaffen, kann Selbstwert und Selbstbewusstsein dazugewinnen. Grenzerfahrungen sind natürlich auch immer mit einem gewissen Risiko verbunden, bei dem man den Ausgang vorher nie weiß. Eine weitere Voraussetzung, um Lernen zu ermöglichen, ist nach Senninger (2000:18–26) ein sinnvolles Ziel, welches schon im Vorfeld idealerweise von den Teilnehmenden formuliert wurde. Die dritte und letzte Voraussetzung stellt im Lernzonenmodell von Senninger (2000:18–26) das Lernklima dar. Die Teilnehmenden müssen sich in der Gruppe wohlfühlen und individuell nach ihren Bedürfnissen handeln können. Ein Mindestmaß an Vertrauen, Wertschätzung, Sicherheit und Verantwortung zwischen den Gruppenteilnehmenden sollte bestehen. Je weiter man in die Lernzone vordringt, desto größer werden Angst und Unsicherheit. Diese zwei Gefühlsregungen auszuhalten, ist für die meisten Menschen unangenehm und man versucht, mit Abwehrmechanismen die Situation wieder unter Kontrolle zu bekommen. Aber nur, wenn man den Schritt über die eigene Grenze wagt, findet Lernen statt und daraus entwickeln sich neue Erfahrungen und man kann seine Komfortzone erweitern (vgl. Senninger 2000:18–26).

Risflecting Konzept

„Das größte Risiko unserer Zeit liegt in der Angst vor dem Risiko.“¹¹ (Helmut Schoek)

Das pädagogische Konzept „*Risflecting*“ von Koller (2002:24–25) wurde für die Präventionsarbeit für Kinder und Jugendliche entwickelt. Es zielt darauf ab, Jugendlichen Handlungsmöglichkeiten zu bieten, damit sie besser mit Rausch- und Risikosituationen umgehen lernen. Erfolgreich ist das Konzept nur dann, wenn man nicht versucht, gefährliche Situationen zu vermeiden, sondern sie in den Lebensalltag integriert, sie erlebbar macht und reflektiert. Dafür benötigt es eine Erweiterung der persönlichen Kompetenz, eine offene Kommunikationsmöglichkeit über Erfahrungen sowie gesellschaftliche Integration. Es muss für die Betroffenen möglich sein, ein Wagnis einzugehen, mit dem Hintergrundwissen einer Vor- und Nachbereitung, damit die Situation für den/die Einzelne/n besser einschätzbar und in den Alltag integrierbar wird (vgl. Koller 2002:24–25). Man befindet sich nicht unweigerlich in der Gefahren- und Todeszone, wenn man seinem natürlichen Drang, ein Risiko einzugehen, nachgeht. Geht man aber davon aus, dass nur die eigene Vernunft einem vor Gefahren schützt, dann unterschätzt man die Stärke der Lern- und Kommunikationsmöglichkeiten im emotionalen Bereich. Gerade diese Interaktion zwischen vernunftgeleitetem Alltag und dem selbstbestimmten Risiko macht die Kompetenzerweiterung möglich (vgl. Koller 2002:25).

Menschen haben eine unterschiedliche Neigung, in ihrem Leben Risiken einzugehen. Guzei (2002:88) beschreibt sechs Risikohaltungen: die Risikoabstinenz, die Risikominimierung, ein Risiko eingehen ohne bewussten Lustgewinn, den Flow, den Kick und die Selbstzerstörung. Suchterkrankte sind nicht immer ängstlich vermeidend oder depressiv verstimmt. Viele gehen häufig ein erhöhtes Risiko mit sich und ihrer Gesundheit ein, sind draufgängerisch und selbstdestruktiv. Beim Klettern gibt es die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen „Risikosituationen“ einzugehen und sie im Anschluss zu besprechen. Das Erlebte kann auf den riskanten Umgang mit Suchtmitteln bzw. auf ihren Lebensalltag übertragen werden.

In der EU haben riskante Konsumformen von Alkohol stark zugenommen. Auf Grund dieser Tendenz hat die EU 2006 beschlossen, Projekte zu fördern, die zur Verminderung von alkoholbedingten Schäden bei Kindern und Jugendlichen beitragen. Das Europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention hat das Projekt „*TAKE CARE*“ – mit dem Ziel Jugendlichen zu einem verantwortungsvolleren Umgang mit Alkohol zu führen – umgesetzt (vgl. Pister, Keller, Kern-Scheffeldt, Kirchhoff 2013:34–36). Unter anderen nahmen diese Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren bei einem viertägigen Klettertraining (<<*ro.pe Training*©>>) teil. Dieses Training fußt auf dem oben beschriebenen „*Risflecting*“-Konzept (vgl. Pister, Keller, Kern-Scheffeldt, Kirchhoff 2013:34–36). Beim erlebnispädagogischen

¹¹ <http://www.beste-zitate.de/helmut-schoeck/das-groesste-risiko-unserer-zeit-liegt-in-der-angst-vor-dem-risiko/> [Stand: 01.07.2017]

Teil, dem Klettern, werden Jugendliche in für sie riskante Situationen gebracht und unter Anleitung sollen sie ihre Gefühle und Grenzen wahrnehmen und einschätzen. Mit diesen Erfahrungen wurde dann gearbeitet. Sie wurden reflektiert und auf Situationen des risikohaften Alkoholkonsums übertragen. Eines der Ergebnisse der Studie war, dass der Alkoholkonsum bei den Jugendlichen drei Monate nach dem Training statistisch deutlich abgenommen hat. Es haben rund 45 % ihren Alkoholkonsum reduziert, bei 34 % blieb er konstant und bei 21 % nahm er zu (vgl. Pister, Keller, Kern-Scheffeldt, Kirchhoff 2013:34–36). Lothar Brus (1998; zit. nach Niggehoff 2003:194–195) hat eine Diplomarbeit zum Thema „Auswirkungen der erlebnispädagogischen Maßnahme Klettern auf Drogenabhängige in der stationären Langzeittherapie“ verfasst. In allen erhobenen Kategorien (Auffassungsgabe, Motivation, Selbsteinschätzung, soziale Fertigkeiten, emotionales Verhalten, motorische Fähigkeiten) konnten im Vergleich zu Eingangs- und Abschlussuntersuchungen positive Veränderungen festgestellt werden. Speziell Motivation und emotionales Verhalten haben sich verbessert, was durch die schnellen Erfolgserlebnisse erklärt wird. Bei der Untersuchung von Gruppenstruktur und den gruppendynamischen Prozessen konnte eine Harmonisierung festgestellt werden (vgl. Niggehoff 2003:194–195).

2.4.2. Physiologische Wirkfaktoren

Körpereigene Drogen

Bei Untersuchungen zur Wirkung psychoaktiver Substanzen oder Psychopharmaka entdeckte man auch, dass das menschliche Gehirn Neurotransmitter produziert, die ähnliche bzw. gleiche Wirkungen haben, wie exogene Drogen. Die Theorie über die Neurotransmitter und ihre Wirkungen ist zwar erst über die Neurowissenschaft möglich gemacht worden, aber die Aktivierung körpereigener Drogen ist schon lange bekannt, beispielsweise im Yoga, bei Meditation oder im Schamanismus. Die Frage stellt sich nur, wie man seine körpereigenen Drogen wieder zielgerichtet einsetzen lernt (vgl. Zehentbauer 2013:13–15) bzw. ob es überhaupt möglich ist, bei Suchterkrankten eine Veränderung im Gehirn durch Therapeutisches Klettern oder andere bewegungstherapeutische Maßnahmen zu bewirken.

Wissenschaftliche Untersuchungen (vgl. Beck, Seiferth 2012) zeigen auch, dass man bei Suchterkrankten von einer neurologischen Dysfunktion in der Belohnungserwartung und -verarbeitung ausgehen kann. Und es wurde gezeigt, dass dies sehr wohl durch spezielle therapeutische Programme wieder verändert werden kann (vgl. Beck, Seiferth 2012).

Im vorderen Großhirn gibt es dem Bereich „Nucleus accumbens“, der aktiviert ist, wenn wir uns motivieren, mühevollen Dinge zu machen. Bei positiver Bewältigung schüttet dieses Belohnungszentrum, vereinfacht gesagt, das Glückshormon Dopamin aus (vgl. Yazdi 2013:11). Durch Einnahme von psychotropen Substanzen werden jedoch größere Mengen an Dopamin im Gehirn freigesetzt, als natürliche Belohnungen es je erreichen könnten (vgl.

Société Axess 2009:22). Bei einem langfristigen Missbrauch erfährt das Gehirn eine neuronale Veränderung, die über Jahre anhalten kann (vgl. Société Axess 2009:25). Psychotrope Substanzen nehmen das zerebrale Gehirn in Beschlag: Sie verändern die Plastizität des Gehirns und wirken auf Entscheidungs- und Gedächtnisprozesse, welche damit die Lernmechanismen außer Kontrolle setzen (vgl. Société Axess 2009:28). *„Neue Forschungen von ARS (Addiction Research Society) kommen zum Ergebnis, dass Suchtkranke signifikante Unterschiede im Dopaminhaushalt gegenüber einer suchtfreien Kontrollgruppe zeigen. Man kann von der Tatsache eines „reward deficiency syndrom“ ausgehen, das heißt, dass der Suchtkranke weniger Möglichkeiten besitzt, über seine Rezeptoren zu einer genügenden Dopaminausschüttung, die zum angenehmen körperlichen Gefühlszustand führt, zu gelangen.“* (Legl 2004:473) Diese eingeschränkte Möglichkeit bei Suchtkranken zur Dopamin-Ausschüttung führt auch zur Frage, ob Therapeutisches Klettern überhaupt eine positive Wirkung bei Suchtkranken erzielen kann bzw. ob dieser Umstand nicht auch hemmend auf einen möglichen Erfolg durch Therapeutisches Klettern wirken kann. Lovric (2015:12) beschreibt, dass Dopamin als einer der wichtigsten Stressantagonisten angesehen werden kann und hochstimulierende Aktivitäten wie das Therapeutische Klettern können Einfluss auf die dopaminerge Ausschüttung haben. Dieses Belohnungssystem reagiert meist dann, wenn Menschen eine Herausforderung aus eigener Kraft bezwingen (vgl. Lovric 2015:12).

2.4.3. Warum gerade Klettern und kein anderer Sport?

Lukowski (2010:20) sieht die Wirkmechanismen des Kletterns bei psychisch kranken Menschen ähnlich wie bei einer medikamentösen Behandlung. Auf die Aktivierung gut erforschter Neurotransmittersysteme (Serotonin, Adrenalin, Dopamin, Endorphine) kann man positive psychologische Effekte wie soziale Integration und Aufbau des Selbstwertgefühls zurückführen. Diese Effekte könnten aber durch jede andere Sportart auch beeinflusst werden. Lukowski (2010:20) sieht aber im Klettern die perfekte Sportart, um Konzentration, Beweglichkeit, motorische Koordinationsfertigkeiten in Kombination mit dem selbstbestimmten Herantasten an psychische und emotionale Grenzen zu erfahren (vgl. Lukowski 2010:20).

Weiters zählt Zajetz (2015:41–43) unspezifische sowie spezifische Faktoren auf, die Klettern zu einem geeigneten Medium für Therapie machen.

Unspezifische Faktoren (vgl. Zajetz 2015:41–43):

- Man kann über gerade erst Erlebtes sprechen.
- Alternativen im Bewegungsablauf können gleich ausprobiert werden.
- TherapeutIn und KlientIn können über etwas Drittes miteinander reden.

- Im Zentrum steht nicht das Reden, sondern das Erleben.
- Freude und Genuss werden direkt in der Einheit fühlbar.

Spezifische Faktoren (vgl. Zajetz 2015:41–43):

- Klettern als Bewegungsform ist dem Menschen eigentlich vertraut. Manchmal braucht es nur etwas länger, um sich dieser Tatsache wieder bewusst zu werden.
- Klettern hat einen starken Aufforderungscharakter.
- Das Klettern bietet eine gute Dosierbarkeit, sowohl im psychischen als auch im physischen Sinn. Z. B. kann die Schwierigkeit einer Route sehr gut auf den/die Kletternde/n abgestimmt werden.
- Es ist beim Klettern möglich, bei großer objektiver Sicherheit intensive, subjektive Reize zu erleben.
- Selten gibt es eine Sportart, bei welcher Vertrauen so eine große Rolle spielt.

2.5. Kontraindikationen

Wichtig ist auch zu erwähnen, dass Therapeutisches Klettern nicht für jede Person geeignet ist und auch kein Allheilmittel darstellt. Es kommt auf die Vorgeschichte jedes/r Einzelnen an, sowie auf die psychische und physische Verfassung. Menschen mit Übergewicht oder extremer Höhenangst werden Klettern eher nicht als angemessene Therapiemethode erleben (vgl. Braun 1999:174). Weiters wäre eine Teilnahme an bewegungstherapeutischen Maßnahmen kontraindiziert, bei Menschen, die an einer akuten psychotischen Störung leiden. Abhängige Menschen, die an einer körperlichen Einschränkung leiden, benötigen womöglich eine individuelle Konzepterstellung (vgl. Deimel 2011:440). Häufig leiden Suchterkrankte auch an anderen psychischen Erkrankungen, die die Motivation, Konzentration und Wahrnehmung stark beeinflussen, aber ob dies eine Kontraindikation darstellt, muss individuell betrachtet werden. Nachdem nun die zentralen Inhalte theoretisch beschreiben wurden, wird nun die empirische Erhebung vorgestellt.

3. Empirie

3.1. Fragestellung

Die bisher zitierte Literatur legt eine Wirksamkeit des Therapeutischen Kletterns für Suchterkrankte nahe. In der Literatur findet man wenig zum Thema Kontraindikation beim Therapeutischen Klettern, daher nimmt diese Frage auch einen wichtigen Stellenwert in der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit ein, da dies große Bedeutung für den Therapieerfolg hat.

Das Ziel ist es, durch die Befragung von ExpertInnen, ergänzend zum theoretischen Teil zu erforschen, welche Besonderheiten in der Arbeit mit Suchterkrankten beim Therapeutischen Klettern beachtet werden müssen, sowie die möglichen Kontraindikationen aufzuzeigen. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, die Schwerpunktsetzung der Wirkfaktoren in der Arbeit mit Suchterkrankten zu beleuchten und zu erörtern, für welche Therapieformen sich Therapeutisches Klettern eignet.

