

Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger

Stephan Niggehoff

Klettern als Erlebnispädagogisches Medium wurde 1998 in das therapeutische Konzept der Entwöhnungstherapie Drogenabhängiger der Psychosomatischen Klinik als fester Bestandteil eingebunden. Die Psychosomatische Klinik ist eine psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeits-erkrankungen. Sie umfasst die Bereiche Ambulanz, qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger, Alkoholentwöhnung (voll- und teilstationär), Drogenentwöhnung inklusive adaptiver Phase und aufsuchendes betreutes Wohnen. Die Entwöhnungstherapie Drogenabhängiger beinhaltet eine stationäre Behandlung von bis zu 38 Wochen je nach Therapieverlauf inklusive der entsprechenden adaptiven Phase. Auch psychiatrisch comorbide Patienten/innen können hier behandelt werden. Die Behandlung umfasst:

- Gruppen- und Einzelpsychotherapie
- Sporttherapie
- Kunsttherapie
- Werk- und Arbeitstherapie



- allgemeinmedizinische und psychiatrische Behandlung
- Unterstützung bei allen sozialen und rechtlichen Belangen
- spezielle Gruppen und Informationsveranstaltungen sowie
- Unterstützung bei Freizeitgestaltung

In dieses Behandlungskonzept eingebettet, entstand aus zwei Projekten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sporthochschule Köln die Sondertherapeutische Maßnahme „Erlebnispädagogisches Kletter-Camp“.

Einmal jährlich fahren 12 Patienten/innen für vier Tage zum Klettern und Zelten in den Hunsrück. Um die Hintergründe und therapeutischen Ziele näher zu beleuchten, werden im folgenden die Geschichte und Ziele der Erlebnispädagogik erläutert.

Geschichte der Erlebnispädagogik und deren Kernpunkte

Bereits ROUSSEAU (1712-1778) prägte die Idee des Erlebens als erzieherische Förderung. Handeln, erfahren und erleben standen im Vordergrund.

Von THOREAU (1817-1862) wurde die bewusste Erforschung der Natur als erzieherisch wertvoll in den Mittelpunkt gerückt.

Versuch und Irrtum, Unmittelbarkeit, Augenblick und eigene Erfahrungen galten als wichtiges Mittel für den pädagogischen Ansatz.

Im Rahmen der Reformpädagogik 1890-1933 begründete KURT HAHN ausgehend von einer Kritik am bestehenden Gesellschafts- und Schulsystem ein neues pädagogisches Konzept.



Hauptkritikpunkte waren:

- Mangel an menschlicher Anteilnahme, Nächstenliebe und Verantwortung
- Verfall der Sorgsamkeit
- Mangel an Initiativkraft und Spontaneität
- Verfall der körperlichen Tüchtigkeit

HAHN's Ziel war die Erziehung zu einem politisch mündigen Bürger, dessen Grundlage eine Persönlichkeits-erziehung durch Charakterbildung umfasst.

Vorwiegend wurden Inhalte wie Sozialverhalten, Tugendhaftigkeit und Naturerleben verfolgt.

Kernpunkte des Konzeptes nach HAHN waren:

- **Körperliches Training:** Erlebnis der Selbstüberwindung und Selbstentdeckung
- **Rettungsdienst:** Der Mensch ist auf andere Menschen angewiesen

- **Projekt:** Selbstverantwortung und Sorgsamkeit
- **Expedition:** Unter naturnahen Bedingungen Förderung von Einzel- und Gruppendynamik

