

Psychologisches Klettern

Klettern als Mittel klinisch- und gesundheitspsychologischen Handelns

Psychological Climbing

Climbing as an Instrument of Clinical and Health Psychological Treatment

Susanne Wallner

Gastartikel

Zusammenfassung

Klettern und Bergsteigen haben bereits eine sehr lange Geschichte, beispielsweise kletterten unsere Urvorfahren bereits zur Nahrungssuche oder Flucht. Auch für kleine Kinder besitzen Leitern, Treppen oder Ähnliches eine hohe Anziehungskraft. Die Physio- und Ergotherapie machen sich unter anderem den Faktor zu nutze, dass Klettern in der Therapie von sich aus motivierend ist, und der Übende eher gebremst werden muss, um nicht zu überreiben. Neben den motorischen sind ebenso kognitive Aufgaben beim Klettern zu bewältigen. Weiters werden der soziale und emotionale Bereich angesprochen, da Vertrauen in die SicherungspartnerIn erworben werden muss. Im Rahmen einer psychologischen Behandlung kann Klettern ebenfalls positive Effekte erzielen, in etwa bei Angststörungen, Depression, Somatoformen Störungen oder ADHS. Beispielhaft werden im vorliegenden Artikel positive Veränderungen durch psychologisches Klettern bei acht Personen dargestellt.

Abstract

Rock and mountain climbing have already a long. Our forefathers for example had to climb in case of foraging or flight. For small children climbing on ladders or stairs has a huge drawing power. For physiotherapeutic and occupational therapeutic interventions it's useful that climbing is motivating in of itself. It's rather important to slow down the practicing person (so that the person doesn't overdo it) than to push the person further. Beside the motor functions there are additional functions claimed, e.g. cognitive, social and emotional. For example, it's really important to trust in the partner who is assuring. In psychological treatment it's possible to use climbing in case of anxiety disorders, depression, somatoform disorders or ADHS. In the present article there are positive changes of eight persons exemplified who did psychological climbing.

1. Historische Hintergründe

Die Ursprünge des Kletterns und Bergsteigens liegen weit zurück. Bereits unsere Urvorfahren kletterten auf Bäume, Berge und Felsen, unter anderem zur Nahrungssuche, aber auch im Falle einer Flucht war diese Technik hilfreich. Bei kleinen Kindern kann man beobachten, dass Leitern, Treppen, Bäume und viele Gegenstände einen hohen Aufforderungscharakter zum Klettern besitzen. Ab den 1980er Jahren wurde Sportklettern immer populärer. Und gerade in den letzten Jahren erfreuen sich auch Hochseilgärten immer größerer Beliebtheit. Doch im psychologischen bzw. psychotherapeutischen Bereich ist Klettern ebenfalls bereits seit längerer Zeit präsent, wenn auch bisher noch nicht von der Psychologie als Wissenschaft erforscht.

Viktor Frankl war begeisterter Bergsteiger und Bergführer. Er sah im Klettern eine heilsame Möglichkeit, die „Trotzmacht des Geistes“ gegenüber Ängsten und Schwächen der Seele zu stärken (Frankl, 2008). Er sah es als spannende Aufgabe, sich immer wieder aufs Neue selbst herauszufordern, und herauszufinden wer stärker ist: „Ich oder der Schweinehund in mir“ (Frankl, 2008, S. 10). Frankl deutet an, dass Klettern und die darin erfolgende Angstbewältigung eine Übung sein könnte, um auch gegen Alltagsängste gewappnet zu sein. Der Umgang mit der Angst lässt sich laut Frankl modellhaft durchaus am Felsen üben. Dementsprechend steht beim Klettern nicht die Rivalität mit einer KonkurrentIn, sondern nur die Rivalität mit sich selbst im Vordergrund.

Der Alpinist konkurriert und rivalisiert nur mit einem, und das ist er selbst. Er verlangt etwas von sich, er fordert etwas von sich, eine Leistung – womöglich –, aber auch eine Verzicht-Leistung – wenn nötig (Frankl, 2008, S. 12).

Frankl erinnert zudem an Hans Selye, dem Begründer der Lehre vom Stress. Selye unterscheidet ausdrücklich zwischen „distress“ und „eustress“, einem krank machenden und einem gesund erhaltenden Stress. Letzte-

ren bezeichnet Selye geradezu als „the salt of life“, das Salz des Lebens, und ein andermal als „the spice of life“, also die Würze des Lebens (Frankl, 2008). Frankl erteilt dem Wettkampf mit anderen und dem Streben nach einem „Höher“ oder „Schneller“ eine klare Absage. Die KletterIn sollte es nicht mit anderen aufnehmen, sondern einzig mit sich selbst.

Frankl meint auch, dass der Mensch ohne die Ausrichtung auf Ideale nicht überleben könne. Für Ideale müsse man kämpfen, warten können, es bedürfe dafür der sogenannten „Frustrationstoleranz“, die es zu trainieren gelte. Indem die KletterIn ihre Grenze immer wieder hinausschiebt, wächst sie auch über sich selbst hinaus (Frankl, 2008). Frankl hält Heilung und Sinnfindung durch Herausforderung möglich. Zum Lebenssinn könnte man laut Viktor Frankl durchaus klettern.

2. Theoretische Hintergründe des Kletterns

2.1. Sportklettern (Seilklettern)

Beim Sportklettern stehen im Gegensatz zum klassischen Bergsteigen weniger alpinistische, sondern eher sportliche Motive im Vordergrund. Anstatt einen Gipfel zu erreichen, geht es beim Sportklettern vielmehr darum, die Kletterroute an sich zu überwinden. Der Begriff bezieht sich einerseits auf das Klettern am natürlichen Fels, andererseits auf das Klettern an künstlichen Anlagen wie zum Beispiel in einer Kletterhalle. Sportkletterrouten sind meist nicht länger als 10 bis 30 Meter. Meistens wird in Zweierseilschaften geklettert, wobei sich eine Person am Boden befindet und sichert, während die andere Person klettert. Sportklettern wird sowohl als Breitensport als auch als Wettkampfsport betrieben („Sportklettern“, Wikipedia, 2010).

2.2. Bouldern

Bouldern ist Sportklettern an Felsblöcken, Felswänden oder künstlichen Kletterwänden in Absprunghöhe. Aus diesem Grund fehlen Sicherungsseil und Klettergurt. Wesentliche Ausrüstungsteile sind Kletterschuhe, ein Magnesiabeutel und eine Bouldermatte um Stürze abzufangen. Sogenannte Boulderprobleme bestehen nur aus wenigen senkrechten Zügen, waagrecht oder quer können sie jedoch beliebig weit reichen („Sportklettern“, Wikipedia, 2010).

2.3. Indoor-/Hallenklettern

Der Begriff Hallenklettern bzw. Indoorklettern bezeichnet das Klettern in der Kletterhalle oder an privaten häuslichen Trainingswänden („Sportklettern“, Wikipedia, 2010).

2.4. Psychologisches Klettern

Psychologisches bzw. therapeutisches Klettern bezieht sich vorwiegend auf Seilklettern und Bouldern im Hallenbereich, oder im Sportklettern-Outdoorbereich. Der alpine Bereich (klassisches Bergsteigen) spielt für psychologisches bzw. therapeutisches Klettern eine geringere Rolle.

3. Fachliche Hintergründe des psychologischen Kletterns

3.1. Physio- und ergotherapeutische Hintergründe

In der Ergotherapie ist therapeutisches Klettern bereits seit Jahren etabliert, ebenso im physiotherapeutischen Bereich. Die Physiotherapie macht sich unter anderem den Faktor zu Nutze, dass Klettern in der Therapie von sich aus motivierend ist, und die Übende eher gebremst werden muss, um nicht zu übertreiben. Denn nach Abschluss einer ärztlich verordneten Rehabilitation ist es für PatientInnen oft schwer, die gelernten Übungen konsequent weiterzuführen. Nicht so beim Klettern. PatientInnen, die einmal mit dem Klettern angefangen haben, bleiben oft auch nach der Rehabilitation dabei (Lazik, 2008).

Ebenso ist die korrekte Übungsausführung in der klassischen Rehabilitation für die PatientInnen schwierig. Im Gegensatz dazu muss an der Kletterwand die Halte- und Bewegungsmuskulatur im korrekten Zusammenspiel benutzt werden, um die geforderte Kletterbewegung zu realisieren. Es genügen meist geringfügige Korrekturen, um jahrelang erlernte Fehlhaltungen anfangs an der Kletterwand und bei regelmäßigem Üben nachhaltig für den Alltag aufzulösen (Lazik, 2008). Korrekturen, bzw. die Kontrolle einer korrekten Übungsausführung sind jedoch auch beim therapeutischen Klettern wichtig. Dank allgemeiner Kräftigung leistet Klettern zusätzlich einen wertvollen Beitrag zur Verletzungsprophylaxe vor allem im Rumpf- und Rückenbereich. Die Kräftigung wirkt zudem haltungsfördernd (Boecker, 2004).

Neben den motorischen sind ebenso kognitive Aufgaben beim Klettern zu bewältigen. Bewegungsabfolgen sind zu merken, Handlungen werden geplant, etc. Daraus ergibt sich in der neurologischen Rehabilitation ein enorm hohes Potential (Lazik, 2008). Weiters wird der sozio-emotionale Bereich angesprochen, unter anderem, indem Vertrauen in die SicherungspartnerIn erworben werden muss, und eine klare Kommunikation zur Verständigung wichtig ist.

Bady, Veser & Wiesner haben 2007 im Rahmen einer Bachelorarbeit zum Thema „Klettern als Therapie“ Kinder mit einem Elternteil sowie die behandelnden TherapeutInnen befragt und folgende Veränderungen nach klettertherapeutischer Intervention festgestellt:

Tab. 1: Veränderungen nach klettertherapeutischer Intervention (Bady et al., 2007)

Kognitiver Bereich	<ul style="list-style-type: none"> → ausdauernder → konzentrierter → nicht mehr so ablenkbar → organisierter → entwickelt Problemlösungsstrategien → zielstrebig → kann Reihenfolgen besser einhalten → aufmerksamer → verbessertes Instruktionsverständnis
Sozio-emotionaler Bereich	<ul style="list-style-type: none"> → selbstbewusster → verbesserter Umgang mit anderen → sicherer geworden → motivierter → kontrolliert Impulse besser
Motorischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> → sicherer beim Klettern, Sichern und Abseilen → verbesserte Grob-/Feinmotorik → motorisch ruhiger → kräftiger → neue Bewegungsabläufe erlernt → qualitativ verbesserte Bewegung → koordinierter

3.2. Pädagogische Hintergründe

In der pädagogischen Arbeit mit Kindern findet therapeutisches Klettern häufig Anwendung. Ein positiver Effekt ist, dass Klettern von sich aus motivierend wirkt, vor allem Kinder und Jugendliche werden von Klettern als typischer Abenteuersportart angezogen. Ein weiteres Merkmal ist, dass es sich beim Klettern um eine „offene Fertigkeit“ handelt. Dieser Begriff bedeutet, dass es keine einheitliche Bewegungsabfolge zur Bewältigung einer bestimmten Situation gibt. Für die Ausführung einer Kletterbewegung sind divergierende bis experimentelle Gestaltungsmöglichkeiten vorhanden, die KletterIn muss sich stets auf die wechselnden Bedingungen und Situationen einstellen und entsprechend reagieren. Folglich stehen Eigeninitiative und Eigenständigkeit vor der Fremdbestimmung im Vordergrund (Boecker, 2004).