Als ExpertInnen für die Interviews werden Personen eingeladen, welche eine psychosoziale Ausbildung haben (PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, PädagogInnen) und Therapeutisches Klettern als Methode in ihrer praktischen Arbeit anwenden.

Die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit lauten:

Was sind mögliche Kontraindikationen beim Therapeutischen Klettern mit Suchtkranken in der Suchttherapie?

Wo sollen die Schwerpunkte bezüglich der Wirkfaktoren beim Therapeutischen Klettern mit Suchtkranken in der Suchttherapie liegen?

Für welche Therapieform von Suchterkrankten ist Therapeutisches Klettern möglich?

3.2. Methode

Qualitatives Interview – Leitfadengestütztes Interview

Leitfadengestützte Interviews sind auch unter dem Namen teilstandardisierte bzw. semistrukturierte Interviews bekannt. Ein wichtiges Merkmal dieser Befragungsart ist, dass der/die Befragte mit seinen/ihren Äußerungen im Mittelpunkt steht und man als Interviewende/r die Möglichkeit hat, nachzufragen. Typisch für qualitative Interviews ist ein mehr oder minder vorgegebener Fragenleitfaden, der durch einen Katalog von offenen Fragen strukturiert ist. Es ist nicht immer zwingend, die Reihenfolge strikt einzuhalten. Eine entspannte Interviewsituation und eine offene Gesprächsführung sind dagegen unabdingbar (vgl. Schaffer 2009:129–130).

Qualitative Inhaltsanalyse – ein Versuch einer Definition

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002:114) wird wie folgt definiert:

„Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet.“
(Mayring 2002:114)

Mayring (2011:17–20) sieht in der qualitativen Wissenschaft eine verstehende Wissenschaft, die am Einmaligen, am Individuellen ansetzt und sie versteht sich eher als induktiv. Weiters ist ihr die Gesamtheit, Vielfältigkeit und Komplexität ihrer Gegenstände erfassen zu wollen, wichtig.

Mayring (2002) unterscheidet drei Analysetechniken: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Für die Auswertung der Interviews wurde die strukturierte Inhaltsanalyse gewählt, welche nun im Anschluss beschrieben wird.

Strukturierte Inhaltsanalyse

Das Ziel ist eine bestimmte Struktur aus dem bestehenden Material herauszuarbeiten. Diese Anordnung wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textpassagen, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden aus dem Material systematisch extrahiert. Wann eine Passage unter eine Kategorie fällt, muss genau festgestellt werden. Dabei geht man in drei Schritten vor:

1. Definition der Kategorie: es wird definiert, welche Textteile unter eine Kategorie fallen.
2. Ankerbeispiele: es werden Teststellen aufgeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen.
3. Kodierregeln: dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien bestehen, werden Regeln formuliert, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen (Mayring 2010: 92).

Der Ablauf der strukturierten Inhaltsanalyse (inhaltliche Strukturierung)

Durch den ersten Materialdurchgang wird erprobt, ob die Kategorien überhaupt greifen, ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine klare Zuordnung ermöglichen.

Dieser Probedurchgang untergliedert sich in zwei Arbeitsabschnitte:

- Zunächst werden die Textstellen im Material bezeichnet, in denen die Kategorie angesprochen wird. Diese Fundstellen können durch die Notierung der Kategorienummer am Rand des Textes oder durch verschiedenfarbige Unterstreichungen im Text bezeichnet werden.
- In einem zweiten Schritt wird das so gezeichnete Material je nach Ziel der Strukturierung bearbeitet und aus dem Text herausgeschrieben.

In der Regel ergibt dieser Probedurchlauf eine Überarbeitung, eine teilweise Neufassung des Kategoriensystems und seinen Definitionen.

Danach kann der Hauptmaterialdurchlauf beginnen. Die Ergebnisse dieses Durchlaufes müssen dann zusammengefasst und bearbeitet werden (vgl. Mayring 2010: 93f.) D. h. das Material wird paraphrasiert und zunächst pro Unterkategorie und dann pro Hauptkategorie zusammengefasst (vgl. Mayring 2010: 98).

3.3. Rekrutierung der Untersuchungspersonen

Zuerst wurde durch Internetrecherche zu den Anforderungen – psychosoziale Grundausbildung und praktische Erfahrung mit Therapeutischem Klettern – passende Personen und Kontaktmöglichkeiten erfasst. Die erste Kontaktaufnahme zu fünf ExpertInnen (zwei Psychologinnen, zwei Psychotherapeutinnen, ein Psychotherapeut) fand am 09.11.2016 per Mail statt. Darin wurden kurz das Thema der Untersuchung vorgestellt und die Rahmenbedingungen, wie Zeitdauer des Interviews, gewährte Anonymität bei Teilnahme und weitere Vorgehensweise erklärt. Da keine Rückmeldung erfolgte, wurde am 05.12.2016 erneut eine Anfrage per E-Mail, diesmal an sieben ExpertInnen (zwei Psychotherapeutinnen, ein Psychotherapeut, zwei Psychologinnen, eine Ergotherapeutin, ein Sportwissenschaftler mit der Zusatzqualifikation Krankenpfleger) angeschrieben. Auch diesmal blieb eine Anfrage unbeantwortet, eine Psychotherapeutin erteilte eine Absage, da sie nicht mehr in diesem Tätigkeitsfeld arbeitet, eine Psychologin erteilte eine Absage aufgrund Zeitmangels, verwies aber an einen ihr bekannten Sozialpädagogen. Zusagen erteilten eine Psychotherapeutin, ein Psychotherapeut, eine Psychologin und ein Sportwissenschaftler. Weiters wurde noch Kontakt zu dem weiterverwiesenen Sozialpädagogen per Telefon hergestellt. Schließlich konnte mit vier der fünf ExpertInnen ein Interview geführt werden. Das fünfte Interview konnte leider nie durchgeführt werden, da der Experte trotz wiederholter Bemühungen, einen Termin zu finden, nicht erreichbar war. Der Kontakt wurde vermutlich aufgrund Zeitmangels abgebrochen.

Ebenso muss erwähnt werden, dass zwei der InterviewpartnerInnen zum Thema Therapeutisches Klettern wissenschaftlich tätig sind und deren Berichte auch in die vorliegende Arbeit einfließen.

4. Ergebnisse

Zuerst werden die vier transkribierten Interviews wortnah, aber in verkürzter Form wiedergegeben. Die Vorgehensweise dient vor allem einer Einteilung des Materials, um grob sichtbar zu machen, welche Themen in den Interviews angesprochen wurden. Diese Herangehensweise ist aber auch schon eine Art Interpretation und spiegelt meine Vorstellungen der Einteilung in die unterschiedlichen Inhaltsblöcke wider. Anschließend werden die unterschiedlichen Aussagen der Interviews zusammengeführt, gegenübergestellt und neue Aspekte herausgearbeitet.

4.1. Zusammenfassende Vorstellung der vier Interviews

Alle Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgenommen und auf dem Computer gespeichert. Anschließend wurden alle Interviews transkribiert.

Interview 1: Dieses Interview wurde am 05.01.2017 um 17:00 Uhr in einer Privatwohnung per Skype durchgeführt und dauerte 48:08 Minuten.

Beruflicher Werdegang

Die Interviewpartnerin ist von der Grundausbildung Sozialpädagogin, hat in weiterer Folge die Kunsttherapieausbildung in Wien gemacht und einige Jahre im AKH mit Kindern gearbeitet. 2007 hat sie mit der integrativen Psychotherapieausbildung begonnen und hat auch zu diesem Zeitpunkt privat mit dem Klettersport angefangen. Sie hat mit Kindern mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), sowie mit Menschen mit Angststörungen, Depressionen oder Burnout kletternd gearbeitet. Das Klettern hat sie von Anfang an sehr fasziniert und sie hat sich dazumal gedacht, dass man dies sicher auch gut therapeutisch nutzen könnte.

„Sowohl auf der gedanklichen Ebene, auf der emotionalen Ebene, auf der körperlichen Ebene, also was da so in einem abgeht, wenn man zu einem Felsen hingeht. Da habe ich mir relativ schnell gedacht, dass man das therapeutisch gut einsetzen kann.“ (Interview 1, Zeile 17–20)

Wirkfaktoren

Speziell bei ihren KlientInnen ist Vertrauen sehr wichtig. Fragen, welche sich die Expertin stellt, sind: Was braucht der Mensch, um Vertrauen zu können? Wie kann man das Vertrauen in die sichernde Person aber auch Vertrauen in den eigenen Körper stärken? Im Sinne der Psychoedukation ist es für sie hilfreich, wenn man zu Beginn Information über das Material bekommt.

„Also, dass die einfach mal ein Wissen haben, was hält so ein Gurt aus, ein Karabiner und ein Seil.“ (Interview 1, Zeile 136–137)

Des Weiteren arbeitet sie auch mit dem Lernzonenmodell nach Senninger. Dabei ist es ihr wichtig, dass die KlientInnen am Anfang in der Komfortzone bleiben, vielleicht manchmal in die Lernzone hineinkommen, aber keinesfalls in die Panikzone.

„Das ist einfach mein Ansatz, aber die Verhaltenstherapien, die gehen da ein bisschen anders vor.“ (Interview 1, Zeile 119–120)

Kommt ein bisschen Angst beim/bei der Kletternden auf, ist es ihrer Meinung nach wichtig, zu schauen, was der/die Einzelne in diesem Moment braucht, um trotz der aufkommenden Angst weiterklettern zu können. Hier sei es hilfreich, wenn man über Ideen für kleine Interventionen verfügt, welche die Situation beruhigen und helfen, mit der Angst umzugehen. Die Erfahrung – speziell die körperbetonte Erfahrung, den Körper spüren, sich müde fühlen aber auch die veränderte Identitätswahrnehmung –, dass man sich in einer neuen Situation

anderes als bisher erlebt hat, sowie Erkenntnisse der eigenen Grenzen, sind für sie weitere wichtige Aspekte.

„Sich erlebt zu haben, über die eigenen Grenzen gegangen zu sein, etwas geschaffen zu haben, was man sich vielleicht nicht so zugetraut hat, etwas Neues ausprobiert zu haben. Das sind wichtige Erfahrungen, was Leute gut mitnehmen können.“ (Interview 1, Zeile 219–221)

Die bisher genannten Erlebnisfelder erfahren nach Meinung der Expertin alle Menschen, egal welche Erkrankung sie haben oder welches Thema bei ihnen im Vordergrund steht. Es hänge bei der praktischen Umsetzung von den Schwerpunkten ab, was bearbeitet werden soll.

„Man kann durch eine Intervention versuchen, eine Thematik erlebbar zu machen. Aber das ist, was die Kunst ausmacht, die Intervention richtig einzusetzen.“ (Interview 1, Zeile 377–379)

Kontraindikation

Ausschlussgründe wären für die Expertin psychotische oder suizidgefährdete Personen und Personen unter Alkohol-, Medikamenten- oder sonstigem Drogeneinfluss.

„(...) wenn jemand zu sehr beeinträchtigt ist, sich einfach nicht gut spürt, den Körper nicht gut wahrnimmt, dann würde ich mit ihm nicht therapeutisch klettern gehen.“ (Interview 1, Zeile 434–436)

Des Weiteren gibt es für die Interviewpartnerin keine weiteren hinderlichen Verhaltensweisen.

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich bei einer Klettereinheit die Themen des Menschen zeigen. Wenn jemand z. B. aggressiv wird, weil ihm etwas nicht gelingt, dann habe ich das als Thema. Dann muss ich das besprechen und es kann sein, dass man in einer Stunde gar nicht wirklich zum Klettern kommt.“ (Interview 1, Zeile 307–313)

„Und wenn sich jemand schwer motivieren lässt, würde ich ihn einfach mitnehmen zum Zuschauen. Die Wand hat eh so einen Aufforderungscharakter. (...) und wenn es gar nicht klappt, dann ist es wahrscheinlich nicht die richtige Intervention.“ (Interview 1, Zeile 322–328)

Therapieformen

Für die Expertin ist das Angebot Therapeutisches Klettern sehr gut im stationären Bereich einsetzbar, auch als Ausgleich zu den anderen Therapien und Behandlungen.

„Also ich denke mir, dass es für den stationären Bereich sehr hilfreich sein könnte, einfach als Erweiterung in einem multimodalen Team.“ (Interview 1, Zeile 428–430)

Aber prinzipiell kann sie es sich auch im ambulanten Bereich vorstellen. Mit Personen, die substituiert werden, müsse man darauf achten, dass sie keinen Beikonsum haben und an sich arbeiten.

Sporttherapieangebote

Die Expertin sieht in einem Sporttherapieangebot einen wichtigen Faktor für die Gesundheit und sie möchte dies nicht nur auf das Klettern reduzieren.

„In Bewegung kommen und den gewohnten Rahmen zu verlassen. Neue Erfahrungen machen, das ist ein ganz wichtiger Bereich, der viel zu kurz kommt.“ (Interview 1, Zeile 556–557)

Therapeutisches Klettern als Intervention

Für die Expertin bedeutete das Therapeutische Klettern ein Raus aus den Praxisräumlichkeiten. Im therapeutischen Rahmen, in einer Gesprächssituation, wo man sich wenig bewegt, war es ihr wichtig, mehr ins Erleben zu gehen.

„Wenn man was erlebt, speichert man das auch viel besser ab und merkt es sich besser und das wirkt viel stärker, als wenn ich nur darüber rede.“ (Interview 1, Zeile 32–34)

Mit dem Therapeutischen Klettern ist man ihrer Ansicht nach sehr nahe am Menschen, an dessen Gefühlen und dem momentanen Erleben und man könne zeitnah Miniinterventionen setzen, um zu dem gewünschten Ziel zu kommen.

Nutzen für den/die Einzelne/n

Die Expertin sieht beim Klettern in der Nachbesprechung des Erlebten eine gute Möglichkeit, einen Transfer in den Alltag anzubieten. Die Kletterhalle sieht sie nicht als geeigneten Ort, diese ist ihr zu öffentlich. Sie bespricht Erlebtes lieber in einer Folgestunde.

„Also, der Transfer ist für mich immer ein sehr wichtiger Aspekt, aber auch dieses Zurückgreifen auf eine Situation, wo etwas gelungen ist.“ (Interview 1, Zeile 242–243)

Man könne gut besprechen, was den KlientInnen beim Klettern gelungen ist und wie sie schwierige Stellen gemeistert haben, wie sie diese Erfahrungen in ihren Alltag integrieren können bzw. besprechen, wofür diese Erfahrungen hilfreich sein könnten. Diese Erlebnisse seien wertvolle Ressourcen, welche die KlientInnen mitnehmen können.