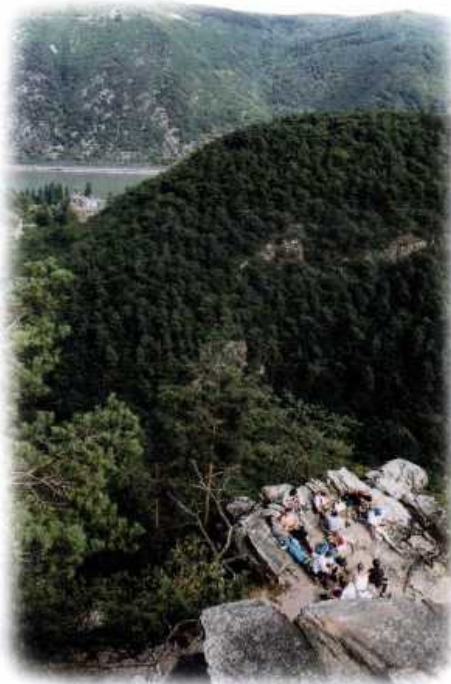
Die moderne Erlebnispädagogik

Die heutige Erlebnispädagogik möchte „zahlreiche Entwicklungschancen im Bereich des sozialen Lernens eröffnen. Gruppenprozesse gehören als konstituierender Bestandteil zur Erlebnispädagogik“ (HECKMAIR & MICHL, 1993, 97). Dank der zwischenmenschlichen Begegnung und der vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten werden neue Sichtweisen der Selbst- und Fremdwahrnehmung eröffnet, so dass feste Einstellungen und Urteile ins Wanken kommen können (siehe auch HECKMAIR & MICHL, 1993).

Zukünftiges Entscheiden, Handeln und Verhalten kann davon geprägt und beeinflusst werden (RIEDER, 1991, 162). Es bieten sich Chancen, sich selbst als kompetent zu erfahren und wiederholt Risikoerlebnisse zu bewältigen. Im Zuge dieser Erfahrung wird die Hoffnung als weiterer Erfolg und dadurch die Entwicklung eines positiven Selbstgefühls gefördert (siehe HECKER, 1991). Die Vielzahl der sinnlichen Erfahrungen und die offenen Handlungssituationen, die ständig neue Entscheidungen und somit Verantwortungsübernahme verlangen, sind weitere Lernfelder, die sich innerhalb erlebnispädagogischer Projekte nutzen lassen.

Hinsichtlich der Patienten und ihrer Störungen formulieren DIETRICH & KLEIN (1992) folgende Zielsetzung für eine erlebnispädagogische Intervention:

- Förderung des Selbstbewusstseins
- Steigerung der Kommunikations- und Erlebnisfähigkeit
- Belastungs- und Konfliktsituationen aushalten und bewältigen lernen
- Förderung eines Lebensstils, der eine natürliche und soziale Umwelt respektiert
- Bewusstmachung von Alternativen



Wie werden diese Ziele in der Praxis umgesetzt?

Als erstes wird ein möglichst offener Handlungsrahmen für die Patienten geschaffen. Das heißt, bereits in der Vorbereitung des Projektes werden die TeilnehmerInnen eigenverantwortlich in die Planung mit eingebunden. Die Organisation wird in verschiedene Aufgabenbereiche unterteilt und in die Verantwortung der TeilnehmerInnen übergeben (z.B. Einkauf von Lebensmitteln). Im Zeltlager selbst wird vom Aufbau der Zelte über Gestaltung des Tagesprogramms und der Essenszubereitung die Gruppe in die Eigenverantwortung genommen. Es wird möglichst wenig von den Sporttherapeuten vorgegeben. Die Gruppe sollte sich grundsätzlich selbst organisieren und die Aufgaben des alltäglichen Miteinander bewerkstelligen. Das therapeutische Ziel besteht darin, das Gruppenerleben in den Vordergrund zu stellen und das Erlebnis der Kompetenz zu entwickeln. Diese vordergründig einfachen Dinge erweisen sich in der Praxis als teilweise schwierig und bedürfen der Unterstützung.

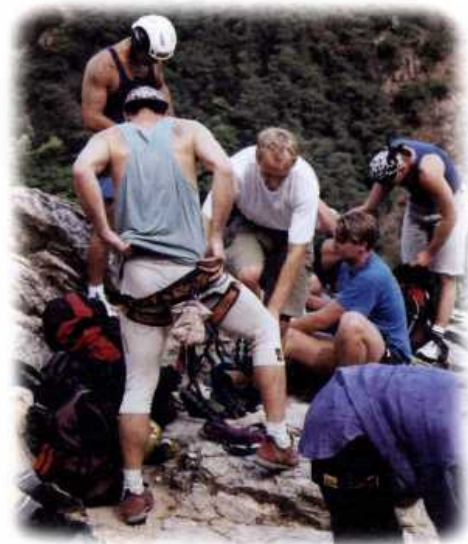
Die Form des Zeltlagers wird bewusst als Unterbringung gewählt um „einfache, naturnahe Dinge“ wie trockene, warme Schlafstelle, Lagerfeuer und Sternenhimmel in einer Welt des Konsums wieder wertzuschätzen.

