

# Therapeutisches Klettern

**Konzept zum therapeutischen Klettern in der Sport-und Bewegungstherapie**

**Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Standort Zwiefalten**

## **1. Einleitung**

## **2. Wirkfaktoren des Kletterns**

- 2.1. Wirkfaktoren auf der motorischen Ebene
- 2.2. Wirkfaktoren auf der kognitiven Ebene
- 2.3. Wirkfaktoren auf der emotionalen Ebene
- 2.4. Wirkfaktoren auf der psycho – sozialen Ebene

## **3. Therapeutisches Klettern als Teil der Sport-und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen**

- 3.1. allgemeine, übergreifende Ziele
- 3.2. spezifische Ziele
- 3.3. Sicherheit und Sicherungstechnik
- 3.4. Die verschiedenen Möglichkeiten und Spielarten an der Kletterwand
  - 3.4.1. Das „Bouldern“
  - 3.4.2. Das „Top–Rope“ Klettern
  - 3.4.3. Das Klettern im Vorstieg
  - 3.4.4. Kletterspiele, spielerisches Klettern
  - 3.4.5. Ablass –und Fallübungen
  - 3.4.6. Das Üben der Sicherungstechnik

## **4. Zielsetzungen und Schwerpunkte des therapeutischen Kletterns bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern**

- 4.1. Abteilung 1, Akutpsychiatrie
- 4.2. Sinova, Psychosomatik
- 4.3. Abteilung 2, Neuropsychiatrie
- 4.4. Abteilung 3, qualifizierte Entzugsbehandlung
- 4.5. Abteilung 4, Forensik
- 4.6. Abteilung 5, Gerontopsychiatrie
- 4.7. Tagesklinik
- 4.8. Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

## **5. Psychotherapeutische Aspekte des therapeutischen Kletterns**

## **6. Gefahren und Risiken**

## **7. Erfahrungen aus unserer Praxis**

## **1. Einleitung**

Klettern gehört, neben den motorischen Grunderfahrungen wie Krabbeln, Gehen, Laufen und Springen, zu den wichtigen Erfahrungen, die jedes Kind in seiner psychomotorischen Entwicklung macht bzw. machen sollte.

Viele Dimensionen menschlichen Erlebens und Verhaltens werden beim Klettern ganz unmittelbar angesprochen, geschult und gefördert. Klettern bietet durch die besondere Situation des Bewegens in der Vertikalen, einen neuen und sehr beeindruckenden Erfahrungs-Spielraum.

Für viele Menschen gehört das Klettern, z.B. auf Bäume, zu ihren positiv besetzten Kindheitserinnerungen.

Andererseits wird man beim Klettern auch mit Gefühlen wie Angst und Unsicherheit konfrontiert. Das Bewältigen und Überwinden dieser Ängste, das Erleben der eigenen Kraft, das Stehen und Halt finden auf kleinen Tritten und Griffen und das Schritt für Schritt höher Steigen und Erklimmen des „Gipfels“, führt zu Erfolgserlebnissen und fördert Selbstvertrauen, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit

Insofern liegt es nahe, Klettern auch im therapeutischen Rahmen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen zu nutzen.

Seit nun 13 Jahren setzen wir das therapeutische Klettern im Rahmen unserer Sport- und Bewegungstherapie ein. Dieses Konzept soll veranschaulichen, wie das therapeutische Klettern bei Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern eingesetzt werden kann. Unser Konzept wird regelmäßig ergänzt und weiterentwickelt.

## **2. Wirkfaktoren des Kletterns**

Klettern ist in unserer entwickelten und zivilisierten Gesellschaft, ähnlich wie das Spiel, ein zweckfreies, und deshalb oft vernachlässigtes, aber nichtsdestotrotz sinnhaftes Tun. Klettern spricht in unterschiedlicher Weise alle Ebenen menschlichen Verhaltens und Erlebens an, schult viele Bereiche der körperlichen Leistungsfähigkeit und bietet Erlebnismöglichkeiten der besonderen Art. Klettern wirkt also auf verschiedenen Ebenen, und wird immer ganz unmittelbar erlebt.