Praxis – Therapeutisches Klettern

Klettern gehen könne man mit sehr vielen Menschen, es hänge natürlich stark von der eigenen Profession ab und mit wem man sich zutraue, an die Wand zu gehen.

„Also ich glaub, die Bandbreite ist wirklich sehr groß und dass jeder für sich entscheiden muss, mit wem er an die Wand geht. Ich habe auch eine Kollegin, die geht eher mit älteren Menschen oder mit geistig beeinträchtigten Menschen.“

(Interview 1, Zeile 279–282)

Darüber hinaus ist es der Expertin sehr wichtig, dass sie die KlientInnen schon im Vorfeld kennt, um eine Beziehung aufbauen zu können.

Interview 2: Das zweite Interview fand am 16.01.2017 um 22:00 Uhr via Telefon in einer Privatwohnung statt und dauerte 55:42 Minuten.

Beruflicher Werdegang

Die zweite Interviewpartnerin ist Psychologin, Trauma-Therapeutin und hat den Kletteranwärter gemacht. Im Zuge ihrer Arbeit – anfangs im sozialpädagogischen Bereich und später auch in der psychologischen Behandlung – war sie immer wieder mit Kindern und Jugendlichen – zum Teil in der Gruppe, zum Teil einzeln – klettern. Dabei waren traumatisierte Kinder und Jugendliche, Kinder mit Angststörungen aber auch jugendliche Suchtkranke ihre KlientInnen. Die Interviewte äußert sich folgend dazu:

„Es waren jetzt zwar nicht alle Jugendlichen, mit denen ich klettern war auch abhängig von irgendwas, aber ob das jetzt Alkohol ist, oder ob das, ja keine Ahnung, Marihuana war, war das immer Thema und zum Teil haben wir schon auch wirklich substanzabhängige Jugendliche betreut.“ (Interview 2, Zeile 38–41)

Wirkfaktoren

Der Zugang zum Therapeutischen Klettern zeigt sich bei der Expertin wie folgt:

„(..) egal mit welchem Hintergrund die Kinder und Jugendlichen gekommen sind, war immer Thema, sich selber wieder gut zu spüren oder vielleicht sich das erste Mal zu spüren. Ob das jetzt über die Ebene Körper oder emotionale Grenzen und Ängste zu spüren, das haben wir offen gelassen.“ (Interview 2, Zeile 82–87)

Die Schwerpunkte, welche diese Expertin in ihrem Angebot sah, lagen auf dem körperlichen Erleben, dem Sozialverhalten in der Gruppe, Grenzen erfahrbar zu machen, dem Umgehen mit Angst, dem Umgang mit Stress bzw. Stressabbau durch sportliche Aktivität und dem Übernehmen von Verantwortung dadurch, jemanden zu sichern. Sie habe Angebote gesetzt und nach Sichtbarwerdung von Themen diese individuell verstärkt.

„Natürlich, es kommt immer darauf an, manchmal weiß man ja, was der Auslöser ist, warum jemand zur Droge, in die Abhängigkeit rutscht. Das heißt, wenn ich da wirklich einen Auslöser kenne, kann man vielleicht noch ein bisschen gezielter arbeiten. Ob da Beziehung ein Thema ist, ob Sicherheit auch ein Thema ist, das sind so Dinge, die übers Klettern gut gehen.“ (Interview 2, Zeile 473–477)

Grenzen: „Das heißt, es hat Jugendliche gegeben, die keine Grenzen gekannt haben, keine Angst gekannt haben und die wären bei einer Fallübung dann auch sechs, sieben, acht Meter gefallen.“ (Interview 2, Zeile 99–102)

Angst: „Bei anderen Kindern war von Anfang an klar, dass Angst ein riesiges Thema ist. Die sind genau einen halben Meter über den Boden gekommen und das war es dann. Wie kann ich meinen Körper wahrnehmen. Wie kann ich über Entspannung diese Angst wieder wegbekommen.“ (Interview 2, Zeile 108–111)

Gruppe: „In dem Moment, wo jemand mit dabei ist, habe ich das Gefühl, greift was. Wenn jemand nur zusieht, dann hat er die soziale Komponente dabei und selbst dann kann ich an gewissen Dingen arbeiten. (...) ob er dann das Seil trägt, ob er dann vielleicht sichern mag, was nimmt jemand an.“ (Interview 2, Zeile 338–346)

„Da ist wirklich auch viel über diese Vertrauensübungen, im Gurt einfach mal sitzen, sich schaukeln lassen, sich blind abseilen lassen, gegangen. Bei solchen Übungen hat man gemerkt, dass sie sich immer mehr entspannen.“ (Interview 2, Zeile 189–192)

Kontraindikation

Nach Ansicht der Interviewpartnerin ist das Klettern fast immer möglich, vorausgesetzt, es ist körperlich möglich. Ein klarer Ausschließungsgrund ist für sie, wenn vor Ort der/die KlientIn unter Drogeneinfluss steht bzw. wenn sie das Gefühl hat, es jemandem im Moment nicht zuzutrauen.

Eine Kontraindikation war für die Interviewpartnerin absolute Verweigerung, kein Interesse an diesem Angebot, aber auch ein nicht passendes Setting. Ein zu großer Konkurrenzdruck in einer Gruppe bzw. eine soziale Vergleichssituation könne hinderlich für den/die Einzelne/n sein. Ist dann kein Wechsel in eine Einzelbetreuung möglich, könne dies zum Problem werden. Eine weitere Kontraindikation wäre ein Substanzeinfluss.

„Ich persönlich hätte niemanden mitgenommen, bei dem ich wahrgenommen hätte, dass er auf irgendetwas ist. Ob das Drogen sind oder Alkohol, also mit so jemand kann man nicht klettern.“ (Interview 2, Zeile 375–377)

Die Expertin war der Meinung, dass es eigentlich keine Verhaltensweisen gibt, die hinderlich sein könnten. Gibt es Probleme in Gruppen oder mit einzelnen Personen müsse das Setting so gewählt werden, dass man das Angebot trotzdem sicher setzen könne.

„... wird jemand aggressiv oder jemandem fad und fängt die Gruppe zu stören an, muss man das Setting ändern.“ (Interview 2, Zeile 406–408)

„Aber das ist nicht nur bei Suchtkranken so, dass ist bei jedem.“ (Interview 2, Zeile 533)

Therapieformen

Therapeutisches Klettern ist laut Interviewpartnerin sowohl im stationären Rahmen als auch im ambulanten Bereich anbietbar, es hänge natürlich von den vorhandenen Ressourcen ab. Sie sieht das Angebot im stationären Bereich relativ einfach zu integrieren, weil dort die Leute vor Ort sind. In der ambulanten Therapie seien die Personen weniger greifbar.

„... dann ist vielleicht der innere Schweinehund (...) oder der nächste Joint oder die nächste Flasche Bier oder was auch immer näher als die Therapiestunde an der Kletterwand. Und das ist einfach zu überlegen, wie kriegt man die Leute dazu.“ (Interview 2, Zeile 549–552)

In diesem Fall ist ihr das nachgehende Arbeiten sehr entgegengekommen. Sie hatte die Möglichkeit, Kinder oder Jugendliche von zu Hause abzuholen. Leider hat sie die Erfahrung gemacht, dass dies in der Praxis nicht immer möglich ist und deswegen ließen sich solche Angebote auch oft nicht umsetzen.

Sporttherapeutisches Angebot

Diese Expertin sieht in der Sport- und Bewegungstherapie häufig, dass es der einzige Zugang ist,

„... dass für manche Menschen der Zugang über ‘n Körper überhaupt der einzige Zugang manchmal ist.“ (Interview 2, Zeile 692–693)

Vom Grundberuf ist sie Psychologin, ein zumeist sitzender Beruf, wie sie beschreibt. Aber manche Leute wollen nicht reden und da wäre diese Möglichkeit eine gute Ergänzung.

„Wir schleppen den Körper immer mit und ich brauch den Körper einfach meiner Meinung nach immer dazu, um meine Gefühle, meine Emotionen auch zu beeinflussen. Ob das jetzt eine Körperhaltung ist, ob das die Atmung ist, was auch immer, es fließt immer der Körper mit ein. Darum finde ich diesen Körperzugang ganz wichtig.“ (Interview 2, Zeile 697–701)

Nutzen für den/die Einzelne/n

Den Spaßfaktor dürfe man auch nicht außer Acht lassen. In ihrer Arbeit hat sie wahrnehmen können, dass das Kletterangebot den Kindern und Jugendlichen gefallen hat und dass sie

anschließend ausgelassener und fröhlicher waren. Manche seien auch durch das Klettern so motiviert geworden, dass es sich auch auf die Arbeitssuche positiv ausgewirkt habe.

„Und allein dieses Spaßmachen hat man einfach wahrnehmen können, da hat es ja zum Teil Verletzungen gegeben, also Aufschürfungen, die eben beim Klettern vorkommen, und dennoch sind alle beim Klettern immer mit einem positiven Gefühl gegangen.“ (Interview 2, Zeile 171–176)

Diese Expertin hat die Reflexion bzw. den Transfer in den Alltag sehr unterschiedlich gehandhabt, je nach Setting und Gruppe. Sie habe die Reflexion entweder im Nachhinein gemacht oder im Hier und Jetzt eher kurzgehalten und nebenbei geführt.

„... ein Jugendlicher, der sehr schnell aufgegeben hat und wo ich in kurzen Sätzen immer wieder wiederholt habe: Probier es noch ein bisschen. Bleib, schau es dir an, du kannst jeder Zeit runter. ... und er ist wirklich über ein Problem, über zwei Probleme drüber gekommen und ich habe einfach nebenbei den Satz fallen gelassen: Schau, wenn es an der Wand geht, dann gelingt dir es vielleicht in der Schule auch.“ (Interview 2, Zeile 227–239)

Praxis – Therapeutisches Klettern

Der Ablauf der ersten Einheiten war bei ihr immer klar geregelt. Zuerst gab es eine kleine Klettereinschulung, damit die TeilnehmerInnen mit dem Material vertraut wurden.

„Also sie haben von mir immer ein bisschen Technik mitbekommen (...). Aber eigentlich war das nebensächlich. Das, was so daneben gelaufen ist, war eigentlich immer das Hauptsächliche.“ (Interview 2, Zeile 132–134)

Wichtig für diese Expertin war, dass sie sich sicher fühlte, bei dem was sie tat, im Kletterbereich sowie im therapeutischen Bereich.

„Das heißt, ich brauche einen Fundus an Übungen, an Ideen, welche Übungen für welches Ziel gut passen. Und ich brauche eine Idee, welche Symptome oder welche Zielgruppe was braucht.“ (Interview 2, Zeile 309–311)

Weiters betonte sie die Bedeutsamkeit der eigenen Regeln: Wie möchte man arbeiten und wo sind die eigenen Grenzen? Die persönliche Kompetenz gebe Sicherheit, den Teilnehmenden aber auch den Anbietenden.

„Einfach zu wissen, was mach ich, wenn jemand beispielsweise eine Panikattacke bekommt oder einfach keine Grenzen kennt. Wie kann ich dem vermitteln, dass er sich an gewisse Regeln zu halten hat (...).“ (Interview 2, Zeile 523–526)

Diese Expertin arbeitet auch bereits mit einer offenen Gruppe, wo ihr die KlientInnen nicht bekannt waren. Was ihr aber immer wichtig war, war ein an die Gruppengröße angepasster

Betreuungsschlüssel. So könne man gut auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingehen und jederzeit das Setting verändern.

Interview 3: Das dritte Interview fand am 19.01.2017 um 09:00 Uhr, ebenfalls in einer Privatwohnung per Telefon statt und dauerte 53:33 Minuten.

Beruflicher Werdegang

Der dritte Interviewpartner ist gelernter Krankenpfleger und hat anschließend Sport an einer deutschen Sporthochschule studiert und ist Diplomsportlehrer. Weiters hat er eine Ausbildung im Klettern. Er arbeitet in einer Spezialklinik für Suchtbehandlung und Doppeldiagnosen. Die Erstdiagnose ist immer die Sucht und die Zweitdiagnose kann angefangen von Schizophrenie, Depression, Persönlichkeitsstörung, etc. alles sein. Er geht wöchentlich mit einer KlientInnengruppe klettern und organisiert im Sommer ein großes Felskletterprojekt.

Wirkfaktoren

Der Experte sieht drei Möglichkeiten, wenn man klettert und an einer Stelle nicht mehr weiterkommt: Entweder hat man seine eigene Leistungsgrenze erreicht, oder man will das Problem überhaupt nicht erst angehen oder drittens, man versucht eine Lösung zu finden.

„Da könnt ich einmal sagen, ja gut, dann ist das eben so! Ja, also Grenzen akzeptieren. Da ist die Grenze erreicht, oder ich merke, der Patient gibt zu früh auf, weil er es sich vielleicht nicht zutraut von seiner Persönlichkeit her und sagt, da gibt es ein Problem, ich kann keine Probleme lösen, also lass ich es! Dann kann ich zum Beispiel, womit ich ganz gute Erfahrungen gemacht habe, ich häng mir schon mal ein Fixseil rein in den Fels und klettere dann neben dem. Und dann gucken wir uns das gemeinsam an, also ich bin quasi der Berater am Fels.“
(Interview 3, Zeile 202–207)

Aber auch Angst könne ein Weiterkommen verhindern.

„Wenn ich Angst habe, blockieren die Muskeln. Meine Wahrnehmung wird schlechter. Das heißt, ich sehe vor lauter Panik den nächsten Griff nicht.“
(Interview 3, Zeile 194–196)

Die eigene Kompetenz zu erleben sei ebenfalls ein bedeutender Punkt für die Kletternden. Man dürfe die Teilnehmenden nicht in die Überforderung schicken, sondern ihnen das Gefühl vermitteln, dass eine Route schaffbar ist.

„Also unmöglich, was hat der da mit mir vor. Und wenn die dann erleben, sie schaffen eine Tour, dann wachsen die drei Meter.“ (Interview 3, Zeile 301–303)

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor sei die Vertrauensbildung. Beim Klettern müsse man anfangen, anderen Menschen zu vertrauen, sowie Verantwortung beim Sichern übernehmen.