Gleichwertig mit dem einfachen Leben im Lager steht das tägliche Klet-

tern in den Felsen des Morgenbachtals im Vordergrund des Erlebnisses. Klettern findet täglich jedoch nicht nach festen Zeiten statt. Der Zeitrhythmus obliegt jeder Gruppe selbst. Erfahrungsgemäß entscheiden sich die Gruppen dafür, ca. 5 bis 8 Stunden zu klettern. Die Gruppe wird in zwei Untergruppen geteilt: eine für die angstbesetzteren und die andere für leistungsstärkere Patienten. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Patienten individueller betreut werden können. Zusätzlich kann eine Gruppe von sechs Teilnehmern im Rahmen der Aufsichts- und Fürsorgepflicht besser beaufsichtigt werden. Geklettert wird ausschließlich Toprope, das heißt das Sicherungsseil läuft oben über eine Umlenkung und der Kletternde wird von unten gesichert. Dieses Sicherungsverfahren bietet eine optimale Absicherung des Kletterers und verhindert Stürze. Hinzu kommt, dass der Kletterer zu jedem Zeitpunkt seiner Klettertour Pausen einlegen oder die Aktion abbrechen kann. Selbstverständlich muß eine Sicherheitsausrüstung von jedem Teilnehmer getragen und alle Sicherheitsvorschriften sowie der Naturschutz eingehalten werden.

Die Besonderheit des Kletterns als erlebnispädagogisches Medium

Klettern ist ein klassisches Handlungsfeld der Erlebnispädagogik. Aufgrund der hohen Attraktivität des





Klettern sind ein hoher Aufforderungscharakter und entsprechende Motivation gegeben.

Als dem Gehen verwandte Bewegungsform bietet es schon nach kurzer Zeit sichtbare Erfolge. In der Regel bestehen bereits Bewegungsmuster, auf die zurückgegriffen werden kann. Zudem können die Teilnehmenden innerhalb weniger Stunden in die wichtigsten Sicherungsmaßnahmen eingewiesen werden.

Klettern bewegt sich in dem Spannungsfeld von Sicherheit und Risiko. Ständiges Bemühen, Unsicherheit in Sicherheit umzuwandeln und sich wieder in Unsicherheit zu begeben, ermöglicht, den Sicherheitstrieb und die Risikolust zu befriedigen und wirkt der Körperlosigkeit und Langeweile entgegen (siehe auch KRONBICHLER & FUNKE-WIENEKE, 1993). Erfolgreiche Bewältigung schwieriger Situationen lösen Gefühle des Stolzes, der Erleichterung und der Zufriedenheit aus (BOOS, 1993).

Verborgenes Leistungspotential kann wieder- oder neuentdeckt werden. Das Gefühl „kompetent“ zu sein, trägt zu einer Hebung des Selbstgefühls bei und bietet gegebenenfalls für andere TeilnehmerInnen einen zusätzlichen Ansporn, dieselbe Kletterroute ebenfalls zu bewältigen oder an einer anderen Kletterstelle der/die Erste zu sein. Motivation, Aktivierung und Durchhaltevermögen werden so gleichermaßen angesprochen.

Folgende Kernpunkte kristallisieren sich beim Klettern heraus:

1. Die Grenzerfahrung (Angst)

Die Angst als Naturinstinkt eines jeden Menschen kann in hervorragendem Maße als therapeutisches Mittel genutzt werden. Jeder Mensch hat je nach Übungsgrad mehr oder weniger Höhenangst. Die subjektive Angst abzustürzen, welche objektiv nie vorhanden sein darf, führt jeden Teilnehmer zu sich selbst. Man könnte auch sagen, unter Angst zeigt sich das „wahre ich“. Ohne Worte fallen „Masken“ weg und der Einzelne ist gezwungen, sich mit selbst und seiner Angst und Persönlichkeitsstruktur auseinander zu setzen. Themen wie Tod werden für die psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie geöffnet. Hier zeigt sich, das immer eine Verknüpfung zum therapeutischen Alltag in der Klinik gewährleistet sein muß.