### **2.1 Wirkfaktoren auf der motorischen Ebene**

Das Klettern erweitert die Raumdimension um die Bewegung in der Vertikale. Es erfordert im motorischen Bereich den Einsatz des ganzen Körpers, aller vier Extremitäten, schult in besonderem Maße Koordination, Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer, sensomotorische Wahrnehmung und Beweglichkeit. Dabei ist dieser Trainingsaspekt nicht das vorrangige therapeutische Ziel, aber ein erwünschter Nebeneffekt.

### **2.2 Wirkfaktoren auf der kognitiven Ebene**

Klettern erfordert Konzentration, Achtsamkeit und Fokussierung, sowie strategische Planung von Handlungs- und Bewegungsabläufen und deren Ausführung. Es werden neue Bewegungsabläufe

gelernt. Dies alles ist verbunden mit direkter Rückmeldung über Erfolg und Misserfolg. Im therapeutischen Klettern wird Wissen über Klettertechnik, Sicherungstechnik und Klettermaterial vermittelt.

### **2.3 Wirkfaktoren auf der emotionalen Ebene**

Beim Klettern entstehen viele starke Eindrücke und Empfindungen, die ganz unmittelbar erlebt werden. Konfrontation mit der eigenen Angst und Unsicherheit, Mut, Sicherheitsbedürfnis und Risikofreudigkeit, Erleben von Erfolg und Misserfolg, von Freude, Vertrauen und Euphorie. Sinnvoll und patientenzentriert eingesetzt kann dies sehr gut therapeutisch genutzt werden und hat einen positiven Effekt auf Selbstwert, Selbstwirksamkeit, das Selbstbewusstsein und Achtsamkeit

### **2.4 Wirkfaktoren auf der psycho –sozialen Ebene**

Klettern fördert wie schon erwähnt, das Erleben von Selbstwirksamkeit Selbstwert und Achtsamkeit und hat damit einen stabilisierenden Einfluss auf die psychische Verfassung des Menschen.

Klettern ist immer mit Interaktion und Beziehungsgestaltung mit der Gruppe, dem Kletterpartner und dem Therapeuten verbunden. Der Kletternde muss Vertrauen zu dem Sichernden haben. Der Sichernde umgekehrt Verantwortung für den Kletterer übernehmen. Klare Absprachen müssen getroffen werden. Es werden gruppenspezifische und gruppenspezifische Erfahrungen gemacht.

## **3. Therapeutisches Klettern als Teil der Sport-und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen**

Klettern erweitert das sport – und bewegungstherapeutische Angebot um einen wichtigen Inhalt. Neben den sozusagen klassischen Inhalten der Sport –und Bewegungstherapie, wie Sport, Spiel, Bewegung, Tanz, Körperwahrnehmung und Entspannung, bietet das Klettern eine, wie sich aus den vorhergenannten Ebenen menschlichen Verhaltens und Erlebens zeigt, therapeutisch gut nutzbare Möglichkeiten für die Therapie psychisch erkrankter Menschen.

Unsere Kletterwand ist ca. 11m hoch, 7m breit, besitzt eine Kletterfläche von 70qm und bietet sechs gleichzeitig nutzbare Kletterrouten, die den Schwierigkeitsgrad von leicht bis schwer abdecken. Eine Slackline komplettiert das Angebot.

Aus den vorher aufgeführten kletterspezifischen Erlebnisqualitäten und Wirkfaktoren lassen sich verschiedene allgemeine und spezifische Ziele für das therapeutische Klettern ableiten.