„Das sind Schritte, die sind gerade für Drogenabhängige extrem schwer, weil die ja oft als Einzelwesen durch die Gegend laufen. Auf der Szene, wenn die sich Drogen besorgen, trauen sie doch keinem.“ (Interview 3, Zeile 792–794)

Kontraindikationen

Akute Psychosen seien nach Aussagen des Experten Kontraindikationen. Leide der/die Klient/in noch unter dem Hören von Stimmen, würde er Klettern nicht ratsam finden.

Ebenfalls würde er mit niemandem klettern gehen, der oder die keine Lust darauf hat oder unter extremer Höhenangst leidet.

„Wenn jemand extreme Höhenangst hat, halte ich es für Quälerei.“ (Interview 3, Zeile 504)

Auch dieser Experte ist der Meinung, dass es keine hinderlichen Verhaltensweisen gibt. Man benutze das Medium Therapeutisches Klettern ja schließlich zur Behandlung für Menschen mit Erkrankungen.

„Und genau das ist das Therapeutische Klettern. Ich geh auf die Defizite, also auf das, was sie können und was sie nicht können, ein. Auf diese beiden Sachen gehe ich ein und daraus versuche ich, den Menschen in seiner Entwicklung und in der Überwindung oder in der Behandlung seiner Krankheit zu helfen.“ (Interview 3, Zeile 690–693)

Therapieformen

Ob das Angebot ambulant oder stationär durchgeführt wird, ist für diesen Experten nicht relevant. Man müsse sich individuell auf die Gegebenheiten einlassen und versuchen, die Ziele der Situation anzupassen.

„Also das Setting ist relativ uninteressant. Ich muss meine Therapie dann entsprechend setzen. Welche Ziele habe ich denn mit dem?“ (Interview 3, Zeile 901–902)

Sporttherapeutische Angebote

Seit 22 Jahren arbeitet der Experte im sporttherapeutischen Bereich und findet eine gute Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Therapieformen unerlässlich. Um Erfolg zu haben, könne man nicht alleine alles übernehmen, man brauche Unterstützung aus den verschiedenen Bereichen und einen gegenseitigen respektvollen Umgang.

Therapeutisches Klettern als Intervention

Der Experte sieht beim Klettern das Erleben der eigenen Gefühle direkt in der Situation als großen Vorteil. Man könne vor Ort gemeinsam Möglichkeiten entwickeln, um damit umzugehen. Beim Klettern zähle das Hier und Jetzt, man sei auf den Augenblick fokussiert.

„Es zählt nur der nächste Schritt. Und das ist ja oft, was wir bei unseren Patienten haben, dass sie sagen, ja nach der Therapie, dann mach ich den Job. Also, die sind oft ganz weit weg.“ (Interview 3, Zeile 740–743)

Einen weiteren Vorteil beim Klettern sieht der Experte darin, dass man die Gegebenheiten nicht verändern kann:

„Also die diskutieren ja gern die Struktur anders. Ich sag jetzt mal bei einer anderen Sportart, da war es der Ball, dann war es der Partner, der den Ball nicht richtig spielt oder es hat immer irgendwer anders Schuld. Oder die Begebenheiten sind schuld. Und beim Fels, der steht seit zwei Millionen Jahren da und verändert seine Struktur nicht. Und den interessiert das auch überhaupt nicht, ob man da hinaufklettert.“ (Interview 3, Zeile 255–261)

„Und das ist gerade für Menschen mit diesen Störungen extrem interessant, dass man die Umgebung nicht verändern kann.“ (Interview 3, Zeile 267–268)

„Man ist eben so ganz zurückgeworfen auf sich selber. Es gibt keine Ausreden.“ (Interview 3, Zeile 273)

Beim Klettern komme man gefühlsmäßig in eine extreme Stresssituation. Im Anschluss – nach erfolgreicher Begehung – trete genau das Gegenteil ein, der Stress nehme ab und ein großes Glückgefühl werde spürbar.

„Aber dieses extreme Glücksgefühl, was sie nach dem Klettern haben. Und das vergleichen die mit der Wirkung der Droge, nur mit dem Unterschied, und da sind sie mal ganz stolz darauf, den haben sie ja selbst gemacht. Mit den Drogen ist es ja gewissermaßen auch ein Betrug.“ (Interview 3, Zeile 347–350)

Der Reiz beim Klettern sei so hoch, dass Dopamin ausgeschüttet wird. Darin sieht der Experte das Besondere bei der Sportart.

Nutzen für den/die Einzelne/n

Therapeutisches Klettern werde sehr gut von den KlientInnen angenommen, das sei auch von den Gruppen- und EinzeltherapeutInnen bestätigt. Diese Maßnahme ermögliche neue Zugänge zu sich selbst.

„(...) es kommen unheimliche Themenöffnungen zu Stande. Also viele Patienten, die wenig Kontakt zu sich haben, die sagen, ich hab keine Angst, ich hab keine Probleme. Beim Klettern hat man das ja ganz schnell.“ (Interview 3, Zeile 83–86)

Es könne auch eine gewisse Nachhaltigkeit festgestellt werden. KlientInnen haben positive Erfahrungen beim Klettern abgespeichert und können selbige bei zukünftigen schwierigen Situationen im Alltag auf diese übertragen.

„Bewerbungsgespräch, sie haben Schiss, wissen nicht, was auf sie zukommt. Vergleichbare Situation beim Klettern, ich geh zum Felsen. Jetzt haben die aber erlebt, dass sie denken, Vorstellungsgespräch auf keinen Fall. Die nehmen mich sowieso nicht, ich bin drogenabhängig gewesen! Ach, das sieht sowie so jeder. Ich hab sowieso keine Chance. Ich war noch nie was wert in dieser Gesellschaft, also all diese Gedanken. Und dann haben die zurück geschickt, naja beim Klettern hab ich was geschafft, was ich nie für möglich gehalten hab.“ (Interview 3, Zeile 397–403)

Praxis – Therapeutisches Klettern

Auch diesem Experten ist eine Reflexion des Erlebten wichtig, um dieses therapeutisch gut zu verarbeiten.

„(...) wir gucken uns die Situation mit etwas Distanz später nochmals an.“ (Interview 3, Zeile 237)

Mit jeder Zielgruppe müsse man therapeutisch anders arbeiten. Grundsätzlich ist er der Ansicht, dass Klettern für jeden geeignet ist.

„Aber es hängt davon ab, wie kompetent ist der Therapeut.“ (Interview 3, Zeile 462)

„Und welche Diagnose dann letztlich auf dem Papier im Vordergrund steht und welche im Alltag im Vordergrund steht, ist natürlich noch mal eine Riesensache.“ (Interview 3, Zeile 130–132)

„Wir sagen immer, die sollen Grenzen lernen, aber wir müssen auch Grenzen lernen.“ (Interview 3, Zeile 508)

Interview 4: Das vierte Interview wurde am 23.02.2017 um 07:45 Uhr in einer Privatwohnung mittels Telefon geführt und dauerte 43:21 Minuten.

Beruflicher Werdegang

Der vierte Interviewpartner hat einen sozialpädagogischen Zugang. Er hat Sportwissenschaften zu studieren begonnen, aber nicht abgeschlossen, sondern die akademische Prüfung zum Trainer und Berater nach dem handlungsorientierten Ansatz der integrativen Ausdaueraktivitäten gemacht. Das ist eine Trainings- und Beratungsausbildung an der Uni Wien. Weiters hat er einige Ausbildungen im sportlichen Bereich. Er ist Instruktor für Mountainbike, Instruktor fürs Wandern und Übungsleiter Klettern Alpin. Er arbeitete mit

sozial benachteiligten Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren. Da gibt es sowohl Einzelbetreuung, als auch Gruppenarbeiten und auch ein Langzeitprojekt, wo auch geklettert wurde. Zurzeit leitete er eine Kletter- und Bewegungsgruppe für Kinder und Jugendliche (sechs bis 18 Jahre). In der Einzeltherapie übernimmt er auch immer wieder Jugendliche aus dem psychiatrischen Kontext, mit denen er dann speziell klettern geht.

Wirkfaktoren

Nach seiner Erfahrung wirke sich das Klettern auf die Körperwahrnehmung aus. Kinder und Jugendliche würden geschickter werden und sich mehr zutrauen.

„(...) beim Klettern ist halt dieses Schaukeln, also dieses Loszulassen und den Körper in verschiedenen Lagen zu erleben, dass kann sehr lustvoll sein.“
(Interview 4, Zeile 192–193)

Bei KlientInnen im Suchtbereich liegt laut diesem Experten ein Schwerpunkt auf dem Thema Sicherheit und Körpererfahrung.

„Im Drogenbereich habe ich teilweise erlebt, dass nach drei Stunden wandern sie sich die Schuhe ausgezogen haben, da waren riesige Steine drinnen. Da könnte ich nicht einmal mehr gehen.“ (Interview 4, Zeile 549–551)

Die Gruppe an sich – dabei müsse der/die Einzelne nicht einmal selber klettern – würde sich manchmal schon positiv auf den Einzelnen auswirken. Der Experte erzählt von einem Jungen, der zwar in der Gruppe dabei war, aber selber nicht klettern wollte. In der letzten Stunde waren die Eltern anwesend und er stellte sich vor alle und erklärte den genauen Gruppenablauf. Das war ein großer Erfolg für ihn.

Beim Klettern mache man häufig eine neue Erfahrung, die der Zusammenarbeit. Man wird unterstützt und könne was wagen, was man ohne eine zweite Person nicht machen könnte.

Ein weiterer Vorteil sei, dass die KlientInnen wieder in Kontakt mit sich selber kommen.

„(...) sie kommen ins Spüren mit sich selber.“ (Interview 4, Zeile 574)

Kontraindikationen

Der Experte würde mit Menschen, die in einer Krise sind, sowie mit Personen, die unter einem psychotischen Schub leiden, nicht klettern gehen. Speziell im Suchtbereich würde er auch nicht mit Suchtkranken nach einem Rückfall klettern gehen.

„Wenn die grad einen Rückfall gehabt haben, die sind dann nur gelegen, die waren, fix und fertig, die hätten das auch nicht geschafft, eine halbe Stunde zu gehen.“ (Interview 4, Zeile 513–516)

Hinderlich beim Klettern könnte laut Experten auch ein zu hoher Leistungsdruck sein. Die Jugendlichen würden nur das Ziel erreichen wollen und dabei vieles nicht erleben.

„(...) wenn nur die Höhe zählt, dann ist das eine ganz große Hürde. 20 % ist, dass man irgendwann mal oben war, aber 80 % vom Klettern sind, dass man sichert, dass man sich gegenseitig unterstützt. (...) Und wenn Leute ganz leistungsmotiviert sind, dann vergessen sie sich selbst.“ (Interview 4, Zeile 319–324)

Des Weiteren sehe er auch einen hohen Konkurrenzdruck innerhalb einer Gruppe als Hindernis, da Gruppenzwang und Gruppendruck Leute zu Handlungen treiben, welche nicht mehr selbstbestimmt sind.

Darüber hinaus mache es keinen Sinn, mit jemandem klettern zu gehen, der oder die überhaupt nicht hinaufsteigen will und stark daran zweifelt, dass das Material hält. Bei einer grundsätzlichen Ablehnung ist Klettern kein passendes Angebot.

Therapieformen

Der Experte sieht das Angebot des Therapeutischen Kletterns passend für ambulante und stationäre Therapieformen. Jedoch im ambulanten Bereich müsse man einfach mehr abstimmen, wie Regelmäßigkeit oder Terminfindung.

Sporttherapeutische Angebote

Therapeutisches Klettern bzw. grundsätzlich sporttherapeutische Angebote sind aus Sicht des Experten sehr wichtig. Er habe wahrnehmen können, dass Jugendliche davon profitieren, dass es ihnen einfach guttue, da der Körper Informationen speichere. Im Prozess ergeben sich oft Themen, die bearbeitet werden können, da Jugendlichen in diesen Situationen zugänglicher dafür sind.

„Sie kommen wirklich bei sich an. Das bräuchte mehr Bedeutung.“ (Interview 4, Zeile 566–567)

Therapeutisches Klettern als Intervention

Die Besonderheit beim Klettern sehe der Experte darin, dass es etwas Besonderes sei.

„Da geht es hoch hinaus, das hat schon Attraktion durch das Medium selbst.“ (Interview 4, Zeile 419–420)

Nutzen für den/die Einzelne/n

Der Experte geht mit den Kindern und Jugendlichen meist während der Öffnungszeit in die Kletterhalle. Es sei zwar wichtig, einen eigenen Platz zu haben, wo die Getränke und die Rucksäcke stehen, wo man Pause machen kann, aber er sehe darin die Möglichkeit, dass es zwischen seiner Klettergruppe und den anderen Kletternden zum Austausch kommt.

„(...) das ist dann unser Bereich und da wird aufgewärmt, da wird geplaudert und da wird zusammen gesessen.“ (Interview 4, Zeile 85–86)

„Also besonders die Jugendlichen werden angesprochen. Na, das hast du aber gut gemacht, dann wird ein bisschen über Boulderrouten geplaudert. Also diesen Kontakt erlebe ich positiv.“ (Interview 4, Zeile 94–95)

Der Experte gibt ein sehr ausführliches Beispiel, wie der Transfer vom Klettern in den Lebensalltag gelingt.

„Ich habe gesagt, was ist in deinem Leben sehr einfach und was gelingt dir da? Und dann suchen wir jetzt eine Kletterroute, die sehr einfach ist, dann gibt es eine mittelschwere Route, da suchst du dir eine Situation in deinem Leben, die halt mittelschwer ist und wie spürt sich das an und dann eine Route, die halt ganz schwer ist, wo du diese vielleicht auch nicht zusammenbringst und wie fühlt sich das dann an. Und dann hab ich ihn gebeten, dass er mir ein Beispiel gibt von der Familie, Freundeskreis und vielleicht eine Arbeitssituation.“ (Interview 4, Zeile 125–130)

„(...) in Analogie dazu war das Mittelschwere ein Familiengespräch, wo eine Betreuerin mit dabei war. Das war für ihn dann mittelschwer und da hat er halt jemanden, auf den er sich verlassen kann und ich find, das war eine sehr schöne Abbildung.“ (Interview 4, Zeile 151–154)

„Da fliegt man halt einmal raus, aber dann wird man gehalten und kann eine Pause machen und dann geht es weiter“ (Interview 4, Zeile 156–158).