Wichtig ist auch, dass das Thema Angst und das, was es auslöst, bereits vor Ort verbalisiert wird, jedoch in einem Rahmen das keine psychotherapeutische Sitzung entsteht. Das Erlebnis des Kletterns in freier Natur sollte im Vordergrund bleiben.

2. Direktheit des Felsen

Fels ist ein sehr hartes Material, welches für den Kletterer nicht zu verändern ist. „Es ist nicht verhandelbar“. Der Fels steht einfach da und alles weitere hängt vom Einzelnen ab. Wenn ich eine Kletterroute bestreiten will, muß ich mich auf die Begebenheiten einlassen und mich dem Fels anpassen. Die Auseinandersetzung findet psychisch und physisch nur im Handelnden statt. Dies stellt eine hohe Anforderung an den abhängigen Patienten dar, da meist gerne seine Umwelt und nicht sich selber verändern möchte.

3. Konzentration auf den Augenblick

Eine weitere Herausforderung beim Klettern ist die Konzentration auf den Augenblick. Der momentane Bewegungsablauf ist für das Weiterkommen von entscheidender Bedeutung. Der Überblick für das Ganze muß zusätzlich beachtet werden. Diese



Unabdingbarkeit lässt sich gut auf den Verlauf einer Therapie übertragen: Lebe im Hier und Jetzt und verliere nicht das Ziel aus den Augen.

4. Wahrnehmung der Umgebung (Felsstruktur)

Bei der Wahrnehmung der Umgebung werden gleich mehrere Aufgaben an den Kletterer gestellt. Seh- und Tastsinn sind gleichermaßen gefordert. Griffe und Tritte können (müssen) je nach Routenverlauf erfühlt oder gesehen werden. Auch hier zeigt sich das Klettern wieder als gutes therapeutisches Mittel, da ohne die Wahrnehmung der Umgebung kein Weiterkommen möglich ist.

5. Entschlossenheit

Hier kommt die bereits erwähnte Angst zum Tragen. Auch in scheinbar schwierigen Situationen muss der Einzelne sich entschließen zu handeln und seine Angst teilweise überwinden, um sich im Fels weiter zu bewegen.

6. Eigene Grenzen kennen lernen und akzeptieren

Klettern bietet die Möglichkeit individuelle motorische und psychische Grenzen kennen zulernen. Aufgrund der verschiedenen Schwierigkeitsgra-

de von Kletterrouten ist es möglich jeden Menschen an seine Grenzen zu bringen. Die eigene Grenze wird hierbei sehr deutlich, da der Kletterer nicht weiterkommt und die Tour nicht vollenden kann. Von therapeutischer Bedeutung ist hier die Aufgabe, den limitierenden Faktor zu finden und die Frage nach dem Warum zu beantworten sonst kann die Kletterroute nicht vollendet werden. Geben psychische oder physische Faktoren der Ausschlag?

7. Vertrauensbildung und Kommunikation – Unmittelbares Angewiesensein auf den Anderen (Gesichert werden)/Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme (Sichern)

Einerseits bietet das Klettern die Möglichkeit, individuelle motorische und psychische Grenzen kennenzulernen, andererseits ist ein Höchstmaß an sozialen Fähigkeiten wie Kooperation, Übernahme von Verantwortung und Vertrauensbildung notwendig. Vertrauen bezieht sich dabei auf die eigenen Fähigkeiten, gleichsam bedeutend ist der Bezug zum Partner/zur Partnerin und zum Material (siehe auch BAUMGARTNER, 1997).



Sichern und gesichert werden verdeutlicht unmittelbar Angewiesensein auf andere. Gerade bei Drogenabhängigen stellt die nötige Vertrauensbildung und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme oft ein Defizit dar. Zweifel in die/den Sichernenden können erst durch Interaktion und funktionierende Kommunikation beseitigt, Absprachen müssen getroffen und eingehalten werden.