### **3.1 allgemeine, übergreifende Ziele**

Im therapeutischen Klettern werden natürlich auch die allgemeinen und übergreifenden Ziele der Sport – und Bewegungstherapie verfolgt:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Herstellen und Festigen der Therapiemotivation
- Psycho – physische Zusammenhänge erleben
- Beziehungsfähigkeit fördern

- Vermittlung von positiven Gefühlen und Erfolgserlebnissen durch die Sport – und Bewegungstherapie
- Verbesserung der Erlebnis – und Genussfähigkeit
- Aufbau einer überdauernden intrinsischen Motivation sich zu bewegen
- Förderung und Stärkung von Selbstwert, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit und Resilienz

### **3.2. spezifische Ziele**

- Schulung und Verbesserung der Motorik und der Klettertechnik
- Erlernen der Sicherungstechnik
- Verantwortungsübernahme beim sichern
- Schulung und Verbesserung diverser kognitiver Prozesse( Planung, Strategie, Handlung, Rückmeldung, Wissenserwerb)
- Angstbewältigung,
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen
- Beziehungsgestaltung, Vertrauen erfahren, Verantwortung übernehmen, Mut erleben
- Klettern als teil sinnvoller Freizeitgestaltung nutzen
- Übertragung von Themen, Problemen und Defiziten auf kletterspezifische Situation
- Übertragung kletterspezifischer Erfahrungen auf andere Lebensbereiche
- Einübung alternativer Verhaltensmuster

Die Auswahl und Gewichtung der Ziele, das sich daraus ergebende methodische Vorgehen und die zu wählenden Inhalte hängen zum einen vom Krankheitsbild und von der individuellen Problemstellung ab, und sollten zum anderen, zusammen mit den Patient\*innen, unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Bedürfnisse entwickelt werden.

### **3.3 Sicherheit und Sicherungstechnik**

Sowohl beim Klettermaterial und der Kletterwand, wie beim Klettern selber streben wir den höchstmöglichen Sicherheitsstandard an. So ist die Kletterwand vom TÜV abgenommen, und wird einmal im Jahr überprüft und gewartet.

Das Klettermaterial wird vor und nach jedem Einsatz überprüft, die Seile werden regelmäßig ausgetauscht. Die Klettergurte werden nach spätestens 10 Jahren ersetzt.

Die Vorgehensweise bei Sicherung und Sicherungstechnik richtet sich nach den Ausbildungsrichtlinien des Deutschen Alpenvereins.

Wenn Patient\*innen sich gegenseitig sichern, wird grundsätzlich mit einer Hintersicherung gearbeitet.

Alle Sport – und Bewegungstherapeut\*innen die bei uns therapeutisches Klettern durchführen, sind vom Deutschen Alpenverein ausgebildet, und besitzen die DAV Kletterscheine „Topropeklettern“ und „Vorstiegsklettern“, sowie eine Kletterweiterbildung am Fels. Eine jährliche Weiterbildung mit einem Sicherheitsupdate sichert den hohen Ausbildungsstandard.

### **3.4 Die verschiedenen Möglichkeiten und Spielarten an der Kletterwand.**

Von den ersten kleinen Schritten an der ausklappbaren Schräge der Kletterwand, über das „Bouldern“ und Kletterspiele, zum „Toprope“klettern und manchmal auch bis zum „Vorstiegsklettern“, gibt es eine Fülle von Möglichkeiten, die vertikale Herausforderung zu gestalten und zu bewältigen.

#### **3.4.1 Das „Bouldern“**

Als Bouldern (vom englischen „Felsblock“ oder „Brocken“) wird das Klettern ohne Seilsicherung in Absprunghöhe bzw. Bodennähe bezeichnet. Die maximale Absprunghöhe hängt dabei zum einen von der Qualität der Matten, zum anderen vom Kletterer selber ab und ist bei uns auf maximal 3 Meter (Kopfhöhe) begrenzt.

Das Bouldern wird je nach Zielsetzung zum Aufwärmen, zur Klettertechnikschulung oder als eigenständige Spielform des Kletterns eingesetzt. Es eignet sich auch insbesondere zur Durchführung von Kletteraufgaben und -spielen. Bouldern erfordert keine Vorerfahrung seitens des Patient\*innen. Beim Bouldern gibt es auch eine Form des Sicherns, das sogenannte „Spotten“. Je nach Beschaffenheit des Bodens sollte es zum Einsatz kommen. Bei uns wird es grundsätzlich praktiziert, da hier auch der Beziehungsaspekt (Vertrauen und Verantwortung) einbezogen und gefördert wird. Beim „Spotten“ bewegt sich der Kletterpartner parallel zum Kletternden auf dem Boden, in einem Abstand von ca. einem Meter und sorgt dafür, dieser im Falle eines Sturzes auf den Füßen landet und nicht umfällt.

#### **3.4.2 Das „Toprope“ Klettern**

Bezeichnet das Klettern mit Seilsicherung. Dabei läuft das Kletterseil durch zwei Karabiner am oberen Ende der Kletterroute. Gesichert wird von unten. Beide, Kletternden und Sichernden haben einen Klettergurt an. Der Kletternde bindet sich mit dem Anseilknoten einem doppelten Achterknoten oder dem Bulint ein. Der Sichernde benutzt einen Halbautomaten zur Sicherung. Wird, z.B. bei bestimmten Fallübungen, der fixierte Achter als Sicherungsgerät verwendet, so ist eine Hintersicherung Pflicht. Vor jedem Einstieg in eine Route machen Kletternder und Sichernder einen Vier – Augen – Check, den sogenannten Partnercheck. Sie überprüfen gegenseitig ob der Gurt korrekt angelegt ist, das Seil richtig im Sicherungsgerät eingelegt ist, sowie den Anseilknoten und den Seilverlauf.

#### **3.4.3 Das Klettern im „Vorstieg“**

Im „Vorstieg“ wird der Kletternde auch von unten gesichert, das Seil kommt aber nicht von oben, sondern wird vom Kletternden mitgenommen und in die Zwischensicherungen (Expressen) entlang der Kletterroute eingehängt. Während der Kletternde für das Topropeklettern keine Vorkenntnisse und Erfahrungen benötigt, muss beim Klettern im Vorstieg die entsprechende Schulung und Erfahrung sowohl beim Kletternden wie auch beim Sichernden vorhanden sein, bzw. erlernt werden.

#### **3.4.4 Kletterspiele, spielerisches Klettern**

Bezeichnet Spiele und Aufgaben, die vor allem beim Bouldern eingesetzt werden können. Wie z.B.:

- Übungen zur Verbesserung der Wahrnehmung im optischen, taktilen, vestibulären und kinästhetischen Bereich

- Übungen zur Verbesserung der Klettertechnik
- Spielformen, wie Such – und Merkspiele, Transport – und Geschicklichkeitsspiele

Hierzu gibt es eine Fülle von Praxisliteratur.

### **3.4.5 Ablass- und Fallübungen**

Ablass – und Fallübungen sind ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Kletterns. Diese Übungen kommen bei uns von Anfang an zum Einsatz. Das Vertrauen in den Sicherenden und in das Klettermaterial soll gefördert werden, das aktive Fallen soll gelernt werden, die Angst vor einem Sturz soll genommen werden. Eine stufenweise, immer mit dem Kletternden abgesprochene Vorgehensweise, ist hier so wichtig, wie die Einschätzung der Therapeuten\*innen, zu wieviel Mut sie die Patient\*innen motivieren.

Die wichtigsten Ablass und Fallübungen, die bei uns zum Einsatz kommen, sind:

- Sich in den Gurt setzen, Hände loslassen
- Ruckartiges Ablassen
- Abstoßen und Schwingen
- Simulierter Fall
- Selbsteingeleiteter Fall
- Schnelles Ablassen

### **3.4.6 Das Üben der Sicherungstechnik**

Bei einem Teil unserer Patient\*innen ist das Erlernen der Sicherungstechnik eines der Ziele beim therapeutischen Klettern. Die Sicherungstechnik wird dann ausführlich erklärt, geübt und im Einsatz immer durch die Therapeut\*innen überwacht. Zusätzlich übernehmen die Therapeu\*innen oder andere Patient\*innen die Hintersicherung.

## **4. Zielsetzungen und Schwerpunkte des therapeutischen Kletterns bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern**

Je nach Krankheitsbild unterscheiden sich die Zielsetzungen und Schwerpunkte im therapeutischen Klettern. Wichtig ist es natürlich auch auf die individuellen Merkmale, die Krankheitssymptome, die aktuelle Befindlichkeit und die Vorerfahrungen sowie die körperlich –motorischen Voraussetzungen des Patient\*innen einzugehen, so dass es zu keiner Überforderungssituation oder Panikreaktion kommt.

Neben den spezifischen Zielen gelten für alle Krankheitsbilder natürlich auch die im vorigen Kapitel aufgeführten allgemeinen und übergreifenden Ziele.

### **4.1 Abteilung 1, Akutpsychiatrie**

Auf der Station 3012 (Akutstation) werden Menschen mit schizo-affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, schweren Essstörungen und akut suizidale Menschen behandelt.

Auf dieser Station findet einmal die Woche eine therapeutische Klettergruppe statt. Es wird dabei individuell entschieden für wen die Teilnahme sinnvoll ist. Ängste, wahnhafte Verarbeitung oder auch Selbstüberschätzung und mangelnde körperliche Fitness müssen hier in die Einschätzung der „Klettertauglichkeit“ mit einbezogen werden. Bei akut-psychotischen und akut-suizidalen Menschen, ist Klettern kontraindiziert.

Zielsetzung und Schwerpunkte:

- Sich trauen, Vertrauen und Mut erleben
- Gehalten werden
- Selbstwert erleben
- Beziehungsgestaltung
- Angstbewältigung
- Klettern als Teil sinnvoller Freizeitgestaltung nutzen
- Übertragung von Themen, Problemen und Defiziten auf kletterspezifische Situationen
- Übertragung kletterspezifischer Erfahrungen auf andere Lebensbereiche
- Einübung alternativer Verhaltensmuster

Methodik:

Klar strukturierte Vorgehensweise. Einweisung und Erklärung bezüglich Sicherung und Sicherungstechnik. Methodische Reihe über Bouldern, spielerische Formen, Ablass – und Fallübungen bis zum Topropeklettern. Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten. Im Regelfall keine Sicherung durch Patienten.

Organisation:

- Nach Absprache mit dem zuständigen Therapeuten bzw. dem Team
- Als Einzeltherapie oder in Kleingruppe (max. 4 Teilnehmer)

Auf der Station 3011 werden chronisch psychisch kranke Menschen behandelt. Hier gibt es keine feste therapeutische Klettergruppe, aber die Möglichkeit Klettern für geeignete Patient\*innen anzubieten.

Auf der Station 3010, der Soteria, wird kein therapeutisches Klettern angeboten, da diese Station nicht von der Sport –und Bewegungstherapie versorgt wird

#### **4.2 Sinova, Psychosomatik**

Die Station 3021 (Sinova) ist eine psychosomatische Station. Hier werden Menschen mit Depression, Angststörungen, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen und akuten Belastungsstörungen behandelt. Es findet regelmäßig, einmal in der Woche eine therapeutische Klettergruppe statt. Zusätzlich wird, neben anderen Inhalten, auch in den Bewegungstherapiestunden geklettert.

*Zielsetzung und Schwerpunkte :*

- Umgang mit (Höhen-)Angst, Angstbewältigung
- Sich trauen, Vertrauen, Mut erleben
- Verantwortung übernehmen
- Loslassen und Gehalten werden

- Grenzen erfahren und erweitern
- Selbstwert steigern
- Beziehungsgestaltung, Teamarbeit
- Klettern als Freizeitsport
- Übertragung von Themen aus anderen Lebensbereichen auf kletterspezifische Situationen
- Übertragung beim Klettern gewonnener Erfahrungen auf andere Lebensbereiche
- Üben neuer und alternativer Verhaltensmuster

*Methodik:*

Klar strukturierte Vorgehensweise. Einweisung und Erklärung bezüglich Sicherung und Sicherungstechnik. Methodische Reihe über das Bouldern, spielerische Kletterformen, Ablass – und Fallübungen bis zum Topropeklettern. Eingehen auf die Problematik und die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Vermeidung von Über aber auch Unterforderung .

*Organisation:*

- Max. 6 Teilnehmer
- Vom den behandelnden Therapeut\*innen fest eingeteilt
- Einmal pro Woche 1,5 Stunden

### **4.3 Abteilung 2, Neuropsychiatrie**

Auf diesen beiden Stationen werden Menschen mit Intelligenzminderung oder Lernbehinderung und zusätzlich einer psychischen Erkrankung behandelt.

Für die Patient\*innen, die absprachefähig sind, und die Voraussetzungen im kognitiven, motorischen und körperlichen Bereich erfüllen findet einmal in der Woche eine therapeutische Klettergruppe statt

**Zielsetzung und Schwerpunkte**

- Sich trauen, Vertrauen und Mut erleben, Beziehungsgestaltung
- Gehalten werden
- Selbstwert erleben
- Beziehungsgestaltung
- Förderung der Erlebnis – und Genussfähigkeit

**Methodik:**

Klar strukturierte Vorgehensweise, im Regelfall Sicherung nur durch die Bewegungstherapeut\*innen. Spielerische Herangehensweise unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen des Patientinnen und Patienten. Beim Bouldern ist es wichtig, die Patient\*innen gut einzuschätzen, um zu verhindern, dass Sie einfach über die maximal zulässige Boulderhöhe weiterklettern und sich dadurch in Gefahr bringen. Im Regelfall wird die Gruppe von zwei Therapeut\*innen betreut.

**Organisation:**

- Auswahl der Patient\*innen in Absprache mit dem Team und dem zuständigen Therapeuten
- Kleingruppe, die von zwei Therapeut\*innen betreut wird

- Einmal pro Woche 1,5 Stunden

#### **4.4 Abteilung 3, qualifizierte Entzugsbehandlung**

Im Suchtbereich (Alkoholentwöhnung) ist das Klettern ein fester Bestandteil der Sport – und Bewegungstherapie. Einschränkungen der Klettertauglichkeit kann es hier im körperlichen Bereich (orthopädische und/ oder internistische zusätzliche Erkrankungen und Einschränkungen) geben.

Zielsetzung und Schwerpunkte:

- Erfahrung eigener Möglichkeiten und Grenzen, Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Umgang mit Emotionen (Angst, Lust – Unlust, Frustration, Euphorie, etc.)
- Sich anvertrauen, Verantwortung übernehmen
- Selbstwert und Selbstwirksamkeit erfahren
- Klettern als sinnvolle Freizeitgestaltung
- Übertragung von Themen, Problemen und Defiziten auf kletterspezifische Situationen
- Übertragung von kletterspezifischen Erfahrungen auf andere Lebensbereiche
- Erkennen und Änderung dysfunktionaler Verhaltensmuster
- Gegebenenfalls Erlernen der Sicherungstechnik

Methodik:

Klar strukturierte Vorgehensweise. In methodischen Reihen können alle Möglichkeiten und Spielarten des Kletterns genutzt werden. Das Erlernen der Sicherungstechnik und das Sichern von Mitpatient\*innen kann bei persönlicher Eignung (Einschätzung der Sport – und Bewegungstherapeut\*innen) ein mögliches Ziel sein.

Organisation:

- Zusammenstellung der Gruppe in Absprache mit dem Team und den zuständigen Therapeut\*innen
- Gruppengröße vier bis sechs Patient\*innen
- Einmal pro Woche 1,5 Stunden

#### **4.5 Abteilung 4, Forensik**

Auf den Stationen 3040, 3041, 3043 und 3044 werden suchtkranke Rechtsbrecher behandelt. Auf der Station 3040 (Abhängigkeit von illegalen Drogen) auf der Station 3041(Alkoholabhängigkeit) und auf der Station 3044 (weiterführende Station) findet regelmäßig einmal in der Woche eine Klettergruppe statt. Auf der Aufnahmestation 3043 kann Klettern wegen der fehlenden Ausgangsstufe nicht angeboten werden.

Die Gruppen werden im Kurssystem mit 4 -6 Teilnehmern durchgeführt und umfassen 6 -8 Einheiten à 2 Stunden. So hat jeder Patient im Laufe seines Aufenthaltes die Möglichkeit, bzw. die Pflicht, an diesem Kurs teilzunehmen. Im Kurs wird aufbauend gearbeitet. Den Anfang macht das Bouldern und Boulderspiele. Über das Toprope – Klettern an unterschiedlich schwierigen Routen können die Patient\*innen dann die Techniken und Fertigkeiten des Kletterns trainieren und sich das Wissen und die Erfahrung über Sicherungstechniken aneignen um dann Mitpatient\*innen selber zu sichern oder auch im Vorstieg zu Klettern.

### Zielsetzung und Schwerpunkte

- Erlernen der Klettertechnik
- Erlernen der Sicherungstechniken
- Erfahrung eigener Möglichkeiten und Grenzen, realistische Selbsteinschätzung
- Umgang mit (Höhen-) Angst, Angstbewältigung
- Vertrauen gewinnen, Verantwortung übernehmen
- Selbstwert und Selbstwirksamkeit erfahren
- Klettern als sinnvolle Freizeitgestaltung nutzen
- Übertragung
- Alternative Verhaltensmuster üben
- Dysfunktionale Verhaltensmuster verändern

### Methodik:

Besprechung und Festlegung der Ziele und Inhalte des Kurses. Klar strukturierte Vorgehensweise. Aufeinander aufbauende Gestaltung der einzelnen Kursstunden( Bouldern, Erlernen der Sicherungstechnik, dann Top – Rope Klettern, Ablass – und Fallübungen, Steigerung der Schwierigkeit der Routen und eventuell Klettern im Vorstieg). Sobald die Patient\*innen in der Sicherungstechnik geschult sind, sichern sie sich im Regelfall gegenseitig.

### Organisation:

- Kurssystem 6 - 8 mal 2 Stunden pro Woche mit 4-6 Teilnehmern
- Teilnahmepflicht

### **4.6 Abteilung 5, Gerontopsychiatrie**

Hier wird im Allgemeinen aus naheliegenden Gründen kein therapeutisches Klettern durchgeführt. Ausnahmen sind im Bereich der Altersdepression (Station 3052) denkbar, vor allem wenn dort auch eher jüngere Patientinnen und Patienten aufgenommen werden.

### **4.7 Tagesklinik**

In der Tagesklinik werden Menschen mit allen psychiatrischen Krankheitsbildern behandelt. Hier findet einmal in der Woche a 1,5 Stunden eine Klettergruppe statt.

### Zielsetzung und Schwerpunkte:

- Umgang mit (Höhen) Angst, Angstbewältigung
- sich trauen, Vertrauen und Mut erleben
- Verantwortung übernehmen
- Loslassen und Gehalten werden
- Grenzen erfahren und erweitern
- Selbstwert steigern
- Beziehungsgestaltung, Gruppenerfahrung
- Klettern als Freizeitsport nutzen
- Übertragung von Themen aus anderen Lebensbereichen auf kletterspezifische Situationen
- Übertragung beim Klettern gewonnener Erfahrungen auf andere Lebensbereiche
- Üben neuer und alternativer Verhaltensweisen

Methodik:

Klar strukturierte Vorgehensweise. Methodische Reihe über das „Bouldern“ und spielerische Kletterformen, Ablass – und Fallübungen bis zum „Toprope“ Klettern, oder auch „Vorstiegsklettern“. Eingehen auf die Problematik und die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen. Vermeidung von Über – aber auch Unterforderung.

Organisation:

- Einteilung der Gruppe in Absprache mit dem Team und den zuständigen Therapeut\*innen
- Gruppengröße vier bis sechs Patient\*innen

#### **4.8 Stationsäquivalente Behandlung (StäB)**

In der stationsäquivalenten Behandlung ist das therapeutische Klettern nicht als fester sport – und bewegungstherapeutischer Inhalt vorgesehen, kann aber bei Interesse und Eignung der Patient\*innen und im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten durchgeführt werden.

### **5. Psychotherapeutische Aspekte des therapeutischen Kletterns**

Beim therapeutischen Klettern erleben die Patient\*innen oft Themen und Probleme, die sie auch aus anderen Lebensbereichen kennen, und die beim Klettern ganz direkt erfahrbar und bewusst werden.

Im Besonderen zeigen sich Ängste, wie z.B. Höhenangst, und die Angst zu versagen, es nicht zu schaffen. Probleme sich anzuvertrauen, Angst vor Kontrollverlust, ein hoher Leistungsanspruch, aber auch Selbstüberschätzung und mangelnde Achtsamkeit sind oft beobachtbare Phänomene.

Die konkrete Klettersituation kann genutzt werden, diese Phänomene bewusst zu machen und alternative Handlungsoptionen zu entwickeln.

Ängste können im Sinne einer systematischen Desensibilisierung bearbeitet werden, Vertrauen in sich selbst und den Partner kann Schritt für Schritt aufgebaut werden.

Durch das erfolgreiche Bewältigen einer Kletterroute wird Selbstwert, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit gestärkt. Eine realistische Selbsteinschätzung kann geübt werden, und ein überhöhter Leistungsanspruch kann relativiert und verändert werden.

Die Übertragung von Phänomenen, Problemen und Konflikten kann sowohl vom Klettern auf andere Lebensbereiche, wie auch umgekehrt erfolgen.

Die neuen Erfahrungen an der Kletterwand sind deshalb auch so wertvoll, weil sie mit starken Gefühlen verbunden sind. Gehaltenwerden, Angstüberwindung, Freude und Euphorie über den (oft absolut überraschenden) Erfolg.

Durch die genannten Aspekte, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, eröffnen sich Möglichkeiten und Synergieeffekte in der Zusammenarbeit der verschiedenen therapeutischen Disziplinen.

Themen die in der psychotherapeutischen Arbeit mit den Patient\*innen bearbeitet werden, können an der Kletterwand konkret geübt werden. Alternatives Verhalten kann eingeübt werden. Die Umsetzung auf der Handlungsebene und die dabei gemachten Erfahrungen können in der Psychotherapie aufgegriffen und weiter bearbeitet werden.

Hier steckt noch viel Entwicklungspotential für solche interdisziplinären Ansätze.

## **6. Umgang mit Gefahren und Risiken**

Klettern birgt verschiedene Gefahren und Risiken, die entweder durch Fehler beim Sichern, Fehler beim Klettern (mangelnde Technik, Überschätzung, Unkonzentriertheit etc.) oder durch fehlerhaftes Material entstehen können. Diesen Gefahren und Risiken wird durch die schon genannten Vorgehensweisen beim therapeutischen Klettern, durch die standardisierte und redundante Sicherungstechnik, durch die Auswahl, Überprüfung und den regelmäßigen Austausch des Materials und die umfassende Weiterbildung der Bewegungstherapeut\*innen Rechnung getragen.

## **7. Erfahrungen aus unserer Praxis**

Unsere Erfahrungen im therapeutischen Klettern mit psychisch kranken Menschen erstrecken sich auf nun 13 Jahre und sind durchgängig positiv. Das Klettern wird von einer großen Mehrheit der Patient\*innen sehr gut angenommen, und es lassen sich viele positive Effekte auf der motorischen, kognitiven, emotionalen und psycho-sozialen Ebene beobachten.

Auch Patient\*innen mit motorischen und körperlichen Einschränkungen und (höhen)ängstliche Patient\*innen konnten positive Erfahrungen an der Kletterwand machen. Das therapeutische Klettern eignet sich sehr gut zur Angstbewältigung und zum Üben und Festigen neuer Verhaltensmuster.

Therapeutisches Klettern ist inzwischen ein fester, nicht mehr wegzudenkender Bestandteil der Sport- und Bewegungstherapie in unserem Haus, der sinnvoll und patientenzentriert eingesetzt viele wertvolle therapeutische Effekte entfaltet. Die Verletzungsquote ist sehr gering. Es gab bei uns in den 13 Jahren null Stürze. Beim Bouldern hatten wir ein paar wenige leichtere Verletzungen des Knies oder Sprunggelenkes. Materialdefekte gab es keine.

Wünschenswert wäre es, das therapeutische Klettern enger mit psychotherapeutischen Ansätzen zu verbinden.

**Anton Schmid, Sport- und Bewegungstherapeut im ZfP Südwürttemberg, Standort Zwiefalten**