Er habe immer wieder festgestellt, dass Jugendliche hektisch und in ihrer Bewegungsplanung unruhig sind. Beim Klettern müsse man Pausen machen und zur Ruhe kommen, dies sieht der Experte als großen Vorteil. Er habe erlebt, dass die Jugendlichen fokussierter werden.

„Also dieses Verlangsamten und Zu-sich-kommen, das ist finde ich sehr schön beim Klettern abbildbar.“ (Interview 4, Zeile 172–173)

Praxis – Therapeutisches Klettern

Der Ablauf sei laut Experten immer klar und vorhersehbar. Zuerst zeige er ihnen die Kletterwand und die Ausrüstung, dann gehe es zum Bouldern und es sei für die Jugendlichen und Kinder eine freie Entscheidung, ob sie den nächsten Schritt mitgehen.

Dieser Experte reflektiert das Erlebte sehr zeitnah, nach dem Herunterkommen von der Wand.

4.2. Vergleichende Darstellung der Ergebnisse

4.2.1. Wirkfaktoren

Eine Expertin (Interview 1) vertritt die Meinung, dass Erlebnisqualitäten – wie Vertrauen, Angst oder Grenzen erleben – beim Klettern eigentlich alle Menschen erfahren können, egal ob sie an einer Erkrankung leiden oder nicht und welche Erkrankung sie haben oder welches Thema gerade im Vordergrund steht. Natürlich gibt es Schwerpunkte. Wer an Höhenangst leidet, bei dem wird vermutlich der Wirkfaktor Angst vor der Höhe im Zentrum stehen, bei Suchtkranken wird vermutlich häufig die Beziehungsthematik mit Vertrauen im Zentrum stehen. Man könne ihrer Ansicht nach versuchen, durch eine Intervention eine Thematik erfahrbar zu machen, wobei man die Individualität, was jemand erlebt, nie vergessen dürfe.

Vertrauen

Alle ExpertInnen erachten „Vertrauen“ als einen wichtigen Wirkfaktor im Therapeutischen Klettern und bestätigen, dass man dabei darauf achten müsse, was ein Mensch dringend braucht, um überhaupt vertrauen zu können. Im Sinne der Psychoedukation benötige der/die Teilnehmende zuallererst Information über das Kletter-Material und den Ablauf. Beim Seilklettern kämen noch weitere Punkte hinzu: Das Vertrauen in die sichernde Person, auch das Vertrauen in den eigenen Körper und das Vertrauen, jemanden halten zu können. Dieser Prozess des Vertrauen-Lernens, zuerst zu sich selbst und zu seinem Körper, dann zu jemand anderem beim Gesichertwerden, Vertrauen schenken und als dritten Schritt das entgegengebrachte Vertrauen beim Sichern, können heilsam sein. Es müsse aber mit diesem Wirkfaktor sorgsam umgegangen werden, damit die Kletternden nicht überfordert werden.

Auseinandersetzung mit Angst

Alle ExpertInnen außer dem vierten Interviewpartner beschreiben, dass bei vielen KlientInnen die Angst klar im Vordergrund stehe. Das Seilklettern könne sehr bedrohlich sein, man verliere den Boden unter den Füßen und die Angst des Fallens wird trotz Gesichertwerden spürbar. Hier sei es sehr wichtig, dass man daran arbeite, wieder in Kontakt mit sich selber bzw. mit seinem Körper zu kommen. Eine Expertin (Interview 1) arbeite dafür mit Entspannungsübungen vor dem Kletterbeginn bzw. mit kurzen Auszeiten an der Wand, um sich wieder zu zentrieren, zu beruhigen, um dann wieder weitermachen zu können. Eine weitere Expertin (Interview 2) hat die Erfahrung gemacht, dass viele sehr schnell in die Angst gehen, wobei andere gar keine Angst wahrnehmen. Dieses Themenfeld – welches auch sehr stark mit körperlichen Parametern wie schnellerem Puls und schwitzenden Händen einhergehe – könne man sehr gut beim Therapeutischen Klettern bearbeiten. Eine weitere Beobachtung ist, dass die Angst auch ganz häufig das Weiterkommen im Kletterprozess blockiere: Man will das Problem überhaupt nicht angehen,

die Wahrnehmung wird schlechter, man verweigert alles. Hier geht es nach ExpertInnenmeinung ganz gezielt darum, dass der Mensch das bekommt, was er in dem Moment braucht.

Grenzen

Drei der vier ExpertInnen (Interview 1–3) haben den Wirkfaktor „Grenzen“ beim Therapeutischen Klettern genannt. Man müsse dabei mit manchen Menschen sehr behutsam arbeiten, damit sie lernen, über die eigenen Grenzen zu gehen, um sich weiterzuentwickeln. Eine Expertin (Interview 1) nahm dabei Bezug auf das Lernzonenmodell nach Senninger (2000) und betonte die Notwendigkeit, die KlientInnen darüber aufzuklären, in der jeweiligen Komfortzone zu bleiben, am Anfang vielleicht in die Lernzone hineinzukommen, aber nicht in die Panikzone. Eine Expertin (Interview 2) meinte, es gäbe auch Menschen, die ihre Grenzen nicht spüren, die keine Grenzen kennen. Es sei wichtig, das Klettern auch kalkulierbar für alle zu machen, damit diejenigen, die keine Grenzen haben, sicher sind und man selbst die Gefahren erkennbar macht. Den Beteiligten sollte klar sein, dass Klettern, wenn man alle Sicherheitsmaßnahmen einhält (Material, Sicherungstechnik, ...) absolut sicher ist, aber wenn man einen Fehler macht, sehr wohl Verletzungen entstehen können bzw. das Leben in Gefahr sein kann. Ein weiterer Experte (Interview 3) betonte den Vorteil beim Klettern, dass die individuellen Grenzen durch die verschiedenen Schwierigkeitsgrade erfahrbar gemacht werden können. Manche Personen würden recht schnell merken, dass sie sich überschätzt haben und sich eingestehen müssen, dass sie nicht von heute auf morgen alle Touren schaffen, wobei andere sich zuerst unterschätzen und beim Klettern merken, dass viel mehr möglich ist, als sie sich erwartet haben.

Selbstwirksamkeit und Selbsterfahrung

Zwei Experten (Interview 3, 4) erachten Selbstwirksamkeit bzw. die Selbsterfahrung – sich selbst zu erleben und etwas geschafft zu haben, was man sich selbst nicht zugetraut hat – während des Kletterns als einen Wirkfaktor, der sich positiv auf die KlientInnen auswirkt. Man spüre die körperliche Müdigkeit und Erschöpfung, könne Pausen machen und sich wieder spüren. So hätten die Menschen die Möglichkeit, wieder ins Spüren mit sich selbst zu kommen. Ein weiterer Experte (Interview 3) meinte, schafft man eine Route, so gibt es einem/einer auch ein Gefühl von Kompetenz.

Körperwahrnehmung und Körperkonzept

Drei der ExpertInnen (Interview 1–3) betonen, dass es speziell bei Suchtkranken wichtig sei, mit dem Körper zu arbeiten, den eigenen Körper wieder zu spüren. Eine neue Sportart, ein eher untypischer Zugang, der im Tun passiert. Man fühle sich nach einer Einheit müde, aber meist mit einem stolzen Gefühl, da man etwas geschafft habe. Vielleicht hatte der/die

KlientIn schon lange den Kontakt zu sich und zum Körper verloren. In erster Linie gehe es um eher körperbetonte Erfahrungen, die gemacht werden.

Durch diese neue Technik könne die eigene Wahrnehmung, das Selbstbild für diesen Moment verändert werden. Beim Klettern habe man die Möglichkeit, sich einfach ins Seil zu setzen und zu schaukeln und zu schwingen. Man habe das Gefühl, loslassen zu können und den Körper in verschiedenen Lagen zu erleben – dies könne als sehr lustvoll erlebt werden. Ein Experte (Interview 4) meinte, dass gerade Suchtkranke häufig ein anderes Körperkonzept haben. Schmerz würde anders wahrgenommen und erst viel später ihrem eigenen Körper zugeordnet. Wichtig sei daher ein gewisses Bewusstmachen, wo die Grenzen des eigenen Körpers sind.

Soziales Miteinander

Zwei der vier ExpertInnen (Interview 2, 4) nannten das soziale Gefüge beim Klettern in der Gruppe als wichtigen Wirkfaktor. Dabei müsse man nicht unbedingt klettern, um Teil einer Klettergruppe zu sein. Wichtig sei dabei, jeden und jede mit seinen und ihren Bedürfnissen ernst zu nehmen und möglichst darauf einzugehen. So wirke Therapeutisches Klettern auch auf das Sozialverhalten: wie agiert man in einer Gruppe und welche Aufgaben übernimmt man? Viele würden sich erstmalig in einer Rolle erleben, in der einem/r etwas zugetraut wird.

Umgang mit Stress

Eine der vier ExpertInnen (Interview 2) erwähnte, dass auch Umgang mit Stress eine große Rolle spiele. Dabei könne es hilfreich sein, über die körperliche Bewegung wieder mit sich selbst in Verbindung zu treten und den Stress abzuarbeiten.

4.2.2. Kontraindikationen

In allen vier ExpertInneninterviews wird bestätigt, dass es nicht wirklich viele Kontraindikationen gibt, die Therapeutisches Klettern verhindern können. Es gebe keinen Ausschlussgrund, wenn sich Suchtkranke in Behandlung das Klettern zutrauen. Im Vordergrund stehe die momentane Befindlichkeit und weniger die Diagnose. Natürlich müsse man in der Planung der Therapeutischen Klettereinheit die Diagnose mitbedenken. Folgende genannten Kontraindikationen sollten dennoch berücksichtigt werden:

Drogen und Medikamente

Zwei ExpertInnen (Interview 1, 2) brachten zum Ausdruck, dass man mit Personen, die unter Drogeneinfluss sind oder starke Medikamente einnehmen, nicht klettern geht, da man die Sicherheit nicht garantieren kann, wenn die Wahrnehmung eingeschränkt ist.

Psychotischer Schub, Suizidgefährdung und akute Krisen

Ebenso nannten drei ExpertInnen (Interview 1, 3, 4) einen psychotischen Schub als Kontraindikation, eine Expertin (Interview 1), wenn jemand suizidgefährdet ist und eine

weitere Expertin (Interview 2) nannte alle Arten von akuten Krisen als kontraindizierend. Therapeutisches Klettern sei keine geeignete Intervention bei einem Rückfall, so eine weitere Expertenmeinung (Interview 4).

Fehlende Bereitschaft

Alle Experten meinten, dass Therapeutisches Klettern nicht funktionieren könne, wenn jemand absolut verweigere und auf diese Intervention keine Lust habe. Klettern sei nicht für jedermann, auch das müsse man akzeptieren. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass es nicht sinnbringend sei, wenn jemand unter extremer Höhenangst leidet und das Klettern nur als Quälerei empfindet (Interview 3). KlientInnen müssen ihre Grenzen erkennen, aber auch jene Person, die das Therapeutische Klettern anbietet und durchführt.

Sozialer Vergleich

Kann man Therapeutisches Klettern nur in einem Gruppensetting anbieten und steht dabei das Thema sozialer Vergleich, Konkurrenz und Gruppenzwang im Vordergrund, ist nach Meinung zweier ExpertInnen (Interview 2, 4) diese Therapieform nicht ratsam. Da man Therapeutisches Klettern auch gut im Einzelsetting anbieten könne, falle das Konkurrenzdenken dabei weg. Man müsse sich dabei nur mit sich selbst und der Wand auseinandersetzen, was oftmals völlig ausreiche.

Körperliche Verfassung

Eine Expertin (Interview 2) sagte, dass die körperliche Verfassung gegeben sein müsse, um überhaupt klettern zu können.

4.2.3. Therapieformen

Laut allen ExpertInnen kann Therapeutisches Klettern gut als Erweiterung eines multiprofessionellen Teams im stationären Bereich gesehen werden und es spreche auch nichts dagegen, mit substituierten KlientInnen, welche stabil sind, keinen Beikonsum pflegen und an sich arbeiten, klettern zu gehen.

Im stationären Setting wäre Therapeutisches Klettern nach Meinung einer Expertin (Interview 1) ein guter Ausgleich zu den anderen Therapien und Behandlungen, wo sehr viel im Sitzen passiert. Bei der Planung dürfe nicht vergessen werden, dass man eine ausreichende, der Gruppengröße angepasste Anzahl an KletteranleiterInnen brauche, sowie einen groben Rahmen und Leute, die klettern gehen wollen (Interview 2). Im stationären Rahmen sieht eine Expertin (Interview 2) diese Organisation relativ einfach, da die KlientInnen vor Ort sind.

Alle vier ExpertInnen erachten auch bei der ambulanten Therapieform Therapeutisches Klettern als geeignet, jedoch sind hier die KlientInnen nach Meinung einer Expertin (Interview 2) nicht mehr so leicht greifbar und die Begeisterung für das Therapeutische

Klettern könne schnell schwinden. Dabei stellt sich diese Expertin (Interview 2) die Frage, ob man das Therapeutische Klettern überhaupt regelmäßig anbieten könne, da man auch so vieles abstimmen müsse, wie zum Beispiel Arbeit, Schule, Kursmaßnahme, Wohnort. Dabei als hilfreich wurde von der Expertin (Interview 2) das nachgehende Arbeiten genannt, wo es möglich ist, TeilnehmerInnen von zu Hause abzuholen, doch leider fehlen dafür häufig die nötigen Ressourcen.

4.2.4. Weitere Ergebnisse

Wichtigkeit von Sport- u. Bewegungstherapien in der psychotherapeutischen Behandlung

Alle vier InterviewpartnerInnen weisen explizit auf die Wichtigkeit eines körperbezogenen Angebots hin. Einerseits sei körperliche Bewegung ein ganz wichtiger Faktor für die Gesundheit – für die psychische und physische Gesundheit. Darüber hinaus zeigen körperliche Verausgabung und das „In-der-Natur-Sein“ neue, wichtige Erfahrungsdimensionen auf. Andererseits sei für viele Personen das Gespräch oft nicht der passende Zugang. Sie wollen nicht reden. Hier könne es nach Meinung einer Expertin (Interview 2) sehr hilfreich sein, mit Sport- und Bewegungstherapien, also über das Tun, einen Zugang zu finden. Darüber hinaus könne das Spüren, was mit einem selber los ist, eine neu gewonnene Kompetenz sein (Interview 3).