Klettern könnte nach den hier dargestellten Punkten als mühevoller, fast qualvoller Aufgabe verstanden werden. Tatsache bleibt, dass auch das Klettern eine Sportart ist, die viele Hindernisse und Ängste in sich birgt. Das Erreichen des (Berg)Gipfels entschädigt für alle Anstrengungen und löst in allen beteiligten Menschen eine große Befriedigung aus. Patienten beschreiben dies oft als „Kick“, den sie sonst nur unter Drogeneinfluss erleben. Das Gruppen-, Natur- und Klettererlebnis kann zu einer Befriedigung verschmelzen und als ein kleiner Baustein für eine Alternative zum Leben unter Drogen verstanden werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen

Im wissenschaftlichem Bereich wurden 1996 und 1998 zwei Diplomarbeiten in der Sportwissenschaft erstellt anhand deren die therapeutische Bedeutung des Kletterns deutlich wird.

- „Kajak als erlebnispädagogische Maßnahme in der stationären Langzeitbehandlung Drogenabhängiger“, KLAUS KÄMMERLING, 1996 Deutsche Sporthochschule Köln
- „Auswirkungen der erlebnispädagogischen Maßnahme Klettern auf Drogenabhängige in der stationären Langzeittherapie“, LOTHAR BRUS, 1998 Deutsche Sporthochschule Köln

In beiden Arbeiten wurden die Gruppenstruktur, Beziehung/Stellung der Mitglieder zu/untereinander und gruppendynamische Prozesse mittels Soziometrie untersucht.

Weiterhin wurde eine Verhaltensbeobachtung zu den Kategorien:



Motivation, Auffassungsfähigkeit, Selbsteinschätzung, Soziale Fertigkeiten, Emotionales Verhalten und Motorische Fähigkeiten angefertigt.

Beide Untersuchungen wurden vor, in und nach den Erlebnispädagogischen Projekten durchgeführt. Aufgrund der untersuchten Gruppengröße (jeweils acht) handelt es sich bei den Untersuchungen lediglich um Trendaussagen. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren jedoch verfestigt.

Aus der Arbeit von LOTHAR BRUS werden folgende die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

Verhaltensbeobachtung

Wie in Tab. 1 dargestellt konnten im Vergleich von Eingangs- und Abschlussuntersuchung in allen Kategorien positive Veränderungen festgestellt werden. Besonders Motivation und Emotionales Verhalten stiegen um über 10% an. Dies scheint sich damit erklären zu lassen, dass Klettern zu schnellen Erfolgserlebnissen führt und einen hohen Anteil an Gefühlen wie Stolz und Grenzerfahrungen in sich birgt. Aus dem Gesamtergebnis kann man bei beiden Untersuchungen eine positive Entwicklung der Gruppenmitglieder ablesen.

Soziometrie

Bei der Soziometrischen Untersuchung von Gruppenstruktur, Beziehung/Stellung der Mitglieder zu/untereinander und gruppendynamischer Prozesse konnte wiederum bei beiden Arbeiten eine Harmonisierung der Gruppen festgestellt werden. Das heißt, dass sehr bedeutende Gruppenmitglieder insgesamt schwächer und unbedeutendere Gruppenmitglieder gewichtiger für die Gruppenstruktur wurden. Die Veränderung des Wahlverhaltens der gesamten Gruppe ist in Tab. 2 in Prozent ausgedrückt. So wurden nach der Untersuchung 7,86 % mehr positive Wahlen ausgesprochen, während die Abwahlen um 6,96 % zurückgingen. Auch hier ist zu vermuten, dass intensives gemeinsames erleben Gruppen enger zusammenrücken lässt.