Im Gegensatz zu vielen Sportarten gibt es beim Klettern keine objektiven Maßstäbe (wie z.B. Meterstab oder Stoppuhr), nach denen eine Leistung gemessen werden kann. Hinzu kommt, dass Klettern keine grundsätzlichen Voraussetzungen braucht. Jeder ist mit der Aufnahme der Tätigkeit bereits über das Anfängerstadium hinaus und kann sich der Gruppe der Kletterer zugehörig fühlen. Daraus resultiert auch eine extrem starke Motivation (Boecker, 2004). Die individuell erreichbaren Ziele stehen beim Klettern stärker im Vordergrund als das Erreichen eines vorgegebenen Maximums, somit kann jedweder Leistungsdruck genommen werden und das Kennenlernen persönlicher Grenzen verfolgt werden.

Während des Klettervorgangs ist die Einzelne zunächst auf sich allein gestellt und übernimmt Eigenverantwortung für ihr Handeln. Somit kann sie eintretende Erfolgserlebnisse auf sich selbst beziehen. Die KletterIn gewinnt damit an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, wird in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Identitäts-

suche bestärkt (Boecker, 2004). Klettern ermöglicht außerdem einen hohen Grad an emotionaler und persönlichkeitsfördernder Stabilisierung. Im Kampf gegen die Schwerkraft muss die KletterIn fortlaufend ausgleichen, kontrollieren und reagieren. Dies fördert die bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. Weiters werden Emotionen, Kognitionen, Affekte und soziale Aspekte durch das Klettern angesprochen und gefördert, was ganz im Sinne einer ganzheitlichen Persönlichkeitsförderung steht (Boecker, 2004).

Zusätzlich ist beim Klettern der Aufbau gegenseitigen Vertrauens ganz wichtig. Die KletterIn muss darauf vertrauen können, dass sie von der Sicherungsperson gehalten wird, falls sie stürzt. Je größer dieses Vertrauen ist, umso freier und gelöster kann man klettern und umso besser kann die KletterIn ihr Potential ausschöpfen.

3.3. Psychologische Hintergründe

Im Rahmen einer psychologischen Behandlung kann Klettern ebenfalls positive Effekte erzielen. Wichtig ist jedoch eine vorangehende ausführliche psychologische Diagnostik. Weiters muss die Interventionsform Klettern für die konkrete Person „passen“ (sowohl seitens psychologischer Einschätzung, als auch durch die individuelle Bereitschaft der KlientIn dazu). Zusätzlich sind die genaue Vor- und Nachbesprechung jeder Klettereinheit sowie das Transferieren beim Klettern erworbener Kompetenzen in den Alltag wichtig. Psychologisches Klettern stellt keine alleinige Behandlungsempfehlung für bestimmte psychische Störungen dar, sondern ist eine Interventionsmöglichkeit, die gegebenenfalls mit anderen Verfahren bzw. medizinischen Interventionen kombiniert werden sollte.

3.3.1. Anwendungsmöglichkeiten von psychologischem Klettern

3.3.1.1. Angst

Klettern kann als Expositionsbehandlung bei Agoraphobie und Panikstörung (graduier oder massiert) angewendet werden.

3.3.1.2. Intelligenzminderung

Menschen mit Intelligenzminderung bzw. mit Behinderungen sind häufig nicht in der Lage, aufgrund der alltäglichen Erfahrungen ausreichende Bewegungserfahrungen zu sammeln und sich auf diese Weise im Bereich der Handlungskompetenz weiterzuentwickeln. Die Einschränkungen in der Aufnahme und Verarbeitung der Umweltreize erschweren dies (Boecker, 2004).

Ziel des psychologischen Kletterns bei Menschen mit Intelligenzminderung ist es, intensive Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen anzuregen. Da Klettern eine

offene Fertigkeit ist, die zum Experimentieren anregt, können zusätzliche sportmotorische Erfahrungen gesammelt werden und das Repertoire an motorischen Basisfähigkeiten und motorischen Handlungsfähigkeiten gut erweitert werden. Durch aktives Explorieren muss eigenständig eine individuelle Strategie erarbeitet werden. Dies fordert unter anderem Handlungs- und Problemlösefertigkeiten heraus.

Individuelle Fortschritte werden dadurch begünstigt, dass keine objektiven Maßstäbe angelegt werden, mit denen die Kletterleistung beurteilt werden kann (etwa durch die Dauer des Kletterns oder die erreichte Höhe). Zusätzlich befriedigt Klettern als Erlebnissport die Abenteuerlust, die im Alltag nur selten ausgelebt werden kann. Denn die tendenzielle Überbehütung von Menschen mit Behinderungen führt häufig dazu, dass ihnen Situationen, die ein gewisses (subjektives) Risiko enthalten, häufig nicht zugetraut werden (Boecker, 2004). Beim Klettern können sie unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorkehrungen ihre individuellen Grenzen ausloten, positive Selbsterfahrungen machen und ihrem natürlichen Bedürfnis nach Abenteuer, Risiko und Spannung nachgehen.

3.3.1.3. Essstörungen

Laut Fichter und Warschburger (2002, zitiert nach Foltinek, 2006) ist die „Verbesserung der körperlichen und emotionalen Wahrnehmung“ sowie „ein direkter Ausdruck von Gefühlen“ der Mittelpunkt der Therapie bei Essstörungen. Es geht für Betroffene darum, das „Sich-Spüren“ wieder zuzulassen, Körperschemastörungen bewusst zu machen, mehr Sicherheit in Bezug auf eigene körperliche und emotionale Wahrnehmungen zu erlangen und infolgedessen einen neuen, positiven, Bezug zum eigenen Körper herzustellen (vgl. Foltinek, 2006). Zusätzlich sind die Entwicklung eines adäquaten Ausdruckes von Emotionen und die Umsetzung der erspürten Bedürfnisse in Verhalten wichtig (vgl. Foltinek, 2006). Beim Klettern wird einerseits die Wahrnehmung des eigenen Körpers gefördert (z.B. durch Anspannen und Entspannen unterschiedlichster Muskelpartien oder Verlagern des Körperschwerpunktes), andererseits treten vielgestaltige Emotionen auf (Freude, Lust, Angst, Ärger) und es kann ein Training der Emotionsregulation erfolgen.

Spannungsregulation und Stressmanagement sind laut Foltinek (2006) weitere wichtige Punkte in der Behandlung von Essstörungen. Je höhere Anforderungen eine Person an sich selbst stellt, desto häufiger wird sie beim Klettern in eine herausfordernde/Stress auslösende Situation gelangen. Diese „passiert“ im Normalfall jedoch nicht einfach mit dieser Person, sondern wird durch Routenwahl und „Weiterklettern“ aktiv herbeigeführt. Im Rahmen eines begleiteten, psychologischen Kletterprozesses kann somit der Umgang mit Stresssituationen in praktischer Weise geübt werden.

Ein weiteres wichtiges Element der Therapie von Ess-

störungen, die Entwicklung von Problemlösungsstrategien, kann im Rahmen des Kletterns ebenfalls trainiert werden. Es gibt beim Klettern nur selten vorgefertigte Lösungen. Jede Route bietet eine Vielzahl von Lösungsmöglichkeiten, die je nach den persönlichen Voraussetzungen unterschiedlich adäquat sein können. Es bieten sich ebenfalls verschiedenste Gelegenheiten zur Steigerung der Frustrationstoleranz. Aus kognitiver Sicht wird durch Klettern das Kreieren eigener Lösungswege gefördert. Die Emotionsregulation beeinflusst häufig die Effektivität der Lösung und die Bewältigbarkeit der Situation.

Beim Klettern erfolgt außerdem ein Training sozialer Kompetenzen. Einerseits ist die Zusammenarbeit von KletterIn und Sicherungsperson essentiell, andererseits der Aufbau von gegenseitigem Vertrauen und Verantwortungsübernahme. Selbstsicherheit wird dadurch gestärkt, dass man sich das Vertrauen der KletterIn beim Sichern erarbeiten muss. Weiters fördert das Bewältigen gesetzter Ziele (z.B. einer bestimmten Kletterroute) das Selbstvertrauen und den Selbstwert.

Vorsicht ist jedoch vor Symptomverschiebung geboten! Klettern darf nicht zu einer Möglichkeit werden, Gewicht abzunehmen (bei Anorexie oder Bulimie)!

3.3.1.4. ADHS/Hyperkinetische Störung

Die wesentlichsten Symptome der Hyperkinetischen Störung sind Aufmerksamkeitsprobleme sowie desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2000). Zusätzlich gibt es eine überproportionale Häufung von verringerter Ausdauer bei Aufgabenstellungen, Mangel an Vorsicht, kognitiver Beeinträchtigungen sowie spezifischer Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung.

Psychologisches Klettern ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS aus mehreren Gründen sinnvoll. Einerseits hat Klettern ein hohes Aufforderungspotential, was bedeutet dass Personen mit ADHS in der Regel selbst die Initiative ergreifen und eine hohe Eigenmotivation haben. Prünke (2007) sieht die Besonderheit des therapeutischen Kletterns in der ADHS-Therapie unter anderem auch darin, dass Unaufmerksamkeit unmittelbare Konsequenzen (z.B. Fallen in das Sicherheitsseil) hat, und somit das Klettern eine ideale Intervention darstellt, Konzentration und Aufmerksamkeit zu fördern. Sie geht sogar soweit, anzunehmen, dass auch der extreme Bewegungsdrang und die Impulsivität durch Klettern reduziert werden können (Prünke, 2007).

Im Rahmen des therapeutischen bzw. psychologischen Kletterns können somit folgende Aspekte trainiert werden:

- Handlungsplanung (Planung von Bewegungsabfolgen)
- Konzentration
- Aufmerksamkeit

- verringerte Ablenkbarkeit
- Detailbewusstsein erhöhen (Griffarten, Trittartarten, Schwerpunktverlagerung, etc.)
- (Problemlöse-)Strategien entwickeln (ein „Kletterproblem“ hat unzählige Lösungsmöglichkeiten)
- Regelbewusstsein erhöhen (z.B. Einhaltung von Kletterregeln)
- Energie kanalisieren (z.B. durch abklettern statt herunterspringen)

Weiters können Bewegungsaufgaben mit sprachlichen, mathematischen, graphischen oder schriftlichen Elementen kombiniert werden (oben an einer Kletterroute angekommen ist eine bestimmte kognitive Aufgabe zu erfüllen, etwa eine mathematische).

3.3.1.5. Somatoforme Störungen

Bei somatoformen Störungen sind das subjektive Krankheitsverständnis der PatientIn sowie die Einigung von TherapeutIn und PatientIn auf ein plausibles individuelles Störungsmodell wichtig (Hiller & Rief, 2006). Die Hauptaufgabe der Therapie besteht in der Evaluation dieses Modells.

Psychologisches Klettern als Interventionsform bei somatoformen Störungen kann beispielsweise der Demonstration psychophysiologischer Zusammenhänge dienen. Es kann verdeutlicht werden, dass es durch das Abziehen von Aufmerksamkeit meist zu einer subjektiven Linderung bis hin zum „Vergessen“ der eigenen Beschwerden kommt (Hiller & Rief, 2006). Ein weiterer Effekt kann der Aufbau eines positiven Körperempfindens durch Klettern sein. Körperliche Aktivierung durch sanftes Klettern (Achtung vor Überforderung!) kann impliziten Überzeugungen wie „mein Körper ist nicht mehr belastbar“, entgegengesetzt werden.

3.3.1.6. Affektive Störungen/Depression

Im Zuge einer depressiven Erkrankung sind sehr oft angenehme Aktivitäten in den Hintergrund getreten oder völlig verschwunden, Inaktivität ist in den Vordergrund gerückt (vgl. Butschek 2006). Psychologisches Klettern kann eine Möglichkeit zur Aktivierung darstellen.

Menschen mit Depression formulieren oft sehr vage oder unrealistische Ziele (vgl. Butschek, 2006). Im Rahmen eines therapeutischen Kletterprozesses kann geübt/gelernt werden, realistische Ziele zu formulieren (Routenwahl,...). Außerdem kann beim Klettern an einer Verbesserung der sozialen Kompetenz und Kommunikation gearbeitet werden. Denn als KletterIn ist es nötig, mit der Sicherungsperson klar zu kommunizieren (wie weit man klettern möchte, wann man wieder herunter will, wie straff oder locker das Seil sein soll, etc.). Die Entscheidung für eine Route muss getroffen werden, weiters stellt die Durchsetzung, welche Route man klettert sowie die Absprache mit der SicherungspartnerIn bezüglich der Abwechslung von Klettern und Sichern ein

wichtiges Element dar.

Nach gemeisterter Herausforderung (z.B. Bewältigen einer Kletterroute) stellt sich häufig eine Steigerung des Selbstwertes ein, zusätzlich fördert Sport die Ausschüttung von Endorphinen. Zudem stellt das Sichern beim Klettern ein Erfolgserlebnis dar, denn wenn man als Sicherungsperson ausgewählt wird, bedeutet dies, dass die KletterIn ein nicht zu unterschätzendes Maß an Vertrauen mitbringen muss.

3.3.1.7. Kognitive Einschränkungen/Demenz

Wie bereits unter Punkt 3.1. angesprochen, ergibt sich in der neurologischen Rehabilitation durch therapeutisches Klettern ein enorm hohes Potential. Einerseits ist die körperliche Aktivierung ein positiver Effekt, ebenso sind kognitive Aufgaben beim Klettern zu bewältigen (Merkfähigkeitstraining, Handlungsplanung, Problemlösefertigkeit, Orientierungstraining, etc.). Zudem ist die Förderung sozialer Kompetenzen durch Klettern (wie oben beschrieben) auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ein sehr positiver Effekt.

4. Voraussetzungen und Wirkungen bei der vorliegenden Zielgruppe

4.1. Beschreibung der KlientInnen

Im Schuljahr 2009/2010 hat die Verfasserin des vorliegenden Artikels bei insgesamt acht Personen Klettern als klinisch- und gesundheitspsychologisches Mittel angewandt. Sechs Personen nahmen an einem wöchentlich stattfindenden Gruppensetting teil, zwei KlientInnen kletterten im Einzelsetting. Das intellektuelle Niveau der TeilnehmerInnen reichte von einer leichten Lernschwäche bis zu mittelgradiger Intelligenzminderung. Manche der TeilnehmerInnen wiesen zusätzlich ein psychisches Störungsbild auf (Somatisierungsstörung, ADHS oder Essstörung). Die erhöhte Ablenkbarkeit war Hauptgrund der Entscheidung für das Einzelsetting der beiden TeilnehmerInnen.

4.2. Beschreibung der Vorgehensweise bei den einzelnen Personen im Verlauf eines Jahres (Herbst 2009 bis Sommer 2010)

4.2.1. Person 1

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 25 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung, leichte Störung des Körpergleichgewichtes und Körpergefühls, geringe Frustrationstoleranz, geringes Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten mit klarer Kommunikation, schlechte Selbsteinschätzung ihrer Fähigkeiten (Überschätzung), leichte Ablenkbarkeit.

Psychologisches Klettern: Im Rahmen eines mo-

natlichen Einzelsettings wurden in spielerischer Form Vertrauen und eine realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten bearbeitet. In einem ersten Schritt war es wichtig, den Faktor „Höhe“ beim Bouldern auszuschalten, da die Trittsicherheit der Klientin nur in mittelgradigem Ausmaß gegeben war, und sich die Person nicht zutraute, von der Boulderwand zu springen. Die Körperkoordination zum Herunterspringen war ebenfalls nur in geringem Maße gegeben.

Veränderungen: Die Klientin schaffte es, ihre Körperspannung und -koordination sowie ihr Gleichgewicht zu verbessern. Somit wurde es ihr unter anderem möglich, von der zweiten Trittreihe auf die Boulderplatte zu springen. Sie erhöhte ihre Ausdauer und Hand- und Fußkraft beim Klettern. Ihre Frustrationstoleranz und ihr Selbstvertrauen konnten mittels spielerischer Interaktionen verbessert werden. Sie schaffte es, ihre Fähigkeiten beim Klettern realistischer einzuschätzen. An der Klarheit der Kommunikation wurde gearbeitet indem einerseits Sicherheitsregeln in der Kletterhalle zu beachten waren (sich abmelden, wenn man aufs WC muss, sich zum Ausrasten nicht auf die Boulderplatte, sondern an einen sicheren Ort daneben setzen, etc.), andererseits ist beim Seilklettern eine klare Kommunikation wichtig („Zug“ oder „Zu“ wenn das Seil straff gezogen werden soll, „Ab“, wenn man wieder herunter möchte, etc.). Weiters wurde durch das Einzelsetting das Ausmaß der Ablenkung durch andere Personen minimiert und somit fokussierte sie sich mehr auf ihre eigene Kletterleistung und die Verbesserung ihres Könnens. Gegen Ende des Jahres wurde es möglich, dass die Person manchmal an einem Gruppensetting teilnahm. Ihre Aufgabe war es dabei, sich über kurze Zeiträume hinweg auf ihr eigenes Klettern zu konzentrieren, auch wenn andere Personen dabei sind. Dies klappte für kurze Zeiträume sehr gut.

4.2.2. Person 2

Ausgangsbedingungen: Männlich, 23 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung, großes Interesse an Neuem, starker Bewegungsdrang, leichtes ADHS, geringe Frustrationstoleranz, teilweise fremd- und autoaggressiv (v.a. bei Überforderung).

Psychologisches Klettern: Im Rahmen des psychologischen Kletterns wurde vorwiegend Seilklettern durchgeführt (einerseits aus dem Sicherheitsaspekt – um unkontrolliertem Abspringen aus beispielsweise 2m Höhe vorzubeugen, andererseits, da der Person Seilklettern deutlich mehr Spaß machte). Es wurden vorwiegend Kletterrouten gewählt, die für die Person leicht schaffbar waren. Schrittweise wurde der Schwierigkeitsgrad leicht gesteigert (zum Erhöhen der Frustrationstoleranz), jedoch unter Beachtung des großen Sicherheitsbedürfnisses der Person.

Veränderungen: Im Herbst 2009 war lediglich eine Klettereinheit von ca. 20 Minuten möglich, im Frühling 2010 bereits 45 Minuten konzentriertes Klettern (mit kurzen Pausen). Die Konzentrationsfähigkeit und Aus-

dauer konnten somit deutlich verbessert werden. Weiters wurde es der Person möglich, die überschießende Energie im Klettern zu kanalisieren, der Mann konnte seinen Bewegungsdrang gezielt ausleben und sein Selbstwertgefühl wurde gesteigert, da er immer sehr stolz auf sich war, wenn er eine Route geschafft hatte.

4.2.3. Person 3

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 33 Jahre, leichte Intelligenzminderung, Schwäche im räumlichen Denken, Kurzzeitgedächtnis und raschem Erfassen relevanter Details. Großes Interesse an Neuem, Schwierigkeiten in der Kommunikation (Unruhe und leichte Ablenkbarkeit beim Zuhören, verbales Bearbeiten von Problemen und Sorgen fällt schwer), teilweise autoaggressives Verhalten als dysfunktionale Bewältigung belastender Situationen, deutliche Affektschwankungen, Angst vor dem Herabspringen/Fallen/Loslassen.

Psychologisches Klettern: Als psychologische Kletterinterventionen wurden zum Angstabbau und zur Selbstwertsteigerung Bouldern und Seilklettern angewandt, weiters erlernte die Person Klettertechniken wie Umsteigen/Umgreifen und die Verwendung verschiedener Griff- und Trittarten.

Veränderungen: Die Person begab sich beim Bouldern immer wieder in Situationen, die sie ängstigten. Sie tat dies aus eigenem Antrieb und wissentlich, dass sie vielleicht wieder in eine ängstigende Situation kommen würde. Es gelang ihr dadurch, sich mit ihrer Angst in praktischer, körpernaher und nonverbaler Art und Weise auseinanderzusetzen, die Angst eine Zeit lang auszuhalten und die Situation positiv abzuschließen. Sie wurde mit der Zeit sicherer beim Klettern, verwendete schwierigere Griffe und schaffte es nach einiger Zeit von bis zu 0,5 m Höhe auf die Boulderplatte zu springen.

Weitere Veränderungen:

- Selbstwertsteigerung durch geschaffte Routen
- Selbstwertsteigerung durch Nachsichern anderer KlientInnen
- Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit wurden gesteigert
- Klare Kommunikation wurde verbessert (Kommandos beim Klettern, Kletterregeln, etc.)
- Problemlösungsfähigkeit und Handlungsplanung wurde trainiert (Planung, welche Griffe/Tritte als Nächstes folgen)
- Räumliches Denken wurde gefördert (sehen, fühlen und entscheiden, welche Griffe und Tritte verwendet werden)
- Erweiterung des Problemlösungs- und Verhaltensrepertoires
- Bearbeitung von Angstgefühlen

4.2.4. Person 4

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 26 Jahre, leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung, Somatisierungsstörung.

Psychologisches Klettern: Die Bewegung an sich wurde bei dieser Klientin als positiv erachtet. Das Ziel war, dass sie lernt, ihren Körper bewusster zu spüren (unter anderem über die Unterscheidung zwischen Spannung und Entspannung, Anstrengung und Loslassen). Diese Klientin kletterte einerseits an der Boulderwand, andererseits kletterte sie mit Seilsicherung, sie gewann schrittweise Sicherheit in ihrem Tun und Freude an Bewegung und leichter Anstrengung.

Veränderungen: Das Selbstwertgefühl der Klientin wurde gestärkt. Sie übte sich in ihrer Problemlösungskompetenz (welche Griffe und Tritte machen es möglich, eine Route zu schaffen), schulte ihre Körperwahrnehmung, und fand sich im Gruppengefüge zurecht (z.B. gemeinsames Aufwärmen). Weiters lernte sie beim Klettern, klar zu kommunizieren („Zug“ und „Ab“) und fand Gefallen an körperlicher Aktivität. Zudem wurde ihr bewusst, dass ihre Beschwerden während des Kletterns zu meist geringer waren als vor dem Klettern.

4.2.5. Person 5

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 25 Jahre, leichte Lernschwäche, Einschränkung der kurzfristigen Merkfähigkeit, sehr starke Leistungsorientierung, Schwierigkeiten im klaren Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse.

Psychologisches Klettern: Handlungsplanung, Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, das Formulieren realistischer Ziele (und schrittweises Arbeiten an der Zielerreichung) sowie das Entwickeln von Problemlösungsstrategien standen im Vordergrund des psychologischen Kletterns. Außerdem wurden klare Kommunikation sowie verschiedene Klettertechniken (Reibungssteigen, Struktur verwenden, Umsteigen/Umgreifen, dynamisches Klettern, Eindrehen, Tritttechnik, Greiftechnik) geübt.

Veränderungen: Ziel des psychologischen Kletterns bei dieser Klientin war, die Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie die Handlungsplanung zu trainieren. Es wurde deutlich, dass sich die Klientin mit der Zeit weniger leicht ablenken ließ und in langsamen Schritten ihre Konzentrationsfähigkeit erhöhte.

Ein weiteres großes Ziel war das Formulieren realistischer Ziele. Die Klientin schaffte es nach einiger Zeit, sich Routen auszusuchen, die sie schaffen konnte. Zudem lernte sie, eine Route in kleinere Teilstücke aufzuteilen und somit langsam am Gesamtprojekt zu arbeiten.

Die Klientin verbesserte sich hinsichtlich ihrer Klettertechnik im Verlaufe des Jahres deutlich, sie schöpfte viel Selbstvertrauen aus ihrem verbesserten Können. Weiters war es ihr sehr wichtig, die Technik des Sicherns zu erlernen. Die Sicherungsschritte wurden in mehreren Stunden eingehend geübt, und nach ca. vier bis fünf Ein-

heiten schaffte sie den Ablauf (Sichern und Ablassen) gut, wenn auch mit großer Konzentration und geringer Geschwindigkeit. Das Nachsichern durch eine geschulte Kraft ist zwar unabdingbar, ein Eingreifen jedoch nur selten nötig.

Ihr Selbstwertgefühl, Handlungsplanung sowie Konzentrations- und Merkfähigkeit wurden definitiv im Rahmen des psychologischen Kletterns gestärkt. An der Formulierung realistischer Ziele muss noch weiterhin gearbeitet werden, dies klappte jedoch ebenfalls besser als zu Beginn.

4.2.6. Person 6

Ausgangsbedingungen: Männlich, 21 Jahre, leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung, ADHS, geringe Frustrationstoleranz, schwaches Regelbewusstsein.

Psychologisches Klettern: Person 6 suchte sich vorwiegend Kletterrouten, die leicht zu schaffen waren. Es wirkte meist, als müsste sich dieser junge Mann nicht wirklich anstrengen – sobald eine schwierigere Stelle kam, ließ er sich wieder abseilen. Im Laufe der Zeit ließ er sich durch die anderen TeilnehmerInnen des psychologischen Kletterns motivieren, auch andere Routen zu versuchen (er wählte Routen, bei denen sich andere Personen zwar sichtbar angestrengt hatten, die sie aber geschafft hatten). Er zögerte weiterhin nicht, sich bei für ihn zu großer Anstrengung wieder abseilen zu lassen, doch im Verlaufe des Jahres bemerkte man eine deutliche Steigerung seiner Anstrengungsbereitschaft und Frustrationstoleranz. Er bearbeitete im Rahmen des Kletterns auch seine leichte Höhenangst.

Veränderungen: Der Klient schaffte es gut, sich während dem Klettern auf die Route zu konzentrieren, er hatte sichtlich Spaß daran. Jedoch waren die Pausen ebenfalls sehr wichtig für ihn. Zu Beginn musste er mehrmals an die Regeln in der Kletterhalle (z.B. kein unnötiges Lärmen,...) erinnert werden, mit der Zeit klappte die Einhaltung der Regeln jedoch gut. Weitere positive Effekte waren:

- Erhöhung von Anstrengungsbereitschaft und Frustrationstoleranz
- Bearbeitung von ängstigenden Situationen (leichte Höhenangst)
- Trainieren von Problemlösungsfertigkeit
- Stärkung von Konzentrationsfähigkeit

4.2.7. Person 7

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 18 Jahre, leichte Intelligenzminderung, extrem starke Leistungsorientierung, leichtes Aufmerksamkeitsdefizit, starker Wille, sehr genaue Vorstellung davon, was sie möchte – und auch was sie von anderen Personen möchte, Essstörung (Bulimie).

Psychologisches Klettern: Beim Klettern wurde sichtbar, dass Person 7 ein großes Sicherheitsbedürfnis

hat (straffe Sicherung, Sicherheit gebende Zurufe bei schwierigen Stellen). Weiters mag sie Wettkämpfe nicht gerne. Sie klettert in eher langsamem Tempo, sucht sich immer sehr herausfordernde, aber gerade noch schaffbare Routen aus. Sie ist sehr motiviert und gibt erst auf, wenn sie tatsächlich nicht mehr weiter kann. Sie ist sehr stolz auf ihre Leistung.

Veränderungen: In der ersten Klettereinheit verausgabte sie sich sehr, und musste immer wieder dazu gedrängt werden, Pausen zu machen. Langsam lernte sie aber, besser auf ihren Körper zu hören, Körpersignale besser wahrzunehmen und sich nicht mehr so stark zu verausgaben. Dadurch schaffte es die Klientin, sich realistischere Ziele zu setzen. Zudem wurden ihre Handlungsplanung, Klettertechnik und Problemlösefertigkeit geübt und verbessert. Das Erhöhen sozialer Kompetenzen war ebenfalls ein wichtiges Thema. Die Klientin schaffte es gegen Ende des Kletterjahres deutlich besser, sich in die Gruppe zu integrieren und auch Wünsche und Bedürfnisse der anderen TeilnehmerInnen besser zu respektieren.

4.2.8. Person 8

Ausgangsbedingungen: Weiblich, 24 Jahre, leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung, geringe Leistungsorientierung, geringe Frustrationstoleranz, Schwierigkeiten mit klarer Kommunikation (eigene Wünsche und Bedürfnisse).

Psychologisches Klettern: Die Klientin ist nur in geringem Ausmaß sozial motivierbar. Sie klettert am Liebsten für sich alleine (mag keine Wettkämpfe oder Gruppenarbeiten). Sie fühlt sich vor allem dem Nachsichern zugehörig – dies macht ihr großen Spaß. Das Klettern selbst ist ihr weniger wichtig.

Veränderungen: Die Klientin erhielt durch das Nachsichern einen gewissen Status in der Gruppe, auf den sie stolz war. Weiters schaffte sie es beim Klettern, ihre Problemlösungsstrategien zu erweitern. Ein weiterer wichtiger Punkt war die klare Kommunikation – diese fiel ihr zu Beginn sehr schwer, verbesserte sich aber zunehmend.

4.3. Zusammenfassung der wichtigsten Veränderungen bei der beobachteten Personengruppe

4.3.1. Kognitiver Bereich

- Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausdauer wurden gestärkt
- Verringerte Ablenkbarkeit
- Zielsetzung – realistischere Ziele wurden formuliert (schrittweises Arbeiten bis zum Erreichen dieser wurde ermöglicht)
- Handlungsplanung verbessert und Problemlösungsstrategien wurden entwickelt

4.3.2. Sozialer Bereich

- Freude, Verantwortung übernehmen zu dürfen (Nachsichern)
- Regelbewusstsein und Einhalten von Regeln wurden gestärkt
- Soziale Kompetenz wurde erhöht (Respektieren von Wünschen und Bedürfnissen anderer)
- Klarheit der Kommunikation wurde gestärkt

4.3.3. Emotionaler Bereich

- Selbstbewusstsein wurde verbessert
- Frustrationstoleranz erhöht
- Körpernahe, nonverbale Angstbewältigung ermöglicht
- Verbesserte Wahrnehmung von Körpersignalen (Erschöpfung, Anstrengung, Entspannung, etc.) und eigenen Bedürfnissen

4.3.4. Motorischer Bereich

- Gleichgewicht und Körpergefühl wurden verbessert
- Verbesserte Grob- und Feinmotorik

5. Weiterführende Gedanken

Die vorliegenden Beobachtungen und Ausführungen legen nahe, dass Klettern für viele Personengruppen und Personen mit bestimmten Störungsbildern ein Instrument psychologischer Behandlung darstellen kann. Wichtig zu bedenken ist jedoch, dass Klettern als psychologisches Instrument nicht für alle Personen geeignet ist, eine Kontraindikation stellt beispielsweise eine akute Psychose dar. Weiters sind akute manische Episoden oder starke depressive Episoden kein guter Grundstein, um psychologisches Klettern anzuwenden. Die freie Entscheidung der KlientIn für Klettern als Therapie versteht sich von selbst. Der hohe Aufforderungscharakter des Kletterns spricht jedoch für sich. Eine daraus resultierende hohe Eigenmotivation kann eine wertvolle Ressource für das Gelingen einer psychologischen Behandlung darstellen.

Literatur

- BADY, M., VESER, S. & WIESNER, M. (2007). Klettern als Therapie. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hogeschool Zuyd, Heerlen, Niederlande.
- BUTSCHEK, C. (2006). <F3> Affektive Störungen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. In W. Beiglböck, S. Feselmayer und E. Honemann (Hrsg.), Handbuch der Klinisch-psychologischen Behandlung (S. 175-196). Wien: Springer.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Huber.
- FRANKL, V. (2008). Bergerlebnis und Sinnerfahrung. Innsbruck: Tyrolia.
- FOLTINEK, J. (2006). <F50> Essstörungen. In W. Beiglböck, S. Feselmayer und E. Honemann (Hrsg.), Handbuch der Klinisch-psychologischen Behandlung (S. 355-389). Wien: Springer.
- HILLER, W. & RIEF, W. (2006). <F45> Somatoforme Störungen. In W. Beiglböck, S. Feselmayer und E. Honemann (Hrsg.), Handbuch der Klinisch-psychologischen Behandlung (S. 429-441). Wien: Springer.
- KORDAS, K., LÜCKING, C. & BOECKER, H. (2004). Die pädagogische Relevanz des Kletterns. In H. Boecker (Hrsg.), Klettern und Bergwandern: Didaktisch-methodische Grundlegung für das Sportklettern und Bergwandern mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (S. 73-89). Aachen: Meyer & Meyer.
- LAZIK, D. (2008). Therapeutisches Klettern. Stuttgart: Thieme.
- PRÜNTE, K. (2007). Klettern – ein erfolgreicher Therapieansatz bei ADS/ADHS. e&l – erleben und lernen, 14 (6), S. 30. [Online im Internet]. URL: http://www.bronxrock.de/homepage/presse/2007/klettern_ein_erfolgreicher_therapieansatz_bei_ads_adhs [19.09.2010].
- INTERNET LINKS: Seite „Sportklettern“. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. [Online im Internet]. URL: <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Sportklettern&oldid=79116637> [19.09.2010].

Autorin

Mag.^a Susanne Wallner

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Telefon: +43/699/10735069
susanne.wallner1@chello.at
www.psychologie-wallner.com