Therapeutisches Klettern als Intervention bei Suchterkrankten

Im Rahmen der Interviews kam deutlich heraus, weshalb gerade das Therapeutische Klettern eine geeignete Interventionsform bei psychisch Kranken und im Speziellen bei Suchtkranken ist.

Attraktives Angebot

Zwei ExpertInnen (Interview 1, 4) empfinden Klettern als solches schon als ein sehr attraktives Angebot. Man komme hoch hinaus und bekäme einen besseren Überblick, das Klettern sei beispielsweise einfach cool und etwas Besonderes.

Direktes Erleben

Die ExpertInnen (Interview 1, 3) meinen, man könne viel über die eigenen Probleme, Lebenssituationen sprechen, aber man merke sich vieles besser, wenn man manche Situationen – zum Beispiel die Bewältigung von Angst – auch erlebt hat. Über beängstigende Situationen könne man lange und viel sprechen, aber spüre man die aufkommenden Gefühle im Hier und Jetzt, können sie direkter und zeitnaher bearbeitet werden.

Die unveränderbare Umgebung

Die Unveränderbarkeit des Materials spreche nach Expertenmeinung (Interview 3) dafür, dass man gut klettertherapeutisch mit Suchtkranken arbeiten könne: Häufig würde die

Schuld gerne woanders gesucht z. B.: der Ball wurde nicht richtig geworfen, ein anderer war zu langsam oder die Begebenheiten seien schuld, aber eine Kletterwand oder ein Felsen verändere seine Struktur nicht.

Natürliches Belohnungssystem

Ein Experte (Interview 3) hat ebenfalls festgestellt, dass speziell beim Therapeutischen Klettern bei KlientInnen ein schneller Fortschritt zu beobachten ist. Begründet wurde dies wie folgt: zu Beginn des Kletterns verspüre man einen leichten Stressfaktor, da man nicht wisse, was auf einen zukommt. Während des Kletterns erlebe man häufig einen extremen Stress und wenn man wieder auf dem Boden steht, nehme der Stress ab und das Glücksgefühl steige stark an. Man werde quasi hirnganisch belohnt für die Mühen. So stehe der Stress im Vordergrund, dann folge die Belohnung, und zwar ohne irgendeine Substanzkonsumation. Im Alltag sowie bei gängigen Sportarten würden nach dieser Expertenmeinung solche Glücksgefühle nur schwer erreicht werden.

Weitere Nutzen für die TeilnehmerInnen

Spaß

Klettern kann auch einfach nur Spaß machen. Die sichtbare Freude am Tun kann auch sehr heilsam sein, meint eine Expertin (Interview 2).

Themenöffnung

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass durch dieses Angebot neue Erfahrungen gemacht werden und sich in weiterer Folge dadurch neue Themen eröffnen können. So beschreibt ein Experte (Interview 3) einen Fall, wo Angst nach Angaben des Klienten nie ein Thema war, aber durch das Klettern wurde dies erlebbar und dadurch auch bearbeitbar.

Inklusion

In der Kletterhalle bzw. am Felsen rutscht nach einer Expertenmeinung (Interview 4) die persönliche Diagnose in den Hintergrund. Hier ist man einfach nur eine Gruppe von Kletternden, die mit anderen Kletternden in Kontakt kommen. Es passiere eine Art Inklusion, welche als sehr positiv erlebt werden könne.

Verlangsamung

Beim Klettern ist es laut dem Experten (Interview 4) wichtig, dass man regelmäßig Pausen macht, weil der Körper sich regenerieren muss, außerdem kann man die Zeit nutzen, um die Route nochmals anzuschauen, um die nächsten Schritte zu planen. Diese Verlangsamung, dieses Zu-sich-kommen, habe den Vorteil, dass man im Anschluss fokussierter weitermachen könne. Dieses Fokussiert-Sein auf eine Route und das Im-Hier-und-Jetzt-sein mache KlientInnen auch häufig im Alltag belastbarer.

Transfer vom Klettern in den Alltag

Laut allen ExpertInnen ist es den Teilnehmenden möglich, auf die gesamte Erlebnispalette, die man beim Klettern erfährt – sei es körperlich, emotional oder sozial – zurückzugreifen. Erfahrungen und Wirkungen vom Klettern sind nachhaltig und können auch gut in den Alltag integriert werden.

Einer Interviewpartnerin (Interview 2) ist aufgefallen, dass die Köperspannung der Kletternden zugenommen hat. Die Teilnehmenden wirkten energiegeladener und aktiver und oftmals auch motivierter. Man wollte beim Klettern das Top erreichen und vielleicht auch die Bewerbung gut meistern. Die Motivation strahlte auch ins „normale“ Leben aus.

Praxis des Therapeutischen Kletterns

Ablauf

Zwei ExpertInnen (Interview 2, 4) sind der Meinung, dass der Ablauf des Therapeutisches Kletterns nach ähnlichen Schritten zu erfolgen hat: Zu Beginn solle eine kleine Materialeinführung stattfinden, dann gehe man bouldern und in weiterer Folge Seilklettern. Die Freiwilligkeit bzw. die freie Entscheidung, den nächsten Schritt zu gehen, müsse klar kommuniziert werden. Dieser Vorgang sei wichtig, um die Situation für den Klettertherapeuten bzw. die Klettertherapeutin kalkulierbar zu machen und auch mögliche Gefahrenquellen zu erkennen.

Kompetenz der Fachkraft

Von drei ExpertInnen (Interview 1–3) wird die Kompetenz der Fachkraft als entscheidend beschrieben: Hat man genug Erfahrung im Kletterumgang, was traut man sich persönlich zu und wie geht man mit möglichen Szenarien um z. B.: wenn jemand in der Wand eine Panikattacke bekommt. Hierfür brauche es gewissermaßen einen Handlungsleitfaden: welche Gefahren gibt es und wie reagiert man darauf. Dabei gebe es aber keine Unterschiede zwischen Suchtkranken und anderen psychisch Kranken. Darüber hinaus ist es einer Expertin (Interview 1) wichtig, ihre KlientInnen gut zu kennen und diese halbwegs einschätzen zu können.

Vorgehensweise

Hier ist der Zugang von den ExpertInnen ganz unterschiedlich. Eine Expertin (Interview 1) bespricht mögliche Themen schon im Vorfeld und geht dann zum Klettern, aber auch der umgekehrte Weg wurde beschrieben (Interview 2), also zuerst klettern mit einer anschließenden Reflexion und wieder andere (Interview 3, 4) reflektieren gleich in der Situation. Hier gebe es kein Richtig und kein Falsch. Wenn z. B. Angst ein Thema ist, könne eine mögliche Herangehensweise sein, schon im Vorfeld darüber zu sprechen. So könne man Abwehrstrategien, welche dazu führen, die Situation zu vermeiden, besprechen und sich langsam dem Klettern annähern.

Reflexive Bearbeitung

Laut allen ExpertInnen müssen die Erfahrungen beim Klettern von der Erlebnisebene auf eine reflexive Ebene gebracht werden. Dies könne durch Nachbesprechungen noch vor Ort oder später aufgearbeitet werden. Wichtig sei, dass man als AnbieterIn weiß, was man macht, welche Intervention gerade passend ist und den Teilnehmenden die Möglichkeit gibt, das Erlebte in ihren Alltag zu integrieren. Man könne die Reflexion eher kurzhalten und nur eine Bemerkung dazu abgeben oder vertiefen, je nachdem, was in der Situation besser passt. Für manche Teilnehmende sei es wichtig, gleich während des Erlebens ihr Handeln zu hinterfragen und nicht erst danach oder am nächsten Tag. In diesem Fall wäre der Transfer unmittelbar und würde mit den dazugehörigen Gefühlen abgespeichert werden. So eine direkte Intervention – in die Situation einzusteigen und den Erlebnisraum zu teilen – sei nochmals intensiver. Meist würde es für die Kletternden dann leichter, darüber zu sprechen, da sie sich begleitet fühlen. Es helfe, das Problem vor Ort und Stelle zu lösen und nicht erst in der Distanz. Man könne Entscheidungen in der Situation besprechen und sich über Handlungsmöglichkeiten beraten.

Rahmenbedingungen

Grundsätzlich ist nach zwei ExpertInnenmeinungen (Interview 2, 4) eine gute Vorausplanung unabdingbar. Dabei solle man sich folgende Fragen stellen: Hat man die Möglichkeit, bei einem Gruppenangebot das Setting – von Gruppe zur Einzelbetreuung – zu wechseln? Wenn im Moment das Seilklettern gar nicht passt, weil die Gruppe zu aufgewühlt ist, kann man zum Bouldern wechseln? Braucht der/die Teilnehmende einen Raum für sich alleine oder ist gerade die Atmosphäre einer Kletterhalle eine hilfreiche Ressource? Ist die Gruppe eine offene Gruppe oder eine geschlossene Gruppe, die man über eine bestimmte Zeit hinweg begleitet? Möglich ist laut ExpertInnen (Interview 1–4) alles, wichtig dabei sei, dass sich der/die KlettertherapeutIn sicher fühle und auf einen breitgefächerten Methodenfundus zurückgreifen könne.

5. Resümee und Ausblick

Diese Arbeit beschäftigt sich im Theorieteil mit den Themen Therapeutisches Klettern, Sucht und deren Entstehungsgeschichte, deren Therapieformen und mit der Methode des Therapeutischen Kletterns als mögliches Zusatzangebot in der Behandlung von Suchtkranken. Dabei wird unter anderem gezeigt, dass bereits Sport an sich positive Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden hat, aber vor allem die unterschiedlichen Wirkfaktoren beim Klettern gleichzeitig Themen von Suchtkranken widerspiegeln.

So werden Suchtkranke als Personen beschrieben, welche sich zwar selbstbewusst präsentieren, jedoch unsicher sind und einen niedrigen Selbstwert haben (vgl. Röhr 2009:25). Therapeutisches Klettern könnte hilfreich in der Behandlung sein, da man seine

eigene Selbstwirksamkeit Stufe für Stufe fördern kann (Kowald, Zajetz, 2015:37) – man erreicht selbstgesteckte Ziele und geht aktiv an Schwierigkeiten heran.

Im empirischen Teil wurde mittels ExpertInneninterviews der Frage nachgegangen, ob Therapeutisches Klettern als Methode in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken tatsächlich so gut geeignet ist, wie es in der Theorie beschrieben ist. Da in der Literatur nur wenig auf mögliche Kontraindikationen eingegangen wird, liegt im empirischen Teil ein Schwerpunkt auf diesen. Darüber hinaus wurde der Frage nach möglichen Schwerpunktsetzungen der Wirkfaktoren in der Therapie von Suchtkranken nachgegangen. Da sich die Therapieformen im Wandel befinden, wurde als abschließende Fragestellung die Eignung des Therapeutischen Kletterns für diese gestellt.

Nach wie vor wird von vielen in der Gesellschaft die Meinung vertreten, Klettern bzw. eine andere Sportart ist wichtig zum Austoben und ist eine sinnvolle Freizeitgestaltung, aber dieser Zugang ist ein bisschen kurz gegriffen: In den Interviews kam sehr gut zum Ausdruck, wie viel mehr hinter einer Klettereinheit steckt aber: So wurden in den Interviews übereinstimmend mit der Literatur neurophysiologische Reaktionen durch das natürliche Belohnungssystem beim Klettern beschrieben, welche Ähnlichkeit mit den neurophysiologischen Reaktionen bei Drogenkonsum aufweisen. Es wurde die Besonderheit des körperbezogenen Zugangs des Therapeutischen Kletterns betont, welcher gerade in der Therapie von Suchtkranken wichtig erscheint. Und das Sammeln von neuen Selbst- und gruppenbezogenen Erfahrungen beim Therapeutischen Klettern und deren Transferierbarkeit auf Alltagssituationen wurde von den InterviewpartnerInnen hervorgehoben.

Auch bei der Frage, ob Therapeutisches Klettern für jedermann geeignet ist, zeigt sich aufgrund der Interviews, dass Therapeutisches Klettern keine Zielgruppe explizit ausgrenzt, sondern es vielmehr von der Professionalität der Fachkraft abhängt, mit welchen KlientInnen er/sie therapeutisch-kletternd zusammenarbeiten kann. Wer Therapeutisches Klettern anbietet, sollte die Versiertheit im Klettern besitzen, sowie auch den fachlichen Background. So wurde von einer Expertin das Lernzonenmodell nach Senninger (2000) aus der Literatur als wichtig erachtet, welches ihr in ihrer praktischen Arbeit ein theoretisches Fundament bietet. Prinzipiell ist Therapeutisches Klettern für alle Altersgruppen anwendbar (ausgenommen Babys), es hängt immer davon ab, was man erarbeiten will, da die Angebotspalette sehr flexibel und vielfältig ist.

Bei der Frage nach möglichen Kontraindikationen beim Therapeutischen Klettern mit Suchtkranken in der Suchttherapie konnte festgestellt werden, dass sich die in den Interviews genannten Kontraindikationen – psychotische Schübe, Drogen- bzw. Medikamenteneinnahme und Höhenangst – mit jenen in der Literatur genannten decken. Darüber hinaus wurden Suizidgefährdung, akute Lebenskrise, fehlende Lust auf diese Art der Intervention, Konkurrenzdenken wenn man das Gruppensetting nicht wechseln kann und

überhöhter Leistungsdruck als mögliche Kontraindikationen angeführt. So kann man am gemeinsamen Erleben wachsen, wenn aber in einer Klettergruppe großer Gruppendruck oder Konkurrenzkampf vorherrscht, kann dies hinderlich sein. Darüber hinaus können sich positive Aspekte wie gegenseitiges Unterstützen, Sichern, das förderliche Miteinander nicht entfalten. In diesem Fall muss man sich die Situation immer individuell anschauen: kann man das Setting verändern oder gibt es eine gruppenspezifische Interventionsmöglichkeit?

Bei Suchtkranken ist speziell nach einem Rückfall Therapeutisches Klettern auch nicht ratsam, da die Personen zu sehr mit sich selbst beschäftigt sind. Ein Interviewpartner hat sehr treffend geschildert, dass Leitende immer wieder die Teilnehmenden an ihre persönlichen Grenzen bringen, aber auch Anbietende des Therapeutischen Kletterns müssen sich eingestehen, dass diese Interventionsform nicht für jedermann/frau geeignet ist und diese Art der Grenze akzeptieren. Auf die Frage, ob es mögliche hinderliche Verhaltensweisen, die speziell bei Suchtkranken häufig auftreten, wie Motivationslosigkeit, überhöhte Risikobereitschaft oder Reizbarkeit, für das Therapeutische Klettern gibt, sagten alle ExpertInnen, dass es diesbezüglich keinen Ausschlussgrund gäbe. Auch hier gilt die Kompetenz des/der Anleitenden als ausschlaggebend: Was traue ich mir zu und wie reagiere ich auf mögliche Szenarien?

Auf die Frage, wo die Schwerpunkte bezüglich der Wirkfaktoren beim Therapeutischen Klettern mit Suchtkranken in der Suchttherapie liegen sollen, zeigt sich in der Literatur sowie bei den Interviews, dass Therapeutisches Klettern sowohl auf der emotionalen und physischen als auch auf der sozialen Ebene wirksam ist. All die durch die Literatur und in den Interviews beschriebenen Wirkfaktoren – Umgang mit Angst, Vertrauen, Körperwahrnehmung und Emotionen, Grenzen, Selbstwirksamkeit und körpereigene Drogen – können beim Therapeutischen Klettern erlebbar gemacht werden. Aber jeder Mensch hat seine eigene Lebensgeschichte, wo die verschiedenen Wirkfaktoren unterschiedlich wirken und deswegen auch unterschiedlich Beachtung finden müssen. Wie schon im Literaturteil im Kapitel „Persönlichkeit von Suchtkranken“ erwähnt, haben Suchtkranke häufig Schwierigkeiten, jemandem zu vertrauen. Sich auf jemanden zu verlassen, ist ein selten erlebtes Gefühl, deswegen könnte ein Schwerpunkt in einem Kletterkonzept auf Vertrauensbildung liegen und dabei der Umgang mit den eigenen Emotionen im Zentrum stehen. Aber auch die Selbstwirksamkeit und der Umgang mit dem eigenen Körper sind wichtige Bereiche, die gerade bei Suchtkranken mittels Therapeutischen Kletterns bearbeitet werden können. Neben den in der Literatur besprochenen Wirkfaktoren wurde in den Interviews auch zusätzlich der Umgang mit Stress als wichtiger Faktor genannt, genauso wie das soziale Miteinander. Eine besondere Gewichtung im Stellenwert der Wirkfaktoren konnte aufgrund der Interviews nicht festgestellt werden, da man sich immer den einzelnen Menschen mit seiner/ihrer Anamnese anschauen muss.

In der Literatur und in der Praxis wird Therapeutisches Klettern im Suchtbereich hauptsächlich in stationären Therapieformen beschrieben bzw. angeboten. In der heutigen Zeit nehmen die stationären Angebote an Wichtigkeit ab und die ambulanten Beratungsstellen werden ausgebaut. Daher stellte sich die Frage, ob Therapeutisches Klettern nicht auch im ambulanten Bereich anzubieten ist und unter welchen Umständen. Alle ExpertInnen waren der Meinung, dass grundsätzlich in jeder Therapieform das zusätzliche Angebot von Therapeutischem Klettern möglich ist. Im stationären Bereich habe man den Vorteil, dass alle anwesend sind. Im ambulanten Bereich kommt vielleicht zur aufkommenden Motivationslosigkeit noch die Erschwernis der Zugänglichkeit hinzu: „Wie kommt man zur Kletterhalle?“ oder „Wann findet das Angebot statt?“, sind Fragen, auf welche man als AnbieterIn im ambulanten Bereich eingehen muss. Es ist schon häufig eine Herausforderung für KlientInnen, pünktlich zu den Beratungsterminen zu kommen, was braucht der/die Suchtkranke, um diese zusätzliche Hürden zu schaffen? Eine Expertin strich in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines nachgehenden Arbeitens heraus: Vielleicht brauche es das zusätzliche Angebot des Von-zu-Hause-abgeholt-werdens oder, dass man sich vor der Beratungsstelle trifft und gemeinsam den Weg zur Kletterhalle geht. Bei SubstitutionsklientInnen, ob in stationärer oder ambulanter Therapie, muss darüber hinaus sichergestellt sein, dass diese passend eingestellt sind und keinen Beikonsum pflegen. Dann wäre das Angebot des Therapeutischen Kletterns auch hier denkbar. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt die Kontinuität der Inanspruchnahme des Angebotes dar. Empfehlenswert wäre es, wenn Therapeutisches Klettern langfristig angeboten und man im ambulanten Bereich zusätzliche nachgehende Maßnahmen bereitstellt würde, um eine kontinuierliche Inanspruchnahme zu unterstützen. Im stationären Rahmen kann die Dauer an die Aufenthaltszeit angelehnt sein, im ambulanten Bereich ist das schon schwieriger.

Falls eine Gruppe zustande kommt, kann man mit einer hohen Fluktuation rechnen, was womöglich hinderlich für den Prozess des Therapeutischen Kletterns wäre. Eine Expertin hat hingegen aber auch erfolgreich mit einer offenen Gruppe gearbeitet. Natürlich kann man in diesem Fall nicht kontinuierlich und aufbauend arbeiten, dafür sind andere Elemente für die TeilnehmerInnen erlebbar: das Spüren des eigenen Körpers und das daraus resultierende neue Körpergefühl, die eigenen körperlichen Grenzen erkennen, aufkommende Emotionen wie Freude oder Ärger erleben, oder den Umgang damit finden, wenn man etwas schafft oder eben nicht schafft. Als Gruppenführende/r muss man in dieser offenen Form flexibel reagieren und mehr im Moment Entscheidungen treffen. Vorteilhafter wäre natürlich eine stabile Gruppe, aber in der Praxis ist man leider nicht immer mit dem Idealsetting konfrontiert.

Zusammenfassend zeigen Literatur und Ergebnisse der Interviews, dass sich die Methode des Therapeutischen Kletterns sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Therapieform eignet.

Wichtige Aspekte, welche in der Literatur noch keine Erwähnung fanden, aber in den Interviews genannt wurden, könnten für zukünftige Forschungen von Bedeutung sein und sind auch für die praktische Umsetzung von Relevanz: Die persönlichen Erlebnisse der TeilnehmerInnen durch das Therapeutische Klettern wie Spaß, Themenöffnung, Inklusion und Verlangsamung, sind Erfahrungen, die oftmals verinnerlicht werden und auf die man in zukünftigen Situationen wieder zurückgreifen kann. Ein Beispiel zur Inklusion aus einem der Interviews: Ein/e GruppenteilnehmerIn macht in der Kletterhalle die Erfahrung, dass die TeilnehmerInnen als Kletternde erlebt werden und nicht als Suchtkranke und das bewirkt viel für das eigene Bewusstsein, für die eigene Identität. Ein anderes Beispiel zur Themenöffnung: Wie in den Interviews berichtet, sind oftmals KlientInnen sehr davon überzeugt, dass sie keine Probleme haben und alles in ihrem Leben passt. Steht man aber vor der Kletterwand oder hängt man im Seil, werden häufig Themen sichtbar, die verdrängt wurden. Wichtig ist dann natürlich der Transfer in den Alltag und die anschließende Aufarbeitung.

Ich habe den Eindruck, dass durch die Interviews nochmals die Wichtigkeit des Therapeutischen Kletterns in der Suchtbehandlung herausgestrichen werden konnte, aber auch deutlich wurde, dass Therapeutisches Klettern alleine nicht die Lösung der Suchtproblematik ist. Was für die Zukunft sicher wünschenswert ist, ist eine gute Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Therapieformen und ein Offensein für neue therapeutische Maßnahmen, wie das Therapeutische Klettern.

5.1. Kritische Reflexion und Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten

Die Erarbeitung dieser vorliegenden Masterarbeit erstreckte sich über mehr als 36 Monate mit einigen zeitlichen Unterbrechungen, was keinen optimalen und kontinuierlichen Prozess darstellt. Die Entwicklung des Interviewleitfadens wurde von mir, auf Basis der zugrundeliegenden Literatur durchgeführt. Da zu dem Erstellungszeitpunkt nur wenig Literatur über das klettertherapeutische Angebot in ambulanten Therapieformen, über Kontraindikationen und nur wenig Spezifisches über Suchterkrankte vorlag, hat dies sicherlich die Fragestellungen im Leitfaden beeinflusst. Persönliche Face-to-face-Interviews waren aufgrund der großen räumlichen Distanz mit keinem/r der vier ExpertInnen möglich, daher wurde auf Telefon bzw. Skype zurückgegriffen. Dies war in der Rekrutierung und der anschließenden Terminvereinbarung schwierig, da man vermutlich diese Termine leichter absagt, als Face-to-face-Termine. Auch war die Terminfixierung schwieriger. Aber auch der Zeitpunkt der durchgeführten Interviews war aufgrund dessen manchmal nicht optimal, da

man sich den beruflichen bzw. privaten Gegebenheiten der ExpertInnen anpassen musste. So fand ein Interview erst um 22:00 Uhr statt. Dass die Interviews nicht face-to-face stattfanden, hatte jedoch meiner Meinung nach keine negative Auswirkung auf den Inhalt der Ergebnisse.

In der Forschung und Literatur ist die Methode des Therapeutischen Kletterns noch wenig präsent. Daher ist die theoretische Basis dieser Masterthesis als eher klein zu beurteilen, jedoch liefert diese Arbeit Anhaltspunkte für künftige wissenschaftliche Arbeiten.

In der Beurteilung der Ergebnisse dieser Arbeit muss auch darauf hingewiesen werden, dass es sich um Berichte aus der Praxis von Seiten der ExpertInnen handelt, und sie daher nicht das objektive Gesamtbild widerspiegeln. Dabei fehlt beispielsweise die Perspektive der Suchtkranken. Es ist für zukünftige Arbeiten sehr wichtig und interessant zu erfahren, wie es Suchtkranken geht, wenn sie mit dieser Methode konfrontiert sind. In einer weiterführenden Arbeit könnte der Schwerpunkt auf den Suchtkranken selbst liegen. Darüber hinaus wäre eine Feldstudie sehr interessant bzw. quantitative Erhebungen, beispielsweise zu den beschriebenen Wirkfaktoren. Ebenso ist es für künftige Arbeiten von Vorteil, wenn ExpertInnen auch tatsächlich in der Praxis mit Suchtkranken arbeiten.

6. Einblick in die praktische Umsetzung

Zum Abschluss möchte ich nochmals festhalten, dass aufgrund der theoretischen Basis und der praktischen Erläuterungen Therapeutisches Klettern als Zusatzangebot sehr gut für den Suchtbereich geeignet ist. Wie schon im Theorieteil erwähnt, gibt es keine typischen Suchtkranken, man begegnet Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeiten und Lebensgeschichten. Gemeinsam mit den KlientInnen versucht man, mit der breiten Angebotspalette, welche das Therapeutische Klettern bietet, die schon vorhandenen Stärken und Ressourcen zu fördern und herauszuarbeiten. Generell sollte man Überforderung vermeiden und herausfinden, welche Wirkfaktoren verstärkt bearbeitet werden müssen.

Dazu nun noch abschließend ein kurzer Einblick in die praktische Umsetzung des Therapeutischen Kletterns.

Eine mögliche Übung, um die Themen soziales Miteinander und Vertrauen in den/die PartnerIn zu bearbeiten, wäre: Im Boulderbereich sind je zwei Kletternde mit einem Band verbunden. Der oder die Führende gibt den Weg vor, muss aber gleichzeitig darauf achten, dass der oder die Folgende ihm/ihr auch in der Geschwindigkeit sowie Technik folgen kann. Das Ziel der Übung ist, gemeinsam den Weg zu meistern. Hinterher ist es wichtig zu erfahren, wie sich der führende Part bzw. nachfolgende Part gefühlt hat. Und es ist darauf zu achten, welche weiteren Themen sich bei den Kletternden auftun.

Ein weiteres praktisches Beispiel, um Vertrauen und Angst zu bearbeiten, wäre: Beim „*Toprope*“-Klettern wird ein/e Kletternde/r von zwei Personen gesichert. Der/die Kletternde klettert so weit, wie er/sie es sich zutraut und in weiterer Folge setzt er/sie sich ins Seil und erlebt das Gefühl, gehalten zu werden. Anschließend wird auch hier in der Gruppe besprochen, wie sich jede/r in seiner/ihrer Rolle gefühlt hat. Diese einfachen Kletterübungen lösen bei den Kletternden oft ungeahnte Gefühle und neue Erlebnisse aus.

Das Klettern an sich wird, wie man auch schon bei den praktischen Beispielen sieht, beim Therapeutischen Klettern nicht neu erfunden. Der Blick und der Zugang sowie die Schwerpunkte sind anderwärtig gelegt und gerade das macht das Therapeutische Klettern aus.

7. Literatur

- Betrifft Abhängigkeit und Sucht (b.a.s.): Substitution, www.suchtfragen.at/sucht/illegalisierte-drogen/drogenhilfe/substitution.php am 01.07.2017.
- Braun, Irmgard (1999): Heilsamer Abgrund. Klettern als Therapie. In: DAV München (Hrg.): Alpenvereinsjahrbuch. Band 123, 169–176.
- Beck, Anne; Seiferth, Nina. (2012): Neurobiologie der Sucht und Brain-Imaging. Spectrum Psychiatrie. 02/2012, www.medmedia.at/spectrum-psychiatrie/neurobiologie-der-sucht-und-brain-imaging/ am 01.07.2017.
- Bernstädt, Werner; Kittel, René (2008): Kletterspezifische Grundlagen. In: Lazik, Dieter, (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Thieme, Stuttgart, 3–22.
- Brus, Lothar (1998): Auswirkungen der erlebnispädagogischen Maßnahme Klettern auf Drogenabhängige in der stationären Langzeittherapie. Diplomarbeit an der deutschen Sporthochschule, Köln.
- Collingwood, T. R.; Reynolds, R; Kohl, H. W.; Smith, W.; Sloan, S. III. (1991): Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns. In: Journal of Drug Education. 21, 73–84.
- Collingwood, T. R.; Sunderlin, J.; Kohl, H. W.; III. (1994): The use of staff training model for implementing fitness programming to prevent substance abuse with at risk youth. In: American Journal of Health Promotion. 9, 20–33.
- Collingwood, T. R.; Sunderlin, J.; Reynolds, R.; Kohl, H. W.; III. (2000): Physical Training as a substance abuse preventing intervention for youth. In: Journal of Drug Education. 30, 435–451.
- Dally, Andreas (2012): Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten. In: Bilitza, Klaus W. (Hrg.): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. 2. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen, 113–127.
- Deimel, Hubertus (2011): Abhängigkeitserkrankungen. In: Hölter, Gerhard: Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung. Unter Mitarbeit von A. Degener, H. Deimel, H. Schwiertz und M. Welsche, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 376–447.
- Deimel, Hubertus; Niggehoff, Stephan (2015): Abhängigkeitserkrankungen. In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis Konstantin (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 212–223.
- Dietrich, M.; Klein, M. (1992): Sport mit Suchtkranken. In: Schulke, H. J.: Gesundheit in Bewegung. (Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbands. 1990, Meyer und Meyer, Aachen, 339–355.

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin (Hrg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Donaghy, M. E. (1997): An Investigation into the Effects of Exercise as an Adjunct to the Treatment and Rehabilitation of the Problem Drinker. In: Unpublished dissertation. University of Glasgow.

Eisenbach-Stangl, Irmgard; Pilgram, Arno; Reidl, Christine (2008): Wiener Drogenpolitik 1970–2005. Außen- und Innenansichten. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien.

Ermalinski, R.; Hanson, P. C.; Lubin, B.; Thornby, J. I.; Nahormek, P. A. (1997): Impact of a body-mind treatment component on alcoholic inpatients. In: Journal of Psychosocial Nursing. 35, 39–45.

Europäischer Drogenbericht (2016). Trends und Entwicklungen. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Luxemburg.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001DEN.pdf am 01.07.2017.

Flores, Philip J. (2013): Die Bindungstheorie in ihrer Relevanz für die Suchtbehandlung. In: Brisch, Karl Heinz: Bindung und Sucht. Klett-Cotta, Stuttgart, 32–59.

Franken, Ulla (2010): Emotionale Kompetenz – Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung. Ein gesundheitswissenschaftlicher Beitrag zur Grundversorgung von Menschen mit psychogenen Störungen und Erkrankungen. 1. Auflage, Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Gauster, Herta; Hack, Josef (2011): Handbuch Sportklettern. 1. Auflage, Österreichischer Alpenverein, Innsbruck.

Guzei, Michael (2002): Die Life Check-Methode: Risikotypen. In: Koller Gerald: Risiflecting. Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik. Ein Studien- und Lesebuch. 83–88.

Hofferer, Manfred; Royer, Stefan (2000): Klettern mit Kindern mit Problemverhalten. Praktische Anwendung in der kommunikationspädagogisch-kinderpsychotherapeutischen Behandlung. <http://bidok.uibk.ac.at/library/hofferer-klettern.html> am 01.07.2017.

Kern, Ernst (2006): Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In: Schuhler, Petra; Vogelgesang, Monika (Hrg.): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und Klinische Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, 85–105.

Khanzian, Edward (1989): Addiction: Self-destruction or self-repair? In: Journal of Substance abuse treatment, Volume 6, 75.

- Kielholz, Paul; Ladewig, Dieter (1972): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. J.F. Lehmanns Verlag, München.
- Klein, Peter; Schunk, Erich (2005): Klettern. Koordinativ-Orientierte Sportarten. Praxisideen – Schriftenreihe für Bewegung, Spiel und Sport. Band 14, 1. Auflage, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf.
- Koller, Gerald (2002): Risflecting. Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik. Ein Studien- und Lesebuch. <http://www.risflecting.at/assets/gerald-koller-studie-risflecting-01bfaebdbb83b2996472178fb5df2240.pdf> , 24–29. am 01.07.2107.
- Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis (2015): Erlebnisqualitäten des Kletterns. In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 20–41.
- Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis (2015): Warum wirkt therapeutisches Klettern? Effekte und Wirkfaktoren. In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 51–70.
- Könemann, Gregor (2010): Ambivalenz – ein Phänomen im Umgang mit Doppeldiagnose – Patienten. In: Sadowski, Harald; Nierstrat, Frieder (Hrg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 166–182.
- Legl, Thomas (2004): Sport und Drogen. In: Dr. Brosch, Renate; Prim. Prof. Dr. Mader, Rudolf (Hrg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis Verlag, Wien, 469–478.
- Lehhofer, M.; Lux, M.; Posch, C.; Berthold, J.; Wieder, H; Hirn, G., et al. (1995): Lauftherapie im Entzug bei chronischem Alkoholismus. In: Suchtforschung. 18, 55–64.
- Lovric, Damir (2015): Neurowissenschaftliche Implikationen therapeutischen Kletterns. Gehirn und Selbstorganisation. In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 6–19.
- Lukowski, Thomas: Therapeutisches Klettern. e&l 3/2010 akzent, 19–21. <http://www.dr-lukowski.com/pdf/TherapKlettern.pdf> am 01.07.2017.
- Lukowski, Thomas (2013): Positive psychische Wirkungen und wichtiger Therapiebaustein. Sport und Psyche. In: DNP – Der Neurologe & Psychiater. 14 (7–8), München, 2–6.
- Maaßen, Henrik (2009): Klettern für die Seele. Münchner Therapeuten entdecken, dass die Bewältigung einer Wand im Kampf gegen psychische Erkrankung helfen kann. Süddeutsche Zeitung, 57.
- Mackenroth, I. (1999): Sich mit dem Körper auseinandersetzen: Taijiquan in der Arbeit mit Drogenabhängigen. In: Partner-Magazin. 33(3), 20–26.

- Mayring Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag, Weinheim, 92–114.
- Mayring, Philipp (2011): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim, 93–98.
- Musalek, Michael (2013): Ärzte Krone. Fachmagazin für Ärzte. Neue Wege in der Suchtdiagnostik. AEK 04/2013. <http://www.medmedia.at/aerzte-krone/neue-wege-in-der-suchtdiagnostik/> am 01.07.2017.
- Niggehoff, Stephan (2003): Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger. In: Praxis der Psychomotorik. August 2003, 191–195.
- Pister Liliane; Keller, Roger; Kern-Scheffeldt, Walter; Kirchhoff, Ester (2013). TAKE Care: EU-Projekt für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. In: SuchtMagazin 5, 34–36.
- Perwitzschky, Olaf (2009): Besser Klettern. Ausrüstung, Technik, Training und Sicherheit. BLV Buchverlag GmbH & Co. KG, München.
- Pschyrembel online <https://www.pschyrembel.de/Therapie//list/> am 01.07.2017.
- Rambauske, Thomas (2009): Viktor Frankl – Zum Sinn klettern. In: Berg News.com www.bergnews.com/service/viktor-frankl/viktor-frankl.php am 01.07.2017.
- Röhr, Heinz-Peter (2009): Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. 3. Auflage, Patmos Verlag GmbH & Co.KG, Düsseldorf.
- Sadowski, Harald; Niestrat, Frieder (2010): Einführung. In: Sadowski, Harald; Niestrat, Frieder (Hrg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 14–21.
- Schädle-Schwardt, Walter (1993): Klettern, Verhalten und Erleben. Meyer und Meyer Verlag, Aachen.
- Schaffer, Hanne (2009): Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit. Eine Einführung. 2. überarbeitete Auflage, Lambertus – Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Scheid, V.; Simen, J.; Discher, J. (1996): Sport in der Suchtbehandlung. Grundlagen und empirische Befunde zur Sporttherapie bei Alkoholpatienten. In: Motorik. 19, 66–73.
- Schindler, Andreas (2013): Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In: Brisch, Karl Heinz: Bindung und Sucht. Stuttgart, 13–31.

- Schneider, Ralf (2007): „Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“ oder: Was die Qualität der Suchtbehandlung im wirklichen Leben ausmacht. In: Sucht Aktuell 2. 5–17.
- Seidl, E.J.; Wick, C. (1997): Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit und der Rückfallquote chronisch Alkoholkranker durch Sporttherapie. In: Weiß, M.; Liesen, H. (Hrg.): Rehabilitation durch Sport. Kilian, Marburg, 206–214.
- Senninger, Tom (2000): Abenteuer leiten – in Abenteuern lernen. Methodenset zur Planung und Leitung kooperativer Lerngemeinschaften für Training und Teamentwicklung in Schule, Jugendarbeit und Betrieb. Ökotoxia Verlag, Münster.
- Société Axess (2009). Collège romand de médecine de l'addiction (Hrg.): Neurowissenschaften der Sucht, Bundesamt für Gesundheit BAG, http://www.ssam.ch/d8/sites/default/files/empfehlungen/Neurowissenschaften_und_Sucht_100401.pdf am 01.07.2017.
- Sting, Stephan; Blum, Cornelia (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Band 2, Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Tanczos, Dalia; Zajetz, Alexis (2015): Ausbildung, Sicherheit und rechtliche Fragen. In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis Konstantin (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 71–80.
- Ussher, M.; McCusker, M.; Morrow, V.; Donaghy, M. (2000): A physical activity intervention in a community alcohol service. In: British Journal of Occupational Therapy. 63, 598–604.
- Ussher, M; Sampuran, A. K. Doshi, R.; West, R.; Drummond, D. C. (2004): Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. In: Addiction. 99, 1542–1547.
- Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Weigl, Marion; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Horvath, Ilonka; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2013): Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Wilson Schaefer, Anne (1996): Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit. 4. Auflage, DTV, München.
- Zajetz, Alexis Konstantin (2015): Warum eignet sich Klettern als therapeutisches Medium? In: Kowald, Anne-Claire; Zajetz, Alexis Konstantin (Hrg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Schattauer GmbH, Stuttgart, 41–43.
- Zehentbauer, Josef (2013): Körpereigene Drogen. Garantiert ohne Nebenwirkungen. 8. Auflage, Patmos Verlag, München und Zürich.

Yazdi, Kurosch (2013): Junkies wie wir. Spielen. Shoppen. Internet. Was uns und unsere Kinder süchtig macht. edition a, Wien.

Anhang

A1. Interviewleitfaden:

1. Wie ist Ihr persönlicher Zugang zum „Therapeutischen Klettern“?
 - Welche beruflichen Ausbildungen und Zusatzausbildungen haben Sie absolviert?
 - Welche Erfahrungen haben Sie im psychosozialen Bereich mit Therapeutischem Klettern gemacht?
 - Mit welchen KlientInnengruppen haben Sie schon gearbeitet?
 - Woran orientieren Sie sich beim Therapeutischen Klettern? Wie gestalten Sie das Therapeutische Klettern?
 - Können Sie mir ein praktisches Beispiel aus Ihrem Arbeitsalltag mit Therapeutischem Klettern nennen, wo sich Theorie und Praxis gut ergänzen?
2. Welchen Nutzen können die KlientInnen aus dem Angebot ziehen?
 - Welche Veränderungen nehmen Sie bei den Personen wahr, die Therapeutisches Klettern mit Ihnen machen?
 - Aus der Erfahrung, gibt es sichtliche Veränderungen im Verhalten und in der Körperhaltung nach einer Kursmaßnahme?
 - Wie können Erfahrungen, die beim Klettern gemacht wurden, in die reale Lebenswelt integriert werden?
3. Wie gehen Sie auf unterschiedliche Zielgruppen ein?
 - Für welche Zielgruppen ist TK aus Ihrer Sicht geeignet?
 - Aus Ihrer praktischen Erfahrung, wann funktioniert Therapeutisches Klettern nicht?
 - Wenn hinderlich, gibt es eine Interventionsmöglichkeit?
 - Wie wichtig wird von Ihnen eine spezifische Herangehensweise bzw. ein spezifisches Konzept für unterschiedliche Zielgruppe gesehen und in weiterer Folge geplant? Was sind die Gründe dafür?
4. Welchen Stellenwert kann Therapeutisches Klettern in der Behandlung von Suchtkranken einnehmen?
 - Welche Wirkfaktoren werden beim Therapeutischen Klettern mit Suchterkrankten speziell wirksam?
 - Wo sollte der Fokus bei dieser Klientel liegen?
 - Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein? Sowohl seitens der Suchtkranken als auch seitens der Einrichtung? Braucht es ein bestimmtes Setting?

- Welche Verhaltensweisen könnten hinderlich sein, um Therapeutisches Klettern anbieten zu können, im Speziellen bei Suchtkranken? (Stimmungs- und Affektlabilität, Reizbarkeit, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsschwäche)
5. Ist jede Therapieform (ambulant, stationär) mit Therapeutischem Klettern Ihrer Ansicht nach kombinierbar? Warum?
 6. Welche Kontraindikationen kann es beim Therapeutischen Klettern in der Behandlung von Suchterkrankten geben?
 - Unter welchen Umständen kann man nicht mit Suchterkrankten therapeutisch klettern?
 - Gibt es negative Konsequenzen, die das Therapeutische Klettern mit Suchterkrankten zur Folge haben kann?
 7. Ausblick: Sport- und Bewegungstherapie hat noch immer eine gewisse Randstellung in unserer Gesellschaft, vor allem auch bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, wie sehen Sie die Wichtigkeit dieses Angebotes?
 8. Herzlichen Dank, das Interview ist meinerseits fertig – gibt es Ihrer Ansicht nach noch etwas Wichtiges, was Sie ergänzen möchten? Ist noch was offen oder ungeklärt, was noch wichtig wäre zu erwähnen?

A2. E-Mail-Anfrage

Sehr geehrte Frau... /Sehr geehrter Herr....,

Mein Name ist Natalie Wiegele, von meiner Grundprofession bin ich Sozialpädagogin und zurzeit schreibe ich im Zuge meiner Ausbildung „Drogenberatung und Suchtprävention“ an meiner Masterthesis „Therapeutisches Klettern im Suchtbereich“.

Für den empirischen Teil dieser Arbeit habe ich Interviews mit ExpertInnen, welche im psychosozialen Bereich tätig sind und mit der Methode Therapeutisches Klettern arbeiten, vorgesehen.

Ich möchte Sie bitten, als Expertin bzw. Experte bei meiner Arbeit mitzuwirken. Das Interview wird telefonisch (Skype, WhatsApp oder Telefon) durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Es wird in etwa 40 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Ich bitte Sie, mir dafür drei mögliche Termine im November oder Dezember 2016 für das Interview mitzuteilen, sowie Ihre Telefonnummer zur Kontaktaufnahme.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung (natiwiegele@hotmail.com oder 0650/7616761) und bedanke mich schon im Vorfeld für Ihre wertvolle Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen aus Graz,

Natalie Wiegele

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Natalie Wiegele**, geboren am **06.05.1978** in **Villach**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Graz, 21.07.2017

Natalie Wiegele