Kategorie	Eingangs- untersuchung	Abschluß- untersuchung	Änderung %
Motivation/Einstellung (A)	4,05	4,45	10,26
Auffassungsfähigkeit (B)	4,1	4,35	6,33
Selbsteinschätzung ©	3,64	3,88	7,29
Soziale Fertigkeiten (D)	4,23	4,51	6,73
Emotionales Verhalten (E)	3,77	4,23	12,09
Motorische Fähigkeiten (F)	4,31	4,56	6,16

Tab. 1: Verhaltensbeobachtung nach Kategorien für Eingangs- und Abschlußuntersuchung in Mittelwerten und Änderung in % (n=8)

	Eingangs- untersuchung	Abschluß- untersuchung	Veränderung in %
Summe aller positiven Wahlen	140	151	7,86
Summe aller negativen Wahlen	115	107	-6,96

Tab. 2: Soziometrische Eingangs- und Abschlußuntersuchung für positiv und negativ Wahlen (n=8)

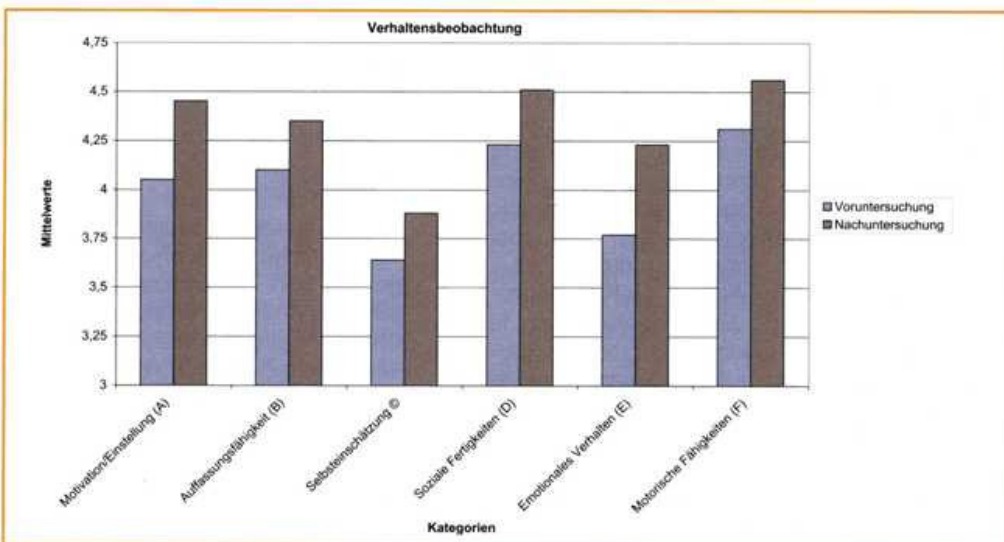


Abb. 1: Verhaltensbeobachtung nach Kategorien für Eingangs- und Abschlußuntersuchung (n=8)

Literatur

Boos, S. (1993): Die Erlebnispädagogische Seminarwoche. In: Jugendstiftung Baden-Württemberg, Erlebnispädagogik. Theorie und Praxis in Aktion, Münster: Ökoptopia

Brus, L. (1998): Auswirkungen der erlebnispädagogischen Maßnahme Klettern auf Drogenabhängige in der stationären Langzeittherapie, Deutsche Sporthochschule Köln

Dietrich, M. & Klein (1992): Sport mit Suchtkranken. In: H. J. Schulke, Gesundheit in Bewegung. (Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongreß des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes, 1990, S. 339-355, Aachen: Meyer und Meyer.

Hecker, G. (1991): Abenteuersport mit Mädchen in der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Köln

Heckmair, B. & Michl, W. (1993): Erleben und lernen: Einstieg in die Erlebnispädagogik. Berlin: Luchterhand.

Kämmerling, K. (1996): Kajak als erlebnispädagogische Maßnahme in der stationären Langzeitbehandlung Drogenabhängiger, Deutsche Sporthochschule Köln

Kronbichler, E. & Funke-Wienecke, J. (1993): Klettern in Bewegungspädagogischer Sicht. Sportpädagogik 17(4), 13-19

Kuhlmann, T. (1997): Konzept für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Drogen-

abhängiger. Unveröffentlichtes Manuskript, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Rieder, H. (1991): Chancen einer Erlebnispädagogik durch Sport. In: **Nickolai, W.** Erlebnispädagogik mit Randgruppen (S. 155-165). Freiburg: Lambertus

Anschrift des Verfassers:

Stephan Niggehoff
Psychosomatische Klinik
Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach