



Bachelorarbeit

Erfahrungsorientierte Therapie: Eine empirische Untersuchung zu Wirkfaktoren erfahrungsorientierter therapeutischer Ansätze

Evangelische Hochschule Berlin

Studiengang Soziale Arbeit

Erstgutachterin: Prof. Dr. Birgit Steffens

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Sidonie Engels

Vorgelegt von:

Tim Sayer

Matrikelnummer 7912

Eingereicht am: 10.02.2022

Erfahrungsorientierte Therapie. Eine empirische Untersuchung zu Wirkfaktoren erfahrungsorientierter therapeutischer Ansätze

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
2 Erlebnispädagogik	9
2.1 Begriffsbestimmungen	9
2.2 Aufgaben und Ziele	11
2.2.1 Vom Ereignis zur Erkenntnis: Die E-Kette	11
2.2.2 Aufgaben von Erlebnispädagog*innen	12
2.3 Wirkungsmodelle.....	13
2.3.1 The Mountains Speak for Themselves.....	14
2.3.2 Outward Bound Plus	15
2.3.3 Das metaphorische Grundmodell nach Bacon.....	16
2.3.4 Das Lernzonenmodell	17
2.4 Metaphorisches Lernen.....	19
2.4.1 Isomorphien	20
2.4.2 Analogien.....	21
2.4.3 Fantasien	22
2.4.4 Archetypen.....	23
2.4.5 Kritik	23
2.5 Erlebnispädagogik in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe	24
2.5.1 Hilfen zur Erziehung.....	25
2.5.2 (Teil-)Stationäre Settings	26
Exkurs I: Psychosoziale Entwicklung	27
<i>Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson</i>	<i>27</i>
<i>Das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst</i>	<i>29</i>
<i>Ausblick.....</i>	<i>30</i>

3	Erfahrungsorientierte Therapie	30
3.1	Begriffsbestimmungen.....	30
3.1.1	Begriffsvielfalt	30
3.1.2	Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie	31
3.2	Praktische Ansätze und Studien.....	32
3.2.1	Erfahrungsorientierte Therapie im Hochseilgarten der Klinik Wollmarshöhe	32
3.2.2	Therapeutisches Bogenschießen	34
3.2.3	Klettern in der Therapie	35
3.2.4	Erlebnistherapie in der Fontane-Klinik.....	36
3.2.5	Modellprojekt am Evangelischen Klinikum Bethel.....	37
3.2.6	Erfahrungsorientierte Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe.....	38
3.2.7	Weitere Studien.....	39
3.3	Wirkweise erfahrungsorientierter Therapie	41
	Exkurs II: Wirkfaktoren der Psychotherapie	42
3.4	Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie nach Lakemann	43
3.4.1	Wechsel des Kontextes	44
3.4.2	Gruppenaktivitäten.....	45
3.4.3	Transfer und Nachsorge.....	46
3.4.4	Integratives Therapiekonzept.....	47
3.4.5	Zielgruppen	47
3.4.6	Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung.....	49
3.4.7	Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen.....	51
3.4.8	Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting	52
3.4.9	Isomorphie	53
3.4.10	Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung	54
4	Methodik der Empirischen Untersuchung.....	55
4.1	Ziel der Untersuchung	55

4.2 Methodik der Datenerhebung	55
4.2.1 Grundlegendes Forschungsdesign	55
4.2.2 Das leitfadengestützte Expert*inneninterview	56
4.2.3 Expert*innen	57
4.2.4 Leitfaden	59
4.3 Methodik der Datenanalyse	61
4.3.1 Formale Charakteristika des Materials	61
4.3.2 Technik der Analyse	62
5 Ergebnisse der Untersuchung	64
5.1 Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie	65
5.2 Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie	68
5.2.1 Wechsel des Kontextes	69
5.2.2 Gruppenaktivitäten	70
5.2.3 Transfer und Nachsorge	71
5.2.4 Integratives Therapiekonzept	72
5.2.5 Zielgruppen	73
5.2.6 Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung	75
5.2.7 Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen	77
5.2.8 Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting	81
5.2.9 Isomorphie	83
5.2.10 Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung	84
5.2.11 Diskussion um Grenzerfahrungen als weiteren Wirkfaktor	84
6 Diskussion der Ergebnisse	90
6.1 Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie	90
6.2 Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie	91
6.2.1 Wechsel des Kontextes	91
6.2.2 Gruppenaktivitäten	91

6.2.3 Transfer und Nachsorge	92
6.2.4 Integratives Therapiekonzept	92
6.2.5 Zielgruppen	92
6.2.6 Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung	92
6.2.7 Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen.....	93
6.2.8 Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting	93
6.2.9 Isomorphie	93
6.2.10 Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung	94
6.2.11 Diskussion um Grenzerfahrungen als weiteren Wirkfaktor.....	94
6.3 Analyse des Forschungsprozesses	95
6.4 Stärken und Schwächen der Arbeit.....	96
7 Fazit	96
Literaturverzeichnis	99
Anhang	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die E-Kette nach Werner Michl.....	12
Abbildung 2: Das Lernzonenmodell nach Nadler und Luckner.....	19
Abbildung 3: Codesystem	64

1 Einleitung

„Das sind die herausragenden Augenblicke, die aus dem Alltag rausragen und die uns prägen, die wir so leicht nicht mehr vergessen und die daher auch nachhaltig sind. [...] Und Sie wissen, was man alles im Studium lernen muss, von Staub-Bernasconi bis Thiersch, das meiste von den Sachen vergisst man sowieso. Aber das, das vergisst man nicht.“

(Interview Werner Michl, Pos. 37)

Erlebnisse sind jene Augenblicke, die so besonders sind, dass sie das Potential haben, uns nachhaltig zu prägen. In dieser Arbeit wird zunächst die pädagogische, dann die therapeutische Arbeit mit Erlebnissen thematisiert, um die Relevanz bereits bekannter Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie zu bestimmen und mögliche weitere Wirkfaktoren zu erfassen.

Die pädagogische Arbeit mit Erlebnissen hat sich seit den 1990er Jahren im deutschsprachigen Raum etabliert (vgl. Michl/Seidel 2018: 18) und sich dabei *„in nahezu allen (sozial-)pädagogischen Praxisfeldern durchgesetzt“* (Michl 2020: 8). Eine Vielzahl von Trägern bietet erlebnispädagogische Aktivitäten an, bildet Erlebnispädagog*innen aus und ist oftmals über den 1987 gegründeten Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik vernetzt. Neben zahlreichen Publikationen zu erlebnispädagogischen Themen und der seit 1993 erscheinenden Zeitschrift *„e&l. erleben und lernen“* (vgl. Seidel/Michl 2018: 9) findet Erlebnispädagogik zunehmend in den Lehrplänen von Hochschulen und Universitäten ihren Platz (vgl. Heckmair/Michl 2018: 9). Bereits vorhandenes Wissen wurde etwa in der 2017 eröffneten *„Fachbibliothek Erlebnispädagogik“* und 2018 im ersten *„Handbuch Erlebnispädagogik“* zusammengetragen.

Im Gegensatz zur Erlebnispädagogik ist die Anzahl an deutschsprachigen Publikationen zur therapeutischen Arbeit mit Erlebnissen bisher überschaubar: Neben der Veröffentlichung einzelner Artikel sowie Haus- und Abschlussarbeiten, weisen erste Fachbücher darauf hin, *„dass sich die Erlebnistherapie zunehmend auf dem Therapiemarkt durchsetzt“* (Michl 2020: 92). Besonders hervorzuheben sind hierbei Rüdiger Gilsdorfs Dissertation *„Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie“* (2004), das von Kilian Mehl

herausgegebene Buch „Erfahrungsorientierte Therapie“ (2017) und Thomas Lukowskis Veröffentlichung zum „Klettern in der Therapie“ (2017) (vgl. ebd., Heckmair/Michl 2018: 51). Weitere Hinweise auf die wachsende Bedeutung der therapeutischen Ansätze sind die Ausgaben der Zeitschrift „e&l. erleben und lernen“ zum Schwerpunktthema „Erlebnistherapie“ (2010 und 2020) sowie der 2020 gegründete Fachbereich des Bundesverbands für Individual- und Erlebnispädagogik (vgl. Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V. 2020 und 2021). Gegensätzlich zu dem oftmals genutzten Begriff der Erlebnistherapie, wird in dieser Arbeit der von Kilian Mehl geprägte Begriff der erfahrungsorientierten Therapie (vgl. Lakemann 2017a: 73) genutzt. Eine Diskussion der Begrifflichkeiten findet in Kapitel 3.1.1 statt.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, herauszufinden, unter welchen Bedingungen erfahrungsorientierte Therapie zum gewünschten Erfolg führen kann. Im Sinne von Rüdiger Gilsdorfs Dissertation „Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie“ (2004) wird hierfür im zweiten Kapitel zunächst das Handlungsfeld der Erlebnispädagogik dargestellt, da erlebnispädagogische Methoden und Wirkungsmodelle oftmals auch in der erfahrungsorientierten Therapie Anwendung finden (vgl. Gilsdorf 2004: 20). Anschließend widmet sich das dritte Kapitel dieser Arbeit der erfahrungsorientierten Therapie: Nach der Klärung von Begrifflichkeiten und der Darstellung praktischer Ansätze und Studien, werden Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapien diskutiert. Zunächst werden beispielhaft die von Ulrich Lakemann benannten wichtigsten Wirkfaktoren beschrieben, um diese anschließend in den Kontext weiterer Darstellungen von Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapien zu setzen.

In einer qualitativen Untersuchung wurden die Wirkfaktoren in sechs leitfadengestützten Expert*inneninterviews diskutiert, um die Relevanz einzelner Wirkfaktoren festzustellen und mögliche Ergänzungen aufzugreifen. Nach der Beschreibung der Methodik der Forschung im vierten Kapitel, werden in den Kapiteln fünf und sechs die Ergebnisse der Forschung dargestellt und diskutiert. In einem abschließenden Fazit werden die relevantesten Erkenntnisse der Forschung aufgegriffen und Bezüge zum theoretischen Teil der Arbeit hergestellt.

2 Erlebnispädagogik

Da handlungs- und erfahrungsorientiertes Lernen, wie es der erfahrungsorientierten Therapie zugrunde liegt, in der Erlebnispädagogik am weitesten verbreitet und erforscht ist und zugleich die Geschichte von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie eng zusammenhängen (vgl. Gilsdorf 2004: 11 ff.) gibt das folgende Kapitel zunächst einen Überblick über das Handlungsfeld der Erlebnispädagogik.

2.1 Begriffsbestimmungen

Zunächst soll an dieser Stelle der Begriff der Erlebnispädagogik möglichst genau definiert werden, um den Gegenstand des folgenden Kapitels greifbar zu machen. Nachdem sich die Erlebnispädagogik seit den 1990er Jahren verbreitet, professionalisiert und weiterentwickelt hat, wurden eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen des Begriffs entwickelt (vgl. Michl/Seidel 2018: 18 f.). Diese werden in Publikationen zur Erlebnispädagogik diskutiert, wobei festgestellt werden kann, dass Erlebnispädagogik „*ein sehr heterogenes Gebilde*“ (Baig-Schneider 2012: 13) ist und eine einheitliche Definition nicht möglich scheint (vgl. Michl/Seidel 2018: 18 f.; Baig-Schneider 2012: 13 ff.; Paffrath 2017: 20; Heckmair/Michl 2018: 96 ff.; Eisinger 2016: 11 ff.).

Um eine grobe Differenzierung zwischen vorliegenden Definitionen vorzunehmen, können benannte Ziele und Zielgruppen von Erlebnispädagogik genauer betrachtet werden: So nennen etwa Heckmair/Michl, Paffrath und Eisinger die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung bzw. -entfaltung als Ziele der Erlebnispädagogik (vgl. Heckmair/Michl 2012: 115, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18; Paffrath 2013: 21, zit. nach Michl/Seidel 2018: 19; Eisinger 2016: 14 f., zit. nach Michl/Seidel 2018: 19), während Simek/Sirch sowie der Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik die „*Förderung von Selbst- und Sozialkompetenzen*“ (Simek/Sirch 2014: 33, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18; Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik 2017, zit. nach Michl/Seidel 2018: 19) benennen. Eine explizite Zielgruppe der Erlebnispädagogik wird in den meisten Definitionen nicht benannt, jedoch sprechen bspw. Heckmair und Michl von „*jungen Menschen*“ (vgl. Heckmair/Michl 2012: 115, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18). Auch Wahl

beschreibt Jugendliche als „*weitaus größte Zielgruppe*“ (Wahl 2018b: 287), was zugleich impliziert, dass auch andere Zielgruppen existieren. Weitere Autor*innen benennen auch explizit erwachsene Zielgruppen, wie etwa Leistungssportler*innen, Führungskräfte und Teams, Auszubildende, Senior*innen oder Studierende (vgl. Albert 2018: 308; Friebe 2018a: 301; Heimrath/Westhoff 2018: 292; Paffrath 2017: 14 f.; Scholz 2018b: 305). Relativ große Einigkeit herrscht hingegen bei der Beschreibung erlebnispädagogischer Methoden, die bspw. von Galuske, Heckmair/Michl, Schad, Simek/Sirch, Paffrath und Eisinger direkt oder indirekt als „*handlungsorientiert*“ beschrieben werden (Galuske 2011: 251; Heckmair/Michl 2012: 115, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18; Schad/Michl 2004: 23, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18; Simek/Sirch 2014: 33, zit. nach Michl/Seidel 2018: 18; Paffrath 2013: 21, zit. nach Michl/Seidel 2018: 19; Eisinger 2016: 14 f., zit. nach Michl/Seidel 2018: 19.).

Dass keine allgemeingültige Definition von Erlebnispädagogik existiert, wird damit begründet, dass der Begriff Erlebnispädagogik im deutschsprachigen Raum nicht einheitlich verwendet wird und oftmals Abenteuerpädagogik, Outdoortrainings sowie erlebnisorientierte Lernformen mitgemeint werden. Abenteuerpädagogik, Outdoortrainings und erlebnisorientierte Lernformen sind somit einerseits als Teilbereiche des Oberbegriffs Erlebnispädagogik zu betrachten. Andererseits werden insbesondere Abenteuerpädagogik, Erlebnispädagogik und Outdoortrainings zugleich als eigenständige Bereiche gesehen, wie bspw. die Studiengänge „Abenteuer- und Erlebnispädagogik“ der Universität Marburg, „Erlebnispädagogik/Outdoortraining“ der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften oder auch angebotene Ausbildungen zu „Outdoortrainer*innen“ zeigen (vgl. Paffrath 2017: 18 ff.; Michl 2019: 127).

Was genau mit den genannten Begriffen gemeint ist, bleibt somit unklar und ist sicherlich auch auf die Vielzahl an Angeboten zurückzuführen, die als erlebnispädagogisch bezeichnet werden und unterschiedlichste Schwerpunkte aufweisen; etwa als Freizeitaktivität oder als Maßnahmen in Jugendhilfe, Therapie und Rehabilitation (vgl. Paffrath 2017: 14 f.; Paffrath 2018: 20). Dass keine einheitliche Definition vorliegt, wird auch durch die Vielfalt erlebnispädagogischer Aktivitäten bedingt – diese „*reichen von*

Abenteuersportarten in der Natur: Wandern, Klettern, Bergsteigen, Segeln, Rafting, Radfahren u.a. über künstlich inszenierte Arrangements mit Kletterwänden, Hindernisbahnen, Seilaufbauten im Outdoor- und Indoor-Bereich bis zu Interaktionsübungen oder Problemlöseaufgaben“ (Paffrath 2017: 17).

Um in dieser Arbeit – trotz der beschriebenen Heterogenität vorhandener Definitionen – eine möglichst allgemeingültige Definition von Erlebnispädagogik nutzen zu können, soll an dieser Stelle eine möglichst abstrakte Definition festgehalten werden, ohne bereits vorliegende Definitionen weiter zu diskutieren: Erlebnispädagogik versteht sich als moderne und handlungsorientierte Form der Pädagogik (vgl. Galuske 2011: 251), die das „*Leitbild der Belehrung zum Verständnis des Lernens als aktiven eigenständigen Prozess*“ (Paffrath 2018: 20) gewandelt hat. Lerninhalte sollen also nicht mehr direkt und frontal, sondern durch handlungsorientiertes Erfahrungslernen vermittelt werden. Weiter beschreibt Paffrath acht Charakteristika von Erlebnispädagogik, die sich teilweise in vorliegenden Definitionen wiederfinden und die „*gemeinsame innere Struktur*“ (Paffrath 2018: 20) erlebnispädagogischer Angebote abstrakt zusammenfassen. Intensität und Stellenwert der einzelnen Strukturmerkmale können je nach Faktoren wie Zielsetzung oder Zielgruppe variieren (vgl. ebd.). Galuske leitet ebenfalls charakteristische Merkmale aus verschiedenen Definitionen von Erlebnispädagogik ab, die Paffraths Darstellungen stark ähneln (vgl. Galuske 2011: 254 f.). Paffrath benennt die folgenden acht charakteristischen Strukturmerkmale: „*Handlungsorientierung, Ganzheitlichkeit [...], Selbststeuerung, Ressourcenorientierung, Ernstcharakter (Grenzerfahrung), soziale Interaktion/Gruppe, Reflexion [und] Transfer*“ (Paffrath 2018: 20).

2.2 Aufgaben und Ziele

2.2.1 Vom Ereignis zur Erkenntnis: Die E-Kette

Das Ziel der Erlebnispädagogik ist es, dass Erlebnispädagog*innen äußere Ereignisse bieten, die von Nutzer*innen individuell verarbeitet werden. Durch die subjektive Verarbeitung wird aus dem Ereignis ein Erlebnis, aus dem anschließend durch Anleitung der Erlebnispädagog*innen ein Lerneffekt generiert werden soll. Hierfür soll das Erlebte durch

kreative (Reflexions-)Methoden erneut ins Bewusstsein gerufen werden, um individuelle Erkenntnisse bestmöglich in den Alltag transferieren zu können (vgl. Michl/Seidel 2018: 17 f.). Erst durch die Reflexion werden aus Erlebnissen Erfahrungen, weshalb Reflexionen in erlebnispädagogischen Kontexten elementar sind (vgl. Friebe 2018b: 45). Aus Erfahrungen können Erkenntnisse entstehen, wenn die Nutzer*innen der erlebnispädagogischen Aktivitäten ihre Erfahrungen durch Reflexionsmethoden „*logisch durchdrungen*“ (Michl 2020: 11) haben. Diese Abfolge von Ereignis – Erlebnis – Erfahrung – Erkenntnis wurde von Werner Michl unter der Bezeichnung „E-Kette“ entworfen (vgl. Michl 2020: 10 ff.; Paffrath 2017: 54) und wird in Abbildung 1 visualisiert. Die Reflexion sämtlicher erlebnispädagogischer Prozesse soll nicht der Bewertung von Nutzer*innen oder Erlebnispädagog*innen dienen, sondern die Lernenden anregen, ihre Erlebnisse im Sinne eines Lerneffekts zu verarbeiten, um beispielsweise aus einem Erlebnis eine Erfahrung machen (vgl. Gilsdorf 2018: 38 f.).

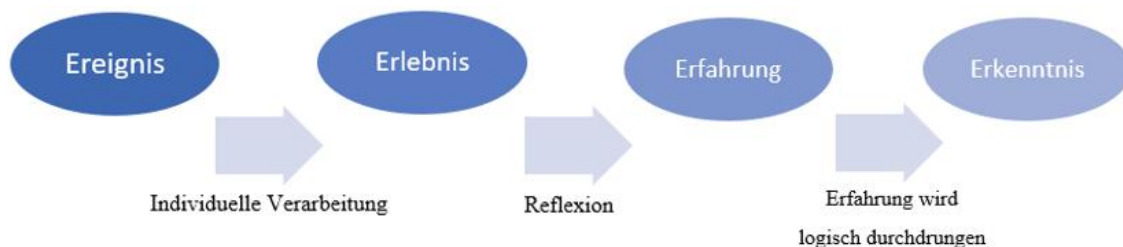


Abbildung 1: Die E-Kette nach Werner Michl (eigene Darstellung)

2.2.2 Aufgaben von Erlebnispädagog*innen

Die Erlebnispädagogik geht davon aus, dass „*sich die im Eigenhandeln und durch Selbst-, Gruppen- und Naturerleben gewonnen Erfahrungen und deren Reflexion positiv auf die Fähigkeiten der Akteure auswirken können*“ (Wahl 2018a: 27). Erlebnispädagog*innen nehmen hierbei keine Lehrer*innenrolle ein, sondern begleiten und steuern den Lernprozess. Sie sind dafür verantwortlich, erlebnispädagogische Handlungsräume zur Verfügung zu stellen und müssen die objektive Sicherheit der Nutzer*innen stets gewährleisten, auch wenn deren subjektives Sicherheitsempfinden davon abweichen kann (vgl. Paffrath 2018: 21).

Die Aufgabe von Erlebnispädagog*innen ist es, professionell erlebnispädagogische Aktivitäten zu planen und durchzuführen (vgl. Paffrath 2017: 212). „*Die dazu notwendige Handlungskompetenz erfordert fachliche und methodische Fähigkeiten, Selbst- und Sozialkompetenz*“ (Paffrath 2017: 213). Fachliche und methodische Kompetenz meinen sowohl pädagogische als auch natursportliche Fähigkeiten, um zugleich als Pädagog*in als auch als Expert*in für das genutzte Medium auftreten zu können (vgl. Paffrath 2017: 214). Selbst- und Sozialkompetenzen umfassen Fähigkeiten, die für den Umgang mit anderen und mit sich selbst wichtig sind: Sozialkompetenzen sind beispielsweise Empathie oder Teamfähigkeit, Selbstkompetenzen können etwa Selbstständigkeit oder Flexibilität sein (vgl. Zuffellato/Kreszmeier 2007: 145, 152, zit. nach Eisinger 2016: 26).

Das Strukturmerkmal der Selbststeuerung (siehe Kapitel 2.1) ist für die Rolle der Erlebnispädagog*innen von zentraler Signifikanz und bedeutet, dass Interventionen durch Anleitende während erlebnispädagogischen Aktivitäten minimiert werden sollen (vgl. Paffrath 2018: 20). So sind Interventionen ausschließlich zwingend erforderlich, wenn die psychische oder physische Sicherheit der Nutzer*innen gefährdet ist oder der Natur unverhältnismäßiger Schaden durch die Nutzer*innen droht. Erlebnispädagog*innen müssen somit in der Lage sein, sämtliche der genannten Gefahren zu erkennen und ggf. abzuwehren (vgl. Huber 2018a: 23 f.). Trotz aller Zurückhaltung ist es die Aufgabe der Erlebnispädagog*innen – wie vorab beschrieben – Erfahrungen und Erkenntnisse bei den Nutzer*innen erzeugen. Im Folgenden werden deshalb einige der wichtigsten Wirkungs- und Lernmodelle der Erlebnispädagogik vorgestellt, die erklären, wie und unter welchen Voraussetzungen aus Ereignissen und Erlebnissen Lerneffekte, also Erfahrungen und Erkenntnisse generiert werden können.

2.3 Wirkungsmodelle

Das Transferproblem ist ein zentraler Kritikpunkt an der Erlebnispädagogik und meint den u.a. von Ewald und Bühler oder Thiersch erhobenen Vorwurf, dass der Transfer der Lernerfahrungen von „*der Insel des Erlebnisses*“ (Galuske 2011: 257) in den Alltag nicht nachzuweisen ist (vgl. ebd.; Heckmair/Michl 2018: 233). Wirkungsmodelle der

Erlebnispädagogik erklären, wie bei Nutzer*innen ein Lerneffekt generiert werden kann. Die Modelle können somit als Antwort auf das Transferproblem verstanden werden (vgl. Galuske 2011: 257). Hierbei kann rückblickend in drei Wirkungsmodelle unterschieden werden, die aufeinander aufbauend entwickelt wurden und im Folgenden vorgestellt werden (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59).

2.3.1 The Mountains Speak for Themselves

Das älteste Wirkungsmodell kam in den 1960er Jahren aus England in die USA (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59), dominierte im deutschsprachigen Raum aber erst zwischen Mitte der 1980er Jahre bis in die 1990er Jahre die Diskussion um Lernen in der Erlebnispädagogik (vgl. Michl 2020: 71). The Mountains Speak for Themselves geht davon aus, dass Erlebnisse in der Natur bereits genügen, um Verhaltensänderungen bewirken zu können. Reflexionen des Erlebten sind nicht notwendig, da die Erlebnisse bereits so intensiv sind, dass sie „*automatisch in das Leben des Teilnehmers transferiert*“ (Bacon 1987: 7; zit. nach Heckmair/Michl 2018: 59) werden. Erlebnispädagog*innen agieren zurückhaltend und überlassen die Nutzer*innen nach einer Einführungsphase weitgehend sich selbst (vgl. Galuske 2011: 257). Anleitende werden deshalb lediglich in den auszuübenden Natursportarten und körperbezogenen Übungen ausgebildet, benötigen aber keine weiteren Fähigkeiten der Gesprächsführung, Beratung oder Therapie, da eine Aufarbeitung durch Reflexionen entfällt (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59).

Das Modell wurde und wird dafür kritisiert, dass durch die fehlende Reflexion keine Verarbeitung der Erlebnisse zu Erfahrungen und Erkenntnissen stattfinden kann. Da von einem universellen und automatischen Lernerfolg der erlebnispädagogischen Aktivität ausgegangen wird, lassen sich Lernerfolge weder messen noch zielgenau für bestimmte Nutzer*innen planen. Aufbauend auf dieser Kritik entstand das Modell Outward Bound Plus (vgl. Michl 2020: 73).

2.3.2 Outward Bound Plus

Dieses Wirkungsmodell der Erlebnispädagogik wurde international zwischen den 1970er und 1980er Jahren populär (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59 f.), gewann im deutschsprachigen Raum aber erst in den 1990er Jahren prägende Bedeutung (vgl. Michl 2020: 71). Die Bezeichnung Outward Bound ist der Name des von Kurt Hahn¹ gegründeten Netzwerks aus erlebnispädagogischen Bildungseinrichtungen, das bis heute existiert (vgl. Michl 2020: 23 f.; Knoll 2018: 113 ff.). Da Outward-Bound-Einrichtungen mit Reflexionen des Erlebten arbeiteten, um einen Alltagstransfer des Gelernten zu gewährleisten, wurde die Bezeichnung für dieses Modell aufgegriffen (vgl. Michl 2020: 73). Erlebnisse sollen also durch angeleitete Reflexionen zu Erfahrungen und Erkenntnissen verarbeitet werden, die den Nutzer*innen einen Lerneffekt im Alltag ermöglicht (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59 f.; Galuske 2011: 257 f.). Die anleitende Person ist hierbei sowohl für die Durchführung der erlebnispädagogischen Aktion als auch für die Auswertung und Reflexion zuständig. Man geht nicht mehr von automatischen Lerneffekten der Erlebnispädagogik aus, sondern erwartet diesen erst durch die Verbindung von passenden erlebnispädagogischen Aktivitäten und entsprechenden Reflexionen. Dies erfordert den zielorientierten Einsatz von Methoden, Natursportarten und Szenarien, was dazu führen soll, dass bestimmte Lerninhalte effizienter erreicht werden (vgl. Michl 2020: 73 f.).

Hierbei wird kritisiert, dass durch die Reflexion die eigentliche erlebnispädagogische Aktivität als zweitrangig wahrgenommen werden kann (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59 f.). Michl spricht hier von „*Sackgassen des Lernens*“ (Michl 2020: 74), die sich auftun, wenn Professionelle in der Reflexion hauptsächlich Aspekte thematisieren, die den Nutzer*innen weniger wichtig sind (vgl. Michl 2020: 74 f.). Tritt das Erlebnis in den Hintergrund, kann die erlebnispädagogische Aktivität mit anschließender Reflexion auch als konventionelle Therapie oder konventionelles Verhaltenstraining erscheinen und ihren originellen (erlebnispädagogischen) Charakter verlieren (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59 f.). Weiter können Nutzer*innen durch die Reflexion überfordert werden und deshalb in letzter

¹ Kurt Hahn (1886-1974) war ein deutscher Reformpädagoge und gilt als einer der Begründer der Erlebnispädagogik (vgl. Michl 2020: 29; Knoll 2018: 113).

Konsequenz keinen Lernerfolg erzielen. Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn komplexe Reflexionsmethoden zum Einsatz kommen, die ein präzises sprachliches Ausdrucksvermögen voraussetzen, um eigene Gefühle, Eindrücke und Stimmungen zu artikulieren (vgl. Michl 2020: 75).

2.3.3 Das metaphorische Grundmodell nach Bacon

Heckmair und Michl bezeichnen das metaphorische Grundmodell als „*Modell der Zukunft*“ und „*Fixpunkt vieler neuerer Theorieversuche und Praxiskonzepte*“ (Heckmair/Michl 2018: 60 f.). Das Modell basiert auf den Ideen des 1983 vom US-amerikanischen Pädagogen Stephen Bacon veröffentlichten Buch „*The Conscious Use of Metaphor in Outward Bound*“, welches in der Diskussion um Lernmodelle der Erlebnispädagogik einen „*Paradigmenwechsel*“ (Itin 2003: 17) darstellte. Im deutschsprachigen Raum verbreitete sich der Ansatz insbesondere nach der Publikation der deutschen Übersetzung des Werks im Jahre 1998 (vgl. Michl 2020: 70, 76).

Bacon bezieht sich auf Kritiker*innen klassischer psychotherapeutischer Ansätze, die davon ausgehen, dass Lerneffekte nicht zwingend der kognitiven Einsicht der Nutzer*innen in ihr eigenes Innenleben bedürfen. Durch die bewusst konstruierte Metaphorik zwischen erlebnispädagogischen Aktivitäten und Alltag der Nutzer*innen sollen Lerneffekte generiert werden. Lerneffekte können somit auch ohne Reflexionen in den Alltag der Nutzer*innen transferiert werden (vgl. Heckmair/Michl 2018: 60). Hierfür werden vor der erlebnispädagogischen Aktivität Analysen durchgeführt, um gezielt passende Metaphern einzusetzen, wodurch ein Lerneffekt auch ohne Reflexion generiert werden kann (vgl. Michl 2020: 75 f.).

Outward Bound Plus versucht eine Balance aus Reflexion und Erleben zu finden, indem „*möglichst isomorph (ähnlich) zur Lebensrealität*“ (Reiners 1995: 62, zit. nach Galuske 2011: 258) gearbeitet wird. Kritikpunkte an Outward Bound Plus, etwa dass die Erlebnisse durch Reflexionen als zweitrangig empfunden werden, können beim metaphorischen Modell folglich nicht angebracht werden, da Reflexionen hierbei keine

mandatorische Voraussetzung für einen Alltagstransfer des Gelernten darstellen (vgl. Heckmair/Michl 2018: 60). Gleichzeitig wird kritisch auf die inkonsistente und schlecht nachvollziehbare Struktur zwischen Praxis und Theorie verwiesen: „*Hier stehen planbare Prozesse, präzise Interventionen und gezielte Interpretationen, dort eine eher numinose Theorie des Unbewussten*“ (Michl 2020: 79). Weiter wird an Bacons metaphorischem Grundmodell kritisiert, dass vielen Professionellen der mögliche Verzicht auf Reflexionen nicht glaubwürdig erscheint (vgl. ebd.).

2.3.4 Das Lernzonenmodell

Grenzerfahrungen sind Bestandteile einer Vielzahl an Definitionen von Erlebnispädagogik und auch die bereits in Kapitel 2.1 beschriebenen Strukturmerkmale greifen dies auf (vgl. Paffrath 2018: 20). Das Lernzonenmodell von Nadler und Luckner wurde nicht explizit für Erlebnispädagogik entwickelt und reiht sich deshalb nicht in die vorab beschriebenen Wirkungsmodelle ein. Es kann dennoch auf Erlebnispädagogik angewandt werden, um zu beschreiben, unter welchen Voraussetzungen Grenzerfahrungen in der Erlebnispädagogik zu Lernprozessen werden können (vgl. Eisinger 2016: 46).

Das Lernzonenmodell beschreibt drei Zonen, in denen sich Lernende befinden können: Erstens die Komfortzone, in der keine bemerkenswerten Herausforderungen zu bewältigen sind, in der sich Lernende wohl fühlen und ihren Alltag sicher bewältigen können. Ein aktiver Lernprozess findet nicht statt. Zweitens die Lernzone, in der sich für die Lernenden besondere Herausforderungen ergeben, die bisher unbekannt sind. Lassen sich Lernende auf angemessene Herausforderungen ein, findet ein Lernprozess statt. Der*Die Lernende kann dabei in kritischen Momenten entsprechend begleitet werden. Drittens die Panikzone: Lernende können anstehende Herausforderungen nicht bewältigen, geraten in Angst und/oder Panik und erleben Frustration. Durch die Überforderung kann kein Lernprozess stattfinden (vgl. Eisinger 2016: 46 ff.; Paffrath 2017: 59 f.).

Die Erlebnispädagogik arbeitet mit handlungsorientierten Lernszenarien zwischen Komfort- und Panikzone, um Lernprozesse in der Lernzone zu ermöglichen. Durch

Grenzerfahrungen können Nutzer*innen der Erlebnispädagogik ihre Komfortzone verlassen. Erlebnispädagog*innen sind dafür verantwortlich, den Übergang in die Lernzone zu erleichtern und gleichzeitig darauf zu achten, dass Nutzer*innen nicht die Panikzone betreten und Frustration erleben (vgl. Paffrath 2017: 59, 65).

Nähern sich Lernende aus der Komfortzone kommend ihrer Lernzone, sind Unsicherheiten und Ängste zu beobachten, die sich durch physische und psychische Reaktionen wie Herzrasen, Angstschweiß oder Abwehrmechanismen wie Lachen ausdrücken. Der „kritische Moment“ wird von Nadler und Luckner „E-1“ genannt. Diese Momente müssen von Erlebnispädagog*innen sensibel erkannt werden, um ihre Nutzer*innen nicht zu drängen, sondern zu ermutigen, die Lernzone tatsächlich zu betreten. Wird der „kritische Moment“ erreicht und die Lernzone betreten, können Unterstützungsmöglichkeiten wie vorab besprochene Hilfeleistungen einsetzen, um den Lernprozess zu erleichtern. Auch der Moment nach dem Betreten der Lernzone, von Nadler und Luckner als „E+1“ benannt, ist von großer Relevanz für den Lernerfolg, da allein das Betreten der Lernzone und das Annehmen einer Herausforderung als Erfolg gesehen wird – unabhängig davon, ob die konkrete Herausforderung bewältigt werden konnte oder nicht (vgl. Eisinger 2016: 47 ff.). Nach dem Betreten der Lernzone wird *„die Grenze zum Unbekannten und Unvertrauten [...] weiter nach außen verlagert“* (Paffrath 2017: 61) und bisher Unbekanntes oder als gefährlich Wahrgenommenes wird in die Komfortzone integriert. Durch das Auseinandersetzen mit dem Unbekannten entstehen neue Erkenntnisse oder Fähigkeiten. Dabei dient die durch Grenzverschiebungen erweiterte Komfortzone als Grundlage für weitere Lernprozesse (vgl. ebd.). In Abbildung 2 werden die einzelnen Zonen und kritische Momente des Modells visualisiert.

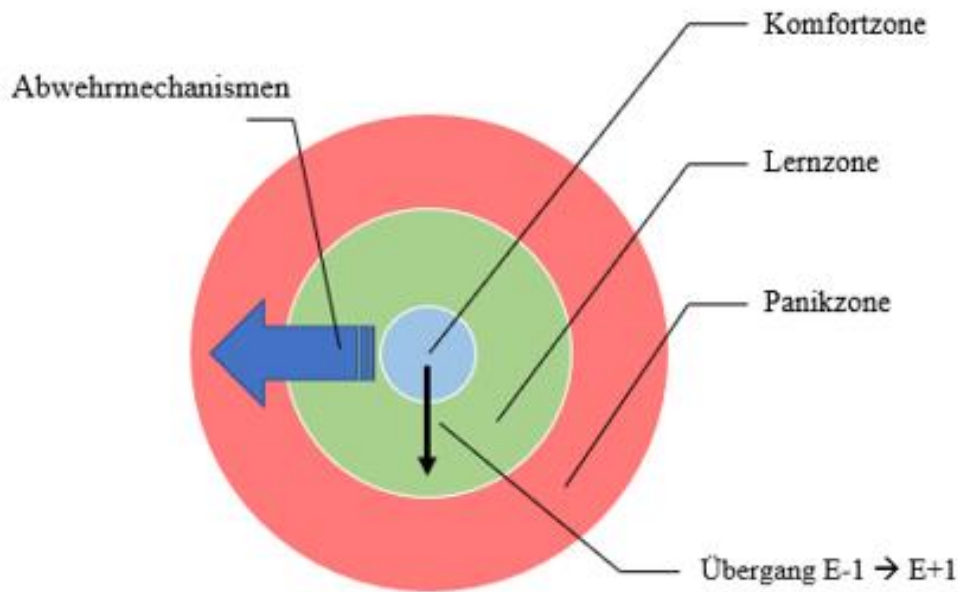


Abbildung 2: Das Lernzonenmodell nach Nadler und Luckner (eigene Darstellung)

Einige Aspekte des beschriebenen Lernzonenmodells werden kritisch betrachtet. Im erlebnispädagogischen Kontext ist besonders hervorzuheben, dass mehrere Autor*innen der Annahme widersprechen, dass Lernen innerhalb der Komfortzone nicht möglich ist. Weitere Kritikpunkte finden in dieser Arbeit keine Erwähnung, werden aber beispielsweise von Paffrath weiter erläutert (vgl. Paffrath 2017: 62 ff.).

2.4 Metaphorisches Lernen

Da das metaphorische Modell – trotz der erörterten Kritikpunkte – das in der gegenwärtigen erlebnispädagogischen Diskussion dominierende Wirkungsmodell ist (siehe Kapitel 2.3.3), soll an dieser Stelle vertiefend auf die Bedeutung der Metaphorik in der Erlebnispädagogik eingegangen werden, insbesondere, da metaphorisches Lernen auch im therapeutischen Bereich von Bedeutung ist und diesbezüglich ab Kapitel 3.5.9 erneut aufgegriffen wird.

Nutzer*innen der Erlebnispädagogik bringen zu Beginn jeder Aktivität bereits Vorprägungen mit. Damit sind z.B. bestimmte Verhaltensweisen, Vorurteile oder Erfahrungen gemeint. Ziel der erlebnispädagogischen Maßnahmen ist es, „*dass der durch die Aktivitäten ausgelöste Prozess die angesprochenen Vorprägungen offenbar werden lässt*“ (Scholz 2018a: 49). Nutzer*innen sollen sich also durch die erlebnispädagogischen Aktivitäten ihren eigenen Vorprägungen bewusst werden, um ihr Denken und Handeln – falls erforderlich – modifizieren zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, nutzt die Erlebnispädagogik häufig Metaphern (vgl. ebd.). Eine Metapher ist „*eine Sprachfigur, worin ein Ding mit einem anderen dergestalt verknüpft wird, dass dieser Vergleich neues Licht auf den Gegenstand wirft*“ (Bacon 2003: 30).

Metaphorisches Lernen in der Erlebnispädagogik beruht auf drei Prinzipien: Erstens erleichtert eine Strukturgleichheit von erlebnispädagogischer Aktivität und Lebensrealität der Nutzer*innen den Transfer des Gelernten. Zweitens wird der Wissenstransfer in den Alltag durch besondere Orte, die z.B. mit Geschichten oder Anekdoten verknüpft sein können, verstärkt. Drittens werden Stärken und Schwächen der Nutzer*innen Teil des erlebnispädagogischen Lernsettings, indem Metaphern genutzt werden. Metaphern und erlebnispädagogische Aktivitäten werden dabei so zusammengestellt, dass die zu bearbeitenden Vorprägungen bewusst werden und ein Transfer des Gelernten in den Alltag erleichtert wird (vgl. Scholz 2018a: 49.). Lernprozesse können also durch kognitive Verarbeitungen wie Reflexionen entstehen, aber sollen primär durch isomorphe Strukturelemente intuitiv und plötzlich ausgelöst werden (vgl. Paffrath 2017: 94). Durch diese Lernprozesse soll das metaphorische Lernen bei Nutzer*innen „*Tiefenschichten des Individuums [erreichen] und so nachhaltige Veränderungen*“ (Michl 2020: 71) bewirken. Scholz spricht von vier Arten der Prozessgestaltung des metaphorischen Lernens, die im Folgenden vorgestellt werden (vgl. Scholz 2018a: 49 ff.).

2.4.1 Isomorphien

Um Nutzer*innen ihre Vorprägungen bewusst zu machen, kann mit Aktivitäten gearbeitet werden, die einen hohen Grad an Isomorphie zu alltäglichen Situationen aufweisen (vgl.

Scholz 2018a: 49.). Isomorphien sind strukturelle Ähnlichkeiten – in diesem Fall zwischen Setting der erlebnispädagogischen Aktivität und Alltag der Nutzer*innen (vgl. Michl 2020: 71). Scholz zeigt etwa beispielhaft auf, dass die Bewältigung der Aufgabe „Spinnennetz“ isomorph zu Abläufen innerhalb eines Betriebs betrachtet werden kann, indem es als „Netz der Wertschätzung“ betrachtet wird: Zur Lösung der Aufgabe muss kommuniziert werden, welche Person wann und wie durch das Netz steigt, die Nutzer*innen kommen sich bei der Bewältigung der Aufgabe näher und haben die Möglichkeit auszusteigen (vgl. Scholz 2018a: 49). Ein solcher Einsatz von Isomorphien dient dazu, die Distanz zwischen erlebnispädagogischem Setting und Alltagssituationen zu verringern, um den Transfer von Lernerfahrungen zu erleichtern (vgl. Paffrath 2017: 98).

Die Vorprägungen, auf die eine Aktivität abzielt, können in einer abschließenden Reflexion thematisiert werden, um einen Alltagstransfer des Gelernten zu gewährleisten. Hierbei werden Verhalten, Strukturen und Inhalte der Nutzer*innen analysiert, um zu prüfen, ob die Vorprägungen sichtbar wurden. Ist das der Fall, kann besprochen werden, wie es den Nutzer*innen mit ihrem Denken und Handeln geht und was bei einer ähnlichen Übung oder im Alltag anders gemacht werden könnte. Tritt die Vorprägung nicht auf, ist zu erörtern, was während der erlebnispädagogischen Einheit aus welchen Gründen anders funktioniert hat als im Alltag, damit diese Strategien im Denken und Handeln in den Alltag übertragen werden können (vgl. Scholz 2018: 49 f.).

2.4.2 Analogien

Analogien können in der erlebnispädagogischen Arbeit genutzt werden, wenn die zu bearbeitende Vorprägung nicht struktureller Art ist. In diesem Fall können erlebnispädagogische Aktivitäten, die Alltagssituationen ähnlich sind, den Nutzer*innen dienen, damit diese die Aktivität und das Gelernte mit ihrem Alltagserleben verknüpfen können. So kann etwa das „Spinnennetz“ zum „Vertriebsnetz“ (Trainerakademie München (TAM) 2015, zit. nach Scholz 2018a: 50) werden: Wenn bspw. der wertschätzende Umgang der Nutzer*innen den sorgsamem Umgang mit Produkten symbolisiert, werden Begriffe aus dem Arbeitsalltag der Gruppe übernommen. Lebensweltliche Themen können somit

aufgegriffen werden, selbst wenn die erlebnispädagogische Aktivität diesen Themen lediglich ähnelt und nicht strukturell gleich ist (vgl. Scholz 2018a: 50).

In der Reflexion können Analogien zwischen erlebnispädagogischer Aktivität und Lebenswelt nochmals verdeutlicht werden. Ebenfalls kann thematisiert werden, was für die einzelnen Nutzer*innen bei der Aktivität wichtig war oder gewesen wäre, um ein Bewusstsein für die eigene Vorprägung, sowie für die Vorprägungen anderer Personen zu schaffen. Weiter können Gründe für bestimmte Verhaltensweisen vermutet werden: Wenn etwa nach einer Aktivität, die das oben genannte Beispiel nutzt, nach Gründen für wenig wertschätzenden Umgang gesucht wird, kann bspw. vermutet werden, dass die Zielerreichung im Vergleich zu anderen Bedürfnissen Priorität hat. Durch die Reflexion werden eigene und fremde Verhaltensweisen, Ziele und Themen sichtbar und können ggf. im Alltag zielführend angepasst werden (vgl. ebd.).

2.4.3 Fantasien

Erlebnispädagogische Aktivitäten in fiktionalen Rahmen bieten Nutzer*innen die Chance, „*althergebrachte Rollenmuster zu verlassen oder durch die den Rollen zugeschrieben Kompetenzen anders als im Alltag zur Problemlösung*“ (vgl. Scholz 2018a: 51) beizutragen. Dies kann erforderlich sein, wenn Gruppen- oder Persönlichkeitsstrukturen so stark gefestigt sind oder der Kontext so komplex ist, dass ein Zugang zu Vorprägungen über Isomorphien oder Analogien nicht möglich scheint. Findet die Aktivität möglichst weit vom Alltag entfernt statt, können neue Perspektiven sowie eigene und fremde Kompetenzen und Rollen wahrgenommen werden (vgl. ebd.).

Im Gegensatz zum metaphorischen Lernen durch Isomorphie und Analogien sind individuelle Vorprägungen in fiktionalen Rahmen weniger relevant und der Fokus liegt auf dem Ausprobieren neuer Rollen und Fähigkeiten. Um einen Transfer der neuen Erkenntnisse in den Alltag zu ermöglichen ist zu beachten, dass im Alltag die Möglichkeit bestehen muss, eigene und fremde Rollen und Kompetenzen neu zu interpretieren (vgl. Scholz 2018a: 51 f.).

2.4.4 Archetypen

Archetypen sind Sinnbilder, „*die bei Menschen z.T. transkulturell, z.T. kontext- und kulturabhängig bestimmte Empfindungen auslösen*“ (Scholz 2018a: 52). Werden Archetypen in erlebnispädagogischen Aktivitäten als sprachliche Metaphern genutzt, können bei Nutzer*innen bewusste oder unbewusste Assoziationen auslösen. Wenn Vorprägungen durch Archetypen bewusst oder unterbewusst hinterfragt werden, können diese eine handlungsleitende Funktion in der erlebnispädagogischen Aktivität einnehmen. Scholz greift beispielhaft erneut die Aufgabe „Spinnennetz“ auf, die durch die Metapher „im Netz gefangen“ so modifiziert werden kann, dass das primäre Ziel ist, alle Nutzer*innen auf die andere Seite des Netzes zu bringen und gruppendynamische Prozesse sichtbar werden: „Im Spinnennetz gefangen zu sein“ bedeutet für alle Nutzer*innen, dass sie sich und ggf. andere aus dem Netz befreien möchten. Dabei entscheiden die Nutzer*innen selbst, wie sie wem bei der Bewältigung der Aufgabe helfen und inwiefern sie sich dabei selbst helfen lassen (vgl. ebd.).

Die Nutzung von Archetypen geht auf die analytische Psychologie des Schweizer Psychiaters und Tiefenpsychologen Carl Gustav Jung zurück (vgl. Heckmair/Michl 2018: 59). Nach Jung werden alle Menschen von Archetypen gleich angesprochen und lösen deshalb bei allen Menschen die gleichen unbewussten Lernprozesse aus (vgl. Michl 2020: 76). Für einen erfolgreichen Alltagstransfer müssen bei der Anwendung von Archetypen (unter-)bewusste Vergleiche entstehen. Dies setzt etwa im oben genannten Beispiel voraus, dass alle Nutzer*innen definieren können, was das Sinnbild des Spinnennetzes in ihrem Alltag ist. Assoziationen, die während der erlebnispädagogischen Aktivität produziert werden, können so von Nutzer*innen auf ihrem Alltag übertragen werden, wodurch Nutzer*innen ggf. nachhaltig Vorprägungen hinterfragen oder zu Veränderungen motiviert werden (vgl. ebd.).

2.4.5 Kritik

Die genannten Arten metaphorischen Lernens und ihr gewünschte Wirkweisen wurden im vorherigen Kapitel idealtypisch beschrieben und werden in der Praxis von möglichen

Schwierigkeiten begleitet. Schödlbauer benennt diesbezüglich drei potenzielle Problematiken: Erstens kann eine Verknüpfung zur Lebenswelt der Nutzer*innen durch die Diffusität der erlebnispädagogischen Aktivitäten scheitern, etwa wenn ein fiktiver Rahmen einer Aufgabe zu weit von der Realität der Nutzer*innen entfernt ist (vgl. Schödlbauer 2000: 112 ff., zit. nach Scholz 2018a: 52 f.). Dieser Kritikpunkt wurde bereits in den 1980er Jahren von Bühler angebracht (vgl. Bühler 1986: 71, zit. nach Heckmair/Michl 2018: 234). Zweitens ist es nicht möglich, für alle Zielgruppen angemessene Metaphern zu finden, da die Zielgruppen so heterogen strukturiert sein können, dass eine Metapher selbst innerhalb einer Gruppe unterschiedlich wahrgenommen wird. Drittens kann eine mögliche „*Dominanz der Kursleiter bei der Deutungsarbeit und der Konstruktion von Metaphern*“ (Schödlbauer 2000: 301, zit. nach Scholz 2018a: 53) bewirken, dass Isomorphien von der Zielgruppe nicht verstanden und von der anleitenden Person „*aufoktro- yiert*“ (Scholz 2018a: 53) werden (vgl. Schödlbauer 2000: 112 ff., zit. nach Scholz 2018a: 52 f.; Scholz 2018a: 52 f.).

2.5 Erlebnispädagogik in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, machen Jugendliche die „*weitaus größte Zielgruppe*“ (Wahl 2018b: 287) der Erlebnispädagogik aus, während zugleich eine Vielzahl weiterer Zielgruppen existiert (vgl. Paffrath 2017: 14 f., 152 ff.; Hufenus 1993: 88, zit. nach Galuske 2011: 256; Albert 2018: 308; Friebe 2018a: 301; Heimrath/Westhoff 2018: 292; Scholz 2018b: 305). Auch in der Sozialen Arbeit richtet sich Erlebnispädagogik primär an Jugendliche, etwa in Form von Streetwork, Bewährungshilfe oder als Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung (vgl. Paffrath 2017: 178 ff.). Da die Erlebnispädagogik „*zum festen Bestandteil*“ (Huber 2018b: 166) in den Hilfen zur Erziehung geworden ist und dort eine besondere Bedeutung gewonnen hat (vgl. Galuske 2011: 256), wird Erlebnispädagogik in diesem Teil der Kinder- und Jugendhilfe im Folgenden thematisiert.

2.5.1 Hilfen zur Erziehung

Während die Hilfen zur Erziehung im SGB VIII die Erlebnispädagogik nicht explizit erwähnt, lässt sich jedoch feststellen, „*dass die Vielfalt erlebnispädagogischer Praxis erste Spuren in der Theorie der Jugendhilfe hinterlassen hat*“ (Heckmair/Michl 2018: 128): So bezieht die Kinder- und Jugendhilfe das soziale Umfeld und/oder die Familie in das Hilfsangebot mit ein. Außerdem soll sie die sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen in Gruppen fördern, indem pädagogischer Einrichtungen und anderer Lebens- und Spielräume weiter ausgebaut werden. Auch die in § 13 III SGB VIII benannten Schwerpunkte der Jugendarbeit, die u.a. naturkundliche Bildung oder Sport, Spiel und Geselligkeit umfassen, weisen auf mögliche erlebnispädagogische Aktivitäten in der Kinder- und Jugendhilfe hin. Der Fokus auf sozialem Verhalten in Gruppen als Strukturmerkmal der Erlebnispädagogik (siehe Kapitel 2.1) sowie die in § 13 III SGB VIII benannten Schwerpunkte von Jugendarbeit deuten darauf hin, „*dass die Erlebnispädagogik längst ein fester Bestandteil im erzieherischen Spektrum geworden ist*“ (Heckmair/Michl 2018: 129; vgl. Heckmair/Michl 2018: 128 f.).

Als Teil der Kinder- und Jugendhilfe umfassen die Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27-35 SGB VIII verschiedene Hilfeformen, in denen auch Erlebnispädagogik angewandt werden kann (vgl. Mastalerz 2018: 182 f.). Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Kinder- und Jugendarbeit gilt in den Hilfen zur Erziehung das Prinzip der Freiwilligkeit nicht (vgl. Huber 2018b: 166, 169), da diese Maßnahmen „*von den öffentlichen Trägern der Jugendarbeit angeordnet werden*“ (Huber 2018b: 169). Insbesondere im Rahmen der §§ 29 (Soziale Gruppenarbeit), 30 (Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer), 34 (Heimerziehung) und 35 (intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) SGB VIII werden erlebnispädagogische Aktivitäten eingesetzt (vgl. Heckmair/Michl 2018: 128; Huber 2018b: 169). Die Hilfen der Erziehung sind meist über mehrere Jahre angelegt und zielen somit auf langfristige Lernerfolge ab, die auf längere Sicht geplant werden können (vgl. Mastalerz 2018: 182).

2.5.2 (Teil-)Stationäre Settings

Insbesondere Kinder und Jugendliche in (teil-)stationären Settings der Hilfen zur Erziehung können von erlebnispädagogischen Maßnahmen profitieren: Nach Mastalerz weisen diese jungen Menschen besonders häufig kognitive und affektive Defizite auf, weshalb sie eher körperlich agieren und von erlebnispädagogischen Maßnahmen gefördert werden können. Weiter sind Kinder und Jugendliche in (teil-)stationären Unterbringungen oft terapiemüde und haben i.d.R. vor Beginn der Hilfen viel Leid, bspw. innerhalb ihrer Familie, erfahren. Die Erlebnispädagogik kann hier als geeignetes Mittel genutzt werden, um auch unter den genannten Voraussetzungen wirksame Impulse zu setzen, was durch weniger eindrückliche Maßnahmen nicht möglich wäre. Hierauf verweist auch der Grundsatz der Erlebnispädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe „*Hohe Dosis, hohe Wirkung*“ (Mastalerz 2014: 6 f., zitiert nach Mastalerz 2018: 183), welcher betont, dass intensivere Erlebnisse bei Kindern und Jugendlichen auch eine intensivere und nachhaltigere Wirkung erzielen (vgl. Mastalerz 2018: 182 f.). Ein weiterer Vorteil erlebnispädagogischer Maßnahmen in (teil-)stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ist, dass der Transfer der gewonnenen Erfahrungen erleichtert wird, da die Pädagog*innen für die Kinder und Jugendlichen i.d.R. sowohl im Alltag als auch während des Erlebnisses präsent sind.

Neben der Materialbeschaffung stellt jedoch die Integration von Erlebnispädagogik in den Alltag von Jugendhilfeeinrichtungen ein reales Problem bei der Umsetzung erlebnispädagogischer Aktivitäten dar (vgl. Mastalerz 2018: 184). Sind erlebnispädagogische Angebote im Rahmen der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe möglich, scheinen die langfristig geplanten Hilfen zur Erziehung ideal, damit sich die nachhaltigen Wirkungen erlebnispädagogischer Maßnahmen entfalten können, indem „*Verhaltensänderungen erprobt und eingeübt*“ (Mastalerz 2018: 183) werden (vgl. Mastalerz 2018: 183 f.). Wie dargestellt, sind erlebnispädagogische Aktivitäten insbesondere in (teil-)stationären Settings der Hilfen zur Erziehung besonders zielführend, weshalb es auch nicht verwunderlich ist, dass die Erlebnispädagogik in unterschiedlichen Formen schon seit Jahrzehnten in annähernd jede (teil-)stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe integriert

wurde und in manchen Einrichtungen sogar fundamentaler Bestandteil der Konzeption ist (vgl. Heckmair/Michl 2018: 131).

Exkurs I: Psychosoziale Entwicklung

Dass Erlebnispädagogik insbesondere von Jugendlichen meist besonders gut angenommen wird, kann mit den Besonderheiten des Jugendalters begründet werden: „*In (post-)modernen Gesellschaften gilt das Jugendalter als eine Phase, in der das Bedürfnis nach Herausforderung, Spannung, Abenteuer und Risiko besonders ausgeprägt ist. Dem kommt die Erlebnispädagogik mit ihren vorwiegend auf Bewegung, „Action“, und Abenteuer ausgerichteten Aktivitäten besonders entgegen*“ (Wahl 2018b: 287). Mit dem Jugendalter fokussiert die Erlebnispädagogik eine Lebensphase, die eng mit bedeutenden psychosozialen Entwicklungen verbunden ist (vgl. ebd.). Deshalb haben insbesondere in der Jugendhilfe erlebnispädagogische Aktivitäten aufgrund ihres ganzheitlichen Charakters nicht nur die Aufgabe, ein konkretes Thema zu behandeln, sondern den Menschen letztendlich in seiner gesamten psychosozialen Entwicklung zu fördern (vgl. Paffrath 2018: 20).

Die Entwicklungspsychologie bietet verschiedene Modelle, welche die psychosoziale Entwicklung von Menschen beschreiben. Im Folgenden werden das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung sowie das Modell der Entwicklungsaufgaben dargestellt, um exemplarisch Entwicklungsprozesse des Jugendalters aufzuzeigen, die von erlebnispädagogischen Aktivitäten – etwa im Rahmen der Hilfen zur Erziehung – gefördert werden können. Die moderne Entwicklungspsychologie geht jedoch nicht nur von psychosozialer Entwicklung bis zu einer bestimmten Entwicklungsstufe, sondern vielmehr von lebenslanger Entwicklung aus (vgl. Bräutigam 2018: 24).

Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson

Erik H. Erikson benennt in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung acht psychosoziale Entwicklungsphasen, die durch zu bewältigende Krisen gekennzeichnet

sind (vgl. Trabandt/Wagner 2021: 114). Mit Krisen beschreibt Erikson Themen, „*die im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und den umweltbedingten Anforderungen entstehen*“ (Bräutigam 2018: 26). Werden diese Krisen funktional bewältigt, kann sich das Individuum psychosozial gesund weiterentwickeln. Die dysfunktionale Bewältigung einer Krise „*führt zu problematischen Entwicklungen, die auch Auswirkungen auf Folgestufen und somit den weiteren Lebensverlauf haben*“ (Trabandt/Wagner 2021: 114). Erikson stellt die Krisen jeweils mit zwei Begriffen dar, die miteinander in Konflikt stehen und die entsprechende gelungene oder nicht gelungene Entwicklung der Lebensphase beschreiben (vgl. Trabandt/Wagner 2021: 113 ff.).

Ein Beispiel für die gesunde psychosoziale Entwicklung Jugendlicher ist die Bewältigung der Krise zwischen Identität und Rollendiffusion in der Entwicklungsphase der Adoleszenz: Können Jugendliche in der Phase der Adoleszenz, die auch durch körperliche Entwicklungen geprägt ist, mit der Unterstützung von Vorbildern und Peers eine eigene Identität ausbilden, so fällt ihnen die Bewältigung der Krise der nächsten Entwicklungsphase leichter. Gelingt das Ausbilden der eigenen Identität nicht, erfahren Jugendliche meist Zurückweisung und haben eher Probleme bei der Bewältigung der nächsten Krise im frühen Erwachsenenalter (vgl. Trabandt/Wagner 2021: 114 f.; Lübeck 2020).

Nach Erikson entstehen psychosoziale Entwicklungen und die zu bewältigenden Krisen „*im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und den umweltbedingten Anforderungen*“ (Bräutigam 2018: 26). Erikson geht davon aus, dass innere Triebkräfte die individuellen Bedürfnisse entscheidend prägen. Mit der Theorie der inneren Triebkräfte hat Erikson die Idee des epigenetischen Grundplans aus Freuds Psychoanalyse übernommen. In dem epigenetischen Grundplan jedes Menschen ist die Entwicklung eines Individuums bereits von Geburt an bis zum Tod festgelegt ist. Im Unterschied zu Freud, der lediglich im Kindes- und Jugendalter von psychosozialer Entwicklung ausgeht, beschreibt Erikson lebenslange Entwicklungsprozesse (vgl. Trabandt/Wagner 2021: 114, 116).

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst

Robert J. Havighursts Konzept der Entwicklungsaufgaben beschreibt die psychosoziale Entwicklung als „*Abfolge von zu bewältigenden Anforderungen*“ (Bräutigam 2018: 28). Können diese Anforderungen erfolgreich bewältigt werden, erlangen Individuen Zufriedenheit und Erfolg und tragen dem gesellschaftlichen Zusammenleben stabilisierend bei. Gelingt die Bewältigung nicht, führt dies zu Missbilligung, Unzufriedenheit sowie zu Problemen in der Bewältigung späterer Herausforderungen. Zu bewältigende Entwicklungsaufgaben sind bspw. im Lebensabschnitt der Adoleszenz u.a. der Aufbau reifer Beziehungen mit Gleichaltrigen, die Akzeptanz des eigenen Körpers oder das Erlangen emotionaler Independenz von den Eltern. Individuen können diese Aufgaben in den entsprechenden sensitiven Entwicklungsabschnitten leichter bewältigen und externe Hilfe besser annehmen als in anderen Lebensphasen. Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ist dennoch grundsätzlich auch in anderen Entwicklungsabschnitten möglich – wenn auch unter erschwerten Bedingungen (vgl. Trabandt/Wagner 2021: 116 f.).

Im Gegensatz zu den von Erikson beschriebenen inneren Triebkräften, geht Havighurst davon aus, dass sich die Entwicklungsaufgaben aus der Kombination dreier intrinsischer und extrinsischer Faktoren ergeben: Zu einem Teil entstehen Entwicklungsaufgaben aus biologischen Faktoren, die überwiegend universell und kulturunabhängig sind und die physische Reife, also die individuelle Leistungsfähigkeit von Personen beschreiben. Weiter werden die zu bewältigenden Aufgaben von kulturellen Faktoren beeinflusst, die historisch variabel sind und häufig aus Erwartungen der Gesellschaft entstehen. Zuletzt sind auch psychologischen Faktoren zu nennen, welche die individuellen Werte und Ziele der Personen beschreiben (vgl. Lübeck 2020: 52; Trabandt/Wagner 2021: 116). Somit müssen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben unterschiedliche äußere und innere Anforderungen und daraus resultierende Gefühle reflektiert werden. Die Kompetenz zur Selbstregulation ist deshalb für eine gesunde psychosoziale Entwicklung essenziell (vgl. Bräutigam 2018: 26).

Ausblick

Am Beispiel der Jugendhilfe konnte aufgezeigt werden, dass Erlebnispädagogik auch zur Unterstützung der vorab dargestellten psychosozialen Entwicklungsprozesse genutzt werden kann, indem etwa Selbstregulationskompetenzen geschult werden. Nachdem in den bisherigen Kapiteln dieser Arbeit der Fokus auf die Arbeit mit Erlebnissen in pädagogische Settings gelegt wurde, widmet sich der nächste Teil der therapeutischen Arbeit mit Erlebnissen.

3 Erfahrungsorientierte Therapie

Neben der vorab dargestellten pädagogischen Arbeit mit Erlebnissen wurde *„das Erlebnis als Therapeutikum wiederentdeckt“* (Michl 2019: 129). Im therapeutischen Kontext kann von einer Wiederentdeckung gesprochen werden, da Kurt Hahn das Konzept der Erlebnistherapie begründete (siehe Kapitel 2.3.2), welches als Grundlage der modernen Erlebnispädagogik gilt (vgl. Baig-Schneider 2018: 116; Knoll 2018: 113 f.). Mit dem Ziel, den *„modernen Verfallserscheinungen der Gesellschaft“* (Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140), also der Verringerung körperlicher Fähigkeiten, von Eigenmotivation, Sorgfalt und Empathiefähigkeit, entgegenzuwirken, entwickelte er die vier Grundelemente seiner Erlebnistherapie: Körperliches Training, Expeditionen, Projekte und Dienste an den Nächsten (vgl. ebd.; Heckmair/Michl 2018: 33 f.). Rüdiger Gilsdorf hat 2004 mit seiner Dissertation einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Erlebnissen in therapeutischen Kontexten geleistet (vgl. Michl 2019: 129). Heute existieren in Deutschland unterschiedliche therapeutische Ansätze, die das Medium Erlebnis nutzen. Kilian Mehl stellt in seinem Buch *„Erfahrungsorientierte Therapie“* einige Beispiele dieser Ansätze im klinischen Bereich vor (vgl. Mehl 2017a: V ff.).

3.1 Begriffsbestimmungen

3.1.1 Begriffsvielfalt

Kurt Hahns Erlebnistherapie zielte nicht auf die Therapie von Individuen im psychotherapeutischen Sinne ab (vgl. Lakemann 2017a: 73), sondern auf *„die Korrektur von*

gesellschaftlichen Fehlentwicklungen durch eine erlebnisintensive Erziehung“ (Michl 2020: 29). Neben dem klassischen Begriff „Erlebnistherapie“, der u.a. von der Fontane-Klinik verwendet wird (vgl. Fontane-Klinik 2021a; Fontane-Klinik 1997, zit. nach Lakemann 2017a: 73; Klein-Isberner/Wenzel 2017: 139 ff.), existieren die Begriffe der „erlebniszentrierte Maßnahmen“ (vgl. Schag 2009, zit. nach Lakemann 2017a: 73) und der „erfahrungsorientierte Therapie“ (vgl. Mehl 2017a; Mehl 2014, zit. nach Lakemann 2017a: 73; Mehl/Wolf 2007, zit. nach Lakemann 2017a: 73). Weitere Begriffe wie „Wildnistherapie“, „Abenteuertherapie“ oder die englischen Ausdrücke „Adventure Therapy“ und „Wilderness Therapy“ betonen besondere Charakterzüge der jeweiligen Ansätze (vgl. Lakemann 2017a: 73 f.; Gilsdorf 2004: 12). Gilsdorf benennt eine Reihe von Definitionsversuchen der genannten Begriffe und resümiert, dass das klinisch-therapeutische Setting von besonderer Relevanz ist und Elemente der Erlebnispädagogik auch in therapeutischen Settings zu finden sind (vgl. Gilsdorf 2004: 18 ff.). Die Begriffe sollen im Folgenden unter der von Kilian Mehl geprägten Bezeichnung der erfahrungsorientierten Therapie subsumiert werden, da somit keine Verwechslungen mit Kurt Hahns Erlebnistherapie als Therapie der Gesellschaft entstehen. Zugleich wird durch den Begriff betont, dass – gemäß der E-Kette (siehe Kapitel 2.2.1) – eine therapeutische Wirkung erst einsetzen kann, wenn aus Erlebnissen Erfahrungen werden (vgl. Lakemann 2017a: 73). Bei der Beschreibung therapeutischer Ansätze oder der Nutzung direkter Zitate werden dennoch weiterhin auch andere Begriffe genutzt.

3.1.2 Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie

Um das bereits vorgestellte Handlungsfeld der Erlebnispädagogik von der erfahrungsorientierten Therapie abzugrenzen, sollen an dieser Stelle zunächst die Begriffe Pädagogik und Therapie definiert werden. Diese genaue Abgrenzung ist notwendig, um präzise Inhalte – wie etwa Wirkfaktoren – der jeweiligen Praxisfelder herausarbeiten zu können (vgl. Mehl 2017b: 13). Nach Gilsdorf ist *„Erlebnispädagogik einerseits ein Spektrum von intensiven einzelfallorientierten Maßnahmen bis hin zu einer an Gruppendynamischen Prinzipien orientierten Arbeit [...] und ist andererseits fließend, was die Grenzen zwischen Freizeitanimation und zielorientiertem pädagogischen Handeln angeht“* (Gilsdorf 2004: 12), während Erlebnistherapie sowohl *„für das ursprüngliche reformpädagogische*

Konzept Kurt Hahns [...], als auch für [...] Bemühungen, klinisch-therapeutische Konzepte auf der Basis abenteuer- und erfahrungsorientierten Lernens zu entwickeln“ (ebd.) steht. Mehl unterscheidet die Begriffe wie folgt: *„Pädagogik beschäftigt sich vorwiegend mit äußeren bestehenden Normen, gesellschaftlichen Konventionen und sozialen Aspekten des menschlichen Zusammenlebens, Therapie idealerweise mit den vorhandenen inneren Kontexten, der inneren Logik und den Dysfunktionen eines Patienten“* (Mehl 2017b: 15).

Auch wenn sich der Begriff der erfahrungsorientierten Therapie – ähnlich wie der Begriff der Erlebnispädagogik (siehe Kapitel 2.1) – nicht einheitlich definieren lässt (vgl. Gilsdorf 2004: 18 ff.), so lassen sich die beiden Praxisfelder zumindest voneinander abgrenzen. Im bisherigen Teil dieser Arbeit wurde die Erlebnispädagogik dargestellt, deren Methoden, Medien und Ziele auch in der erfahrungsorientierten Therapie Anwendung finden (vgl. Gilsdorf 2004: 20) und die als *„genuin pädagogischer Bereich in eine therapeutische Richtung einmünden“* (Heckmair/Michl 2018: 136) wird. Deshalb soll nun aufbauend auf die vorab thematisierte Erlebnispädagogik die erfahrungsorientierte Therapie genauer beschrieben werden.

3.2 Praktische Ansätze und Studien

Obwohl erlebnispädagogische Methoden in therapeutischen Settings bislang weder etabliert noch einheitlich definiert sind (vgl. Lakemann 2018: 267), existieren einige Berichte und Studien zu erfahrungsorientiert-therapeutischen Ansätzen in Deutschland. Diese werden im Folgenden knapp vorgestellt, um einen Überblick über die bereits vorhandenen Ansätze, Erfahrungen, Studien und weitere Veröffentlichungen zu erhalten.

3.2.1 Erfahrungsorientierte Therapie im Hochseilgarten der Klinik Wollmarshöhe

Seit den 1990er Jahren arbeitet die psychosomatische Klinik Wollmarshöhe unter der Leitung von Kilian Mehl mit dem ersten therapeutischen Hochseilgarten Deutschlands (vgl. Mehl 2017a: VII). In seinem 2017 erschienenen Buch „Erfahrungsorientierte

Therapie“ beschreibt Mehl, wie und warum die von ihm benannte erfahrungsorientierte Therapie wirkt und gibt einen Einblick in die Praxis der erfahrungsorientiert-therapeutischen Arbeit mit dem Hochseilgarten (vgl. Mehl 2017b: 3 ff.; Mehl 2017c: 112 ff.). Neben dem Hochseilgarten werden in der Klinik auch weitere erfahrungsorientierte Methoden wie Bogenschießen, Expeditionen, Niederparcours oder Medizinreisen therapeutisch genutzt (vgl. Mehl 2017a: VII).

Die dort angewandte erfahrungsorientierte Therapie mit dem Hochseilgarten wurde in zwei Studien untersucht: Zum einen wurde zwischen Januar 2004 und April 2005 eine prospektive, kontrollierte Evaluationsstudie durchgeführt, die „*Veränderungsprozesse, Wirkimpulse und Effektstärken durch eine erfahrungsorientierte Exposition auf einem Hochseilgarten*“ (Mehl 2017c: 118) zwischen zwei Gruppen von Patient*innen² vergleichen sollte: Die 155 Patient*innen der ersten Gruppe nahmen an der Hochseilexposition teil, die 92 Patient*innen der zweiten Gruppe erhielten eine übliche therapeutische Behandlung. Es wurde festgestellt, dass die Methode der Exposition auf dem Hochseilgarten eine hohe Akzeptanz unter den Patient*innen hatte, was eine Grundvoraussetzung für den therapeutischen Erfolg darstellt. Weiter erzielten die Patient*innen der ersten Gruppe „*signifikant größere Effektstärken in den Bereichen Gesamtbeeinträchtigung, Depressivität, State- und Trait-Ängste³, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit*“ (Mehl 2017c: 119) im Vergleich zur zweiten Gruppe (vgl. Mehl 2017c: 118 f.). Zum anderen wurde eine Katamnese-Studie über 24 Monate durchgeführt, um „*Wirkimpulse und Effektstärken von Hochseilgärten im stationären Setting*“ (Mehl 2017c: 119) zu evaluieren. Hierfür wurden die Daten von 104 Patient*innen, die an der Exposition im Hochseilgarten teilgenommen haben, mit den Daten von 53 Patient*innen aus einer Kontrollgruppe verglichen. Bei Patient*innen, die auch an der erfahrungsorientierten Therapie teilnahmen, wurden im Vergleich zur Kontrollgruppe „*deutlich bessere Ergebnisse in den*

² Der im vorhergehenden Kapitel zur Erlebnispädagogik genutzte Begriff der Nutzer*innen wird aufgrund des medizinischen Kontexts der erfahrungsorientierten Therapie im Folgenden durch den Begriff der Patient*innen ersetzt.

³ State-Angst bezeichnet die der Persönlichkeit immanenten Angst und Trait-Angst die Angst im aktuellen Zustand (vgl. Mehl 2017c: 119).

Bereichen persönlichkeitsimmanente Angst (Trait-Angst), Depressivität und Selbstwirksamkeit, nicht jedoch im Hinblick auf Zustandsangst (State-Angst) und externale Kontrollüberzeugungen“ (Mehl 2017c: 119) festgestellt. Ähnlich wie in der ersten Studie wurde in der Gruppe der Patient*innen, die an der erfahrungsorientierten Therapie teilgenommen haben, *„eine relative Persistenz der in der stationären Phase erzielten positiven Ergebnisse“* (Mehl 2017c: 119) festgestellt (vgl. Mehl 2017c: 118 f.). Mehl bewertet die Studienergebnisse, die *„die großen Wirkimpulse, Effektstärken und Veränderungsprozesse, die durch EOT [erfahrungsorientierte Therapie]“* (Mehl 2017c: 120) beschreiben, als erste Hinweise auf den möglichen Nutzen der Expositionen im Hochseilgarten in der stationären Psychotherapie und betont zugleich die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen (vgl. Mehl 2017c: 119 f.).

3.2.2 Therapeutisches Bogenschießen

Ebenfalls in der Klinik Wollmarshöhe wird seit Anfang der 2000er Jahre mit der therapeutischen Methode des Bogenschießens gearbeitet (vgl. Schäfer 2017: 130). Der langjährige Leiter des therapeutischen Bogenschießens, Karl-Heinz Schäfer, hat diesbezüglich mehrere Artikel, sowie 2015 das Buch *„Therapeutisches Bogenschießen“* veröffentlicht und beschreibt darin sein Konzept des Bogenschießens in der Klinik sowie in seiner eigenen psychotherapeutischen Praxis (vgl. Schäfer 2018: 7 f.; Schäfer 2022). Das therapeutische Bogenschießen wird von Schäfer *„nicht als eigenständige, vollwertige Therapieform, sondern als besonders wertvoller Bestandteil einer umfassenderen Psychotherapie oder psychosomatischen Behandlung“* (Schäfer 2017: 137) verstanden und wurde von fast allen Patient*innen als *„hilfreicher und wertvoller Teil der Therapie eingeschätzt“* (Schäfer 2015, zit. nach Schäfer 2017: 130). Neben einer kleineren Studie zu Wirkimpulsen des therapeutischen Bogenschießens in der Klinik Wollmarshöhe im Rahmen einer Bachelorarbeit und einer noch laufenden Folgestudie (vgl. Klinik Wollmarshöhe GmbH 2022) liegen bisher keine weiteren Daten aus größeren wissenschaftlichen Untersuchungen zum Bogenschießen in der Therapie vor.

3.2.3 Klettern in der Therapie

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Thomas Lukowski bietet in seiner Münchner Praxis neben analytisch orientierter Therapie auch Verhaltenstherapie an, in der er auch mit der Methode des Kletterns in der Therapie arbeitet (vgl. Mehl 2017a: VIII). Seit 2004 beschäftigt er sich praktisch und wissenschaftlich sowie als Ausbilder mit Klettern in der Therapie und hat 2017 das Buch „Klettern in der Therapie“, sowie weitere Artikel veröffentlicht, in dem er die praktische Durchführung des therapeutischen Kletterns sowie den theoretischen wissenschaftlichen Hintergrund seiner Arbeit darstellt (vgl. Lukowski 2017b: 5 f., 7; Lukowski 2017a: 121 ff.). Darin beschreibt Lukowski die *„drei Bestandteile zur Wirkung des Kletterns im psychologischen Bereich“* (Lukowski 2010: 19 f.), die neben entsprechender therapeutischer Erfahrung und Ausbildung der Therapeut*innen für einen wirksamen Einsatz von Klettern in der Therapie vorliegen sollten: Diese sind 1) die Konfrontation, Bewältigung und Akzeptanz mit einer der Grundängste des Menschen⁴, 2) die Auslöschung oder Minderung anderer Ängste durch die Konfrontation und Bewältigung einer Grundangst im Sinne der „gate-controll-Theorie“⁵ und 3) die Aktivierung der Neurotransmittersysteme (Adrenalin, Serotonin, Dopamin und Endorphine) sowie das Auslösen von *„allgemeinen positiven psychologischen Effekten (z.B. soziales Interagieren, Aufbau des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins etc.)“* (Lukowski 2010: 20) durch das Klettern (vgl. Lukowski 2010: 19 ff.).

Lukowski verweist auf weitere Anwendungen des therapeutischen Kletterns in ambulanten sowie in stationären Settings psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken. Neben der bereits genannte Klinik Wollmarshöhe in Bodnegg, findet das Klettern in der Therapie beispielsweise in der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen, in der

⁴ Diese sind nach der Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross 1) die Angst vor dem unkontrollierten Fallen auf großer Höhe und 2) die Angst unerwartet durch laute Geräusche erschreckt zu werden (vgl. Lukowski 2010: 19 f.).

⁵ Die „gate-controll-Theorie“ der Schmerztherapie geht von einer zentralen Durchlassstelle der Schmerzwahrnehmung aus. Diese Stelle kann durch innere und äußere Reize moduliert werden, wodurch Schmerzen abgemildert oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Lukowski geht von einer ähnlichen Durchlassstelle für Angstwahrnehmung aus (vgl. Lukowski 2010: 20).

Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen, in der Psychosomatischen Klinik Ahrweiler, in der Isar-Amper-Klinik München-Ost sowie in der Ameos-Klinik in Simbach am Inn Anwendung. Obwohl eine steigende Anzahl an Einzelveröffentlichungen und kleineren Untersuchungen *„eindeutig eine ausgeprägte Wirksamkeit der Klettertherapie belegen“* (Lukowski 2017a: 127), hofft Lukowski auf größere Studien, da die *„wissenschaftliche Datenlage zur Wirksamkeit der Klettertherapie derzeit noch unbefriedigend“* (ebd.) ist (vgl. ebd.).

3.2.4 Erlebnistherapie in der Fontane-Klinik

Seit 1995 wird in der Fontane-Klinik in Motzen erfahrungsorientiert therapeutisch gearbeitet. Unter der Bezeichnung „Erlebnistherapie“ versteht die Klinik keine *„eigenständige Therapie, sondern [...] eine mögliche Interventionsform“* (Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140) im Rahmen der dort angebotenen Behandlungen (vgl. ebd.). In der Fontane-Klinik werden erlebnistherapeutische Interventionen in zwei Bezugsgruppen der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen sowie in der Jugendgruppe der Abteilung Kinder- und Jugendpsychosomatik angewandt. Im Rahmen von zweistündigen Erlebnistherapien, Outdoor-Tagen oder mehrtägigen Touren werden Aktivitäten wie Klettern, Bogenschießen, Floßbau, Kanu- oder Fahrradtouren und Kooperationsübungen therapeutisch genutzt (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017: 142 f.; Fontane-Klinik 2021a; Fontane-Klinik 2021b).

Der therapeutische Leiter der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen der Fontane-Klinik, Thomas Klein-Isberner, hat gemeinsam mit Katja Wenzel, der Sport- und Erlebnistherapeutin der Klinik, in einem Beitrag der bereits erwähnten Veröffentlichung von Kilian Mehl (siehe Kapitel 3 und 3.2.1) die in der Fontane-Klinik angewandte Erlebnistherapie, sowie deren Wirkungen, Zielgruppen, Kontraindikationen, Grenzen und Schwierigkeiten dargestellt (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017: 139 ff.). Die beiden Autor*innen beschreiben Verbesserungen in *„Sach-, Selbst-, Sozial- und Gefühlskompetenzen“* (Klein-Isberner/Wenzel 2017: 144) und betonen, dass im stationären Setting der Transfer des Gelernten in den Alltag gut begleitet werden kann, indem mit therapeutisch angeleiteten Reflektionsmethoden sowie mit Metaphern gearbeitet wird (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017:

144, 146). Neben den dort dargestellten Erfahrungen bezüglich der Wirkung sind keine weiteren Studien oder wissenschaftlichen Daten zur in der Fontane-Klinik angewandten Erlebnistherapie bekannt.

3.2.5 Modellprojekt im Evangelischen Klinikum Bethel

In einem zweimonatigen Modellprojekt, das durch die qualitative Analyse von Interviews ausgewertet wurde, sollte herausgefunden werden, „*ob und wie sich erlebnispädagogische Methoden in der Therapie und Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen nutzen lassen*“ (Lakemann 2017b: 150). Aufgrund des Charakters der qualitativen Sozialforschung sollten – im Gegensatz zu quantitativen Forschungen – keine Häufigkeitsaussagen getroffen werden. Ziel war es, die gesamte Komplexität der sozialen Realität sowie „*die Charakterisierung von Mustern, Möglichkeitsspektren und Merkmalskonstellationen sowie deren wechselseitige Beeinflussung*“ (ebd.) darzustellen (vgl. Lakemann 2017b: 150f.). Methodik und Ergebnisse des Projekts wurden von Ulrich Lakemann 2008 (gemeinsam mit Lutz Koppmann) und 2017 in Kilian Mehls Veröffentlichung (siehe Kapitel 3 und 3.2.1) detailliert beschrieben (vgl. Lakemann 2017b: 149 ff.). Die Aktionen wurden von einem Erlebnispädagogen angeleitet, therapeutisch begleitet und richteten sich an Patient*innen mit psychischen Erkrankungen, die eine aus medizinischer Sicht mögliche Rehabilitation anstrebten. Meist wurden die Aktionen in Gruppen durchgeführt und umfassten neben klassischen erlebnispädagogischen Übungen auch Methoden wie Klettern und eine eintägige Segelexkursion (vgl. Lakemann 2017b: 150 ff.).

Lakemann konnte „*zahlreiche Kategorien entwickeln, die Wirkimpulse auf die einzelnen Personen und die Gruppe verdeutlichen*“ (Lakemann 2017b: 169). So benennt Lakemann etwa das Naturerleben durch das Verlassen der Klinik, die Aktivierung und körperliche Bewegung sowie das Erleben von Freiheit, Glück, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen als Resultat von Erfolgserlebnissen (vgl. ebd.). Da beim Einsatz erlebnispädagogischer Methoden in der erfahrungsorientiert-therapeutischen Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen potenziell eher kritische Situationen entstehen können als in der klassischen Erlebnispädagogik, betont Lakemann den Stellenwert der therapeutischen

Begleitung, da auch während des Modellprojekts Ängste, unerwünschte Assoziationen und problematische Situationen auftraten. Auch um einen „*Transfer des Erlebten in alltagstaugliche Erfahrungen zu unterstützen*“ (Lakemann 2017b: 170) und um die Erlebnisse als therapeutische Lernerfolge nachhaltig nutzen zu können ist die therapeutische Begleitung von besonderer Relevanz (vgl. Lakemann 2017b: 169 f.).

3.2.6 Erfahrungsorientierte Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe

Auch im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe werden erfahrungsorientierte therapeutische Maßnahmen genutzt. Im Folgenden sollen deshalb beispielhaft die Angebote zweier Träger vorgestellt werden, die mit erfahrungsorientierter Therapie arbeiten.

Seit 1994 führt das KAP-Institut individualpädagogische Einzelbetreuungsmaßnahmen mit „*erlebnispädagogischen und erlebnistherapeutischen Methoden*“ (KAP-Institut 2022b) inner- und außerhalb Deutschlands durch. Daneben existiert seit 2019 eine erlebnistherapeutische Wohngruppe mit 5 Plätzen (vgl. ebd.; KAP-Institut 2022c, KAP-Institut 2022d). Nach dem Geschäftsführer des KAP-Instituts Peter Alberter werden für die Erlebnistherapie möglichst viele Informationen über die Kinder und Jugendlichen gesammelt, um mit diesen – auf Grundlage verschiedener therapeutischer Ansätze wie Verhaltens- oder Gesprächstherapie – ein erlebnistherapeutisches Konzept zu entwickeln (vgl. Alberter 2020: 16), „*das auf jedes einzelne Kind und jeden Jugendlichen individuell zugeschnitten ist*“ (ebd.). Dabei betont er den hohen Stellenwert des Natur-Settings der Erlebnistherapie, während Reflexionsgespräche, Anamnese oder Diagnostik auch an anderen Orten durchgeführt werden können (vgl. ebd.). Die Erlebnistherapie des KAP-Instituts ist „*sozusagen Erlebnispädagogik plus therapeutisches Fachwissen und beruht auf Anamnese, Diagnostik und langjähriger Erfahrung im Umgang mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen*“ (Alberter 2020: 15 f.). Neben der erlebnistherapeutischen Arbeit mit Kindern- und Jugendlichen bietet das KAP-Institut Ausbildungskurse zu traumazentrierter Erlebnistherapie an (vgl. KAP-Institut 2022a).

Das Kinder- und Jugenddorf des Neukirchner Erziehungsvereins ist eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung für Kinder und Jugendliche mit insgesamt zehn Wohngruppen. Das Therapeut*innenteam der Einrichtung wird dauerhaft von einem Erlebnistherapeuten unterstützt. Neben erlebnistherapeutischen Einheiten in der Arbeit des therapeutischen Fachdiensts, der mit verschiedensten therapeutischen und psychotherapeutischen Ansätzen arbeitet, existieren weitere Angebote: Erlebnistherapeutische Gruppenangebote für delinquente Jugendliche, Erlebnis- und Klettertherapie in einer eigenen Boulderhalle oder in der Natur und Erlebnistherapie in Form mehrwöchiger Ferienprojekte in Schweden (vgl. Hotstegs/Hauser 2020: 18 f.). Der Erlebnistherapeut und ein Erlebnispädagoge der Einrichtung halten die Erlebnistherapie für eine wichtige Ergänzung bestehender Therapieangebote, da insbesondere therapiemüde Jugendliche gut abgeholt werden können. Einen Nutzen der Erlebnistherapie sehen sie durch ihre eigene Erfahrung sowie Forschungsergebnisse bestätigt. Dabei wird auf die Metaanalyse von Bowen und Neill aus dem Jahre 2013 verwiesen, die aufzeigt, „*dass die Bereiche mit den größten Effektstärken „Verhalten und Psyche (Störungen/Klinisch)“, „Selbstkonzept“ und „Psychosoziale Entwicklung sind“*“ (Bowen/Neill 2013, zit. nach Hotstegs/Hauser 2020: 20) und dass die Nutzer*innen der Kinder- und Jugendhilfe somit eine geeignete Zielgruppe erlebnistherapeutischer Aktivitäten darstellen (vgl. Hotstegs/Hauser 2020: 20).

3.2.7 Weitere Studien

Neben den bereits vorgestellten Studien existieren weitere Forschungen zu erfahrungsorientiert-therapeutischen Ansätzen, die in dieser Arbeit nicht weiter behandelt, aber zumindest genannt werden sollen: 2009 wurden Thorsten Schag in einer empirischen Studie Wirkfaktoren von „*erlebniszentrierten Maßnahmen [...] bei Klienten mit Abhängigkeits-erkrankungen*“ (Lakemann 2018: 270) identifiziert. Darüber hinaus liegen Studien zum psychotherapeutischen Nutzen des Kletterns von Jenuwein aus dem Jahre 2014 sowie von Kowald und Zajetz aus dem Jahre 2015 vor. Weiter existieren auf internationaler Ebene eine größere Anzahl empirischer Evaluationsstudien, die vor allem in den USA, Australien und Kanada durchgeführt wurden (vgl. ebd; Lakemann 2017, zit. nach Lakemann 2018: 270).

Besonders hervorzuheben ist die bereits erwähnte Metaanalyse von Bowen und Neill der University of Canberra in Australien aus dem Jahre 2013 (siehe Kapitel 3.2.6), in der 197 Primärstudien sowie weitere Primärstudien aus fast allen relevanten vorangegangenen Metaanalysen berücksichtigt wurden. Im Vergleich zu anderen Studien zur Anwendung erlebnispädagogischer Methoden nutzt die Metastudie die breiteste Datenbasis, ist methodisch am differenziertesten und konnte das Wissen vorheriger Metastudien bestätigen: „*Erlebnispädagogik ist als evidenzbasierter Handlungsansatz anzusehen*“ (Heekerens 2018: 315). Es konnten „*in konsistenter Weise statistisch signifikante und praktisch bedeutsame Erfolge*“ (ebd.) nachgewiesen werden, aus denen eine geringe bis mittlere Effektstärke⁶ erlebnispädagogischer Methoden resultiert. Die nachgewiesene Effektstärke liegt somit – bezogen auf die Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen – im Durchschnitt der Effektstärken psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Interventionen. Der Titel der Studie „*A Meta-Analysis of Adventure Therapy Outcomes and Moderators*“ zeigt, dass sich diese Aussagen nicht nur die Effektivität des Gesamtgebiets der Erlebnispädagogik beziehen – vielmehr wurden Primärstudien berücksichtigt, in denen nach deutschen Bezeichnungen sowohl psychotherapeutische als auch psychosoziale Interventionen untersucht wurden. Obwohl die Metaanalyse sich somit nicht ausschließlich auf erfahrungsorientierte therapeutische Aktivitäten bezieht (vgl. Heekerens 2018: 315 f.), werden die Ergebnisse durchaus als Hinweise auf die Effektivität erfahrungsorientierter Therapien verstanden (vgl. Lakemann 2017a: 98).

Lakemann resümiert, dass empirische Studien unterschiedlichste Wirkeffekte erfahrungsorientierter Therapien nachweisen konnten. Dazu zählen u.a. der „*Aufbau und das*

⁶ In der Ergebnisforschung wird in die Aspekte Wirksamkeit (efficacy), Effektivität (effectiveness) und Effizienz (efficiency) unterschieden. Wirksamkeit bezieht sich auf unter Laborbedingungen entstandene Ergebnisse, Effektivität auf Ergebnisse, die unter Feldbedingungen entstanden sind, während mit Effizienz Wirksamkeit oder Effektivität verbunden mit anderen Faktoren, wie z.B. finanziellem Aufwand, geprüft werden (vgl. Heekerens 2018: 314). Die meisten Evaluationen von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie finden unter Feldbedingungen statt, meist von Effektivität gesprochen wird (vgl. Heekerens 2018, zit. nach Heekerens 2018: 314).

Training von Basiskompetenzen, die Fähigkeit, mit Angst umzugehen, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, die Zunahme des Selbstwertgefühls und wichtige Effekte in Bezug auf die Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen sowie eine grundsätzliche deutliche Reduktion der vorherigen klinischen Symptome“ (Lakemann 2017a: 106). Weiter weist er auf eine gesteigerte Körperwahrnehmung und Freude an körperlichen Aktivitäten sowie auf verbesserte Kommunikationsfähigkeiten hin. Die erzielten Wirkeffekte können über den therapeutischen Kontext hinaus bestehen bleiben und *„nachhaltige Effekte in der Behandlung von psychischen Störungen“* (ebd.) begründen (vgl. ebd.).

3.3 Wirkweise erfahrungsorientierter Therapie

Während klassische Formen der Psychotherapie mit verbaler oder nonverbaler Kommunikation Ziele wie Symptomreduktion oder Veränderungsprozesse der Persönlichkeit erreichen möchten (vgl. Strotzka 1975, zit. nach Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140), sind erlebnistherapeutische Ansätze ganzheitlich orientiert und bauen auf Erfahren und Erleben in subjektiv außergewöhnlichen Settings – oftmals in der Natur – auf (vgl. Lakemann 2017a: 104). Durch den ganzheitlichen und handlungsorientierten Charakter der erfahrungsorientierten Therapie entstehen neue therapeutische und diagnostische Möglichkeiten, die in einem therapeutischen Gesamtkonzept genutzt werden können. So haben *„mögliche Erklärungsmuster dysfunktionaler kognitiv-rationaler Art, wie sie [...] oft in Gesprächen präsentiert werden [und] die das tatsächliche „innere Verhalten“ eher verschleiern“* (Mehl 2017b: 19) in der erfahrungsorientierten Therapie keinen Bestand mehr, da Therapeut*innen ihre Patient*innen ganzheitlich – mit Körper, Seele und Geist – wahrnehmen und somit Denk-, Fühl- oder Verhaltensmuster in Diagnostik und Therapie miteinbezogen werden können (vgl. ebd.).

Die Grundannahme erfahrungsorientierter Therapie ist *„die Revision dysfunktionaler, vorhandener alter kognitiver und emotionaler Verhaltensmuster durch neue Erfahrungen mit Körper, Seele und Geist (Primärerfahrungen)“* (Mehl 2017b: 60). Dafür sollen aus

neurobiologischer Sicht dysfunktionale Verbindungen im limbischen System⁷ mit funktionalen Verbindungen ersetzt werden (vgl. Mehl 2017b: 39). Die zentrale Rolle von Erfahrungen in erfahrungsorientierten therapeutischen Kontexten wird damit begründet, dass Erfahrungen das Selbst ganzheitlich ansprechen, also den Körper (motorisch), die Seele (affektiv) und den Geist (kognitiv). Erfahrungen werden durch Emotionen verarbeitet, die neurobiologische betrachtet das limbische System aktivieren, weshalb Erfahrungen fester im Gehirn verankert werden als Erlebnisse ohne emotionale Bewertung (vgl. Mehl 2017b: 7). Aufgrund des Ziels dieser Arbeit werden neurobiologischen Aspekte an dieser Stelle nicht weiter vertieft, sondern der Fokus auf Wirkfaktoren der erfahrungsorientierten Therapie gelegt.

Exkurs II: Wirkfaktoren der Psychotherapie

Ausgehend von der Annahme, dass alle Menschen „*universelle psychische Grundbedürfnisse*“ (Grawe 2000, zit. nach Lübeck 2020: 137; Grawe 2004, zit. nach Lübeck 2020: 137) haben, deren (Un-)Befriedigung zum Entstehen psychischer Störungen führen kann, wurden psychotherapeutische Vorgehensweisen entwickelt, die „*die jedem Menschen innewohnenden Grundbedürfnisse befriedigen [...] und ihm so zur psychischen Genesung und Krisenbewältigung verhelfen*“ (Lübeck 2020: 137). Nach Klaus Grawe⁸ streben alle Menschen nach Konsistenz⁹, die durch die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse erreicht werden kann (vgl. Lübeck 2020: 137 f.). Gemäß Grawe sind diese Grundbedürfnisse: „*(1) das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle [...], (2) das Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung [...], (3) das Bindungsbedürfnis [...] und (4) das*

⁷ Das limbische System bezeichnet Regionen des Gehirns, die affektives Verhalten wie Angst, Wut, Sexualität oder Aggression ermöglichen. Es ist auch an Gedächtnisbildung und Lernprozessen beteiligt (vgl. Zilles/Rehkämper 1994: 334).

⁸ Klaus Grawe (1943 – 2005) war ein deutscher Psychotherapeut und Psychotherapieforscher, dessen Veröffentlichungen zu Wirksamkeit und Wirkungsweisen von Psychotherapien international Bekanntheitsgrad erlangten (vgl. Petzgold 2006: 37 f.).

⁹ Konsistenz meint das Erleben der Übereinstimmung von „*aktuellen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen*“ (Lübeck 2020: 138).

Bedürfnis nach Selbstschutz und Selbstwerterhöhung“ (Grawe 2000, zit. nach Lübeck 2020: 138).

Grawe benennt auf Grundlage einer Metastudie (vgl. Paulus 1995, zit. nach Klein-Isberner/Wenzel 2017: 142) „vier Wirkfaktoren der allgemeinen Psychotherapie“ (Znoj/Grawe 2004: 204), die bei der Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse unterstützend wirken sollen, wenn sie in der psychotherapeutischen Praxis angewandt werden (vgl. Lübeck 2020: 138). Die Wirkfaktoren nach Grawe sind die „*motivationale Klärung und Motivation zur Veränderung [...], Ressourcenaktivierung [...], Problemaktualisierung [...]* [und] *aktive Hilfe zur Problembewältigung*“ (Grawe 2004, zit. nach Lübeck 2020: 138 f.). Neben den Wirkfaktoren nach Grawe gilt die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in als übergeordneter Wirkfaktor für das Erreichen eines gewünschten Ziels in Psychotherapien (vgl. Lübeck 2020: 139). Die genannten Wirkfaktoren werden in dieser Arbeit nicht weiter vertieft – deren Grundprinzip soll lediglich dem Verständnis der folgenden Darstellung von Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapien dienen.

3.5 Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie nach Lakemann

Bezogen auf wirksame erfahrungsorientierte Therapien hat Ulrich Lakemann „*Aspekte*“ (Lakemann 2017a: 104) benannt, die besonders zu beachten sind, damit sich das Potential des Ansatzes zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen entfalten kann. Hier kann demnach auch von Wirkfaktoren gesprochen werden, da sowohl Grawes als auch Lakemanns Punkte als Voraussetzungen für eine effektive Therapie zu verstehen sind. Im Folgenden werden die nach Lakemann wichtigsten Wirkfaktoren (vgl. Lakemann 2017a: 104 ff.) benannt und ihre Relevanz für den erfahrungsorientiert-therapeutischen Prozess aufgezeigt. Dafür werden Lakemanns Darstellungen durch Beiträge anderer Autor*innen ergänzt¹⁰.

¹⁰ Die im Folgenden aufgeführten Wirkfaktoren sind nach Lakemann „*besonders hervorzuheben*“ (Lakemann 2017a: 104) und allgemein formuliert, weshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit

3.5.1 Wechsel des Kontextes

Therapeutische Settings orientieren sich stets an Aufgaben und Anliegen der Therapie. Da erfahrungsorientiertes Lernen ganzheitliche Aktivität und Bewegung voraussetzt, lassen sich in der Natur, aber auch in der Stadt oder in Gebäuden funktionale Möglichkeitsräume für erfahrungsorientierte Therapien finden. Dass für erfahrungsorientierte Therapien meist ein Setting in freier Natur gewählt wird, lässt sich weiter damit begründen, dass die Natur für viele Menschen ein nicht alltäglicher Ort ist, an dem sie sich – im Gegensatz zum Alltag in Städten – entspannen können und sich geborgen fühlen. Dies erleichtert es Patient*innen, einen Zugang zu sich selbst zu finden und Kontrolle an Therapeut*innen abgeben zu können. Hieraus ergeben sich aus der Natur als therapeutisches Setting eine Vielzahl an Möglichkeiten, die bspw. in Praxen nicht vorhanden sind (vgl. Mehl 2017b: 60 f.).

Veränderungsimpulse erlebnispädagogischer Interventionen in therapeutischen Settings sind kontextbasiert, gehen also vom (ungewohnten) Umfeld und nicht von dem*der Therapeut*in aus. Dies ermöglicht es den Patient*innen ihre gewohnte Lebenswelt, welche ihre psychische Erkrankung inkludiert, zu verlassen. Da der Kontext Natur gesellschaftliche Aspekte und somit die Komplexität der Lebenswelt der Patient*innen reduziert, ermöglichen erlebnispädagogische Interventionen neuere und unvorbelastetere Blickwinkel auf Herausforderungen (vgl. Lakemann 2018: 268 f.). Durch einen neuen, für die Patient*innen außergewöhnlichen Kontext, wie ihn die Natur bietet, können Patient*innen Perspektiven einnehmen, die in ihrem alltäglichen Kontext nicht denkbar wären. Das bietet in erfahrungsorientierten therapeutischen Settings die Grundlage für neue Erfahrungen, die metaphorisch mit alltäglichen Situationen verknüpft werden können. Der Wechsel des Kontexts ist somit ein wesentlicher Faktor für die nachhaltige Wirkung der erfahrungsorientierten Therapie (vgl. Lakemann 2017a: 104 f.).

besteht. So lassen sich bspw. die von Lukowski genannten „Bestandteile zur Wirkung“ (Lukowski 2010: 19 f.) des Kletterns in der Therapie (vgl. Kapitel 3.2.3) in dieser Aufzählung nicht wiederfinden.

Weiter kann die Natur in der erfahrungsorientierten Therapie bspw. als Raum für Symbolarbeit dienen: Während Menschen sich in ihrem alltäglichen Umfeld überfordert oder nicht heimisch fühlen können, ist die Natur stets ein vertrauter Ort, der entschleunigen kann und nicht durch unerfüllbare Ansprüche überfordernd oder fremd wirkt. Dieses Setting eignet sich somit für therapeutische Symbolarbeit wie Schwellen- oder Übergangsrituale, die eine Trennung von alten und einen Übergang zu funktionalen, „*neu etablierten Denk-, Fühl-, Verhaltens- und Handlungsmustern*“ (Mehl 2017b: 61) unterstützen kann. Mehl benennt als therapeutische Methoden im Outdoor-Setting Aktivitäten wie vorstrukturierte Expeditionen, Klettern, Abseilen, therapeutisches Wandern oder Projektarbeiten wie Floßbau (vgl. Mehl 2017b: 61 f.).

Zugleich erlaubt das ungewohnte Therapiesetting neue Möglichkeiten in der Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in, da der therapeutische Kontext eher zweitrangig wahrgenommen wird und das Erlebnis im Vordergrund steht. Vor allem in Settings, die die Gemeinschaft fördern, ist das Aufrechterhalten einer professionellen Distanz mitunter schwierig und gilt als besondere Herausforderung für Therapeut*innen (siehe auch Kapitel 3.5.6; vgl. Lakemann 2018: 269).

3.5.2 Gruppenaktivitäten

Erfahrungsorientierte Therapie wird oftmals in Gruppen durchgeführt (vgl. Gilsdorf 2004: 17), wodurch sich die einzelnen Patient*innen selbst in der Interaktion mit anderen wahrnehmen können. Gruppensettings bieten außerdem die Möglichkeit, dass sich Einzelpersonen in Kontrast mit anderen Gruppenmitgliedern reflektieren und ihre eigenen Fähigkeiten einordnen können. Weiter kann von Gruppen großes Unterstützungspotential für einzelne Patient*innen ausgehen: So können bspw. Personen aus dem alltäglichen Umfeld der Patient*innen miteinbezogen werden, um den Lerntransfer in den Alltag zu erleichtern. Kann eine erfahrungsorientierte Therapie in einer Gruppe durchgeführt werden, können aus einem solchen Gruppensetting somit Vorteile für eine wirksame und nachhaltige Behandlung genutzt werden (vgl. Lakemann 2017a: 105). Auch weitere Autor*innen betonen das Potenzial der erfahrungsorientiert-therapeutischen Arbeit mit

Gruppen (vgl. Fackler/Raff 1998, zit. nach Gilsdorf 2004: 18; Gass et al. 2012, zit. nach Lakemann 2017a: 82), wobei Mehl darauf verweist, dass je nach Einzelfall entschieden werden sollte, ob Einzel- oder Gruppentherapeutische Settings genutzt werden sollten (vgl. Mehl 2017b: 55 f.).

3.5.3 Transfer und Nachsorge

Durch Reflexionen während oder nach erfahrungsorientierten therapeutischen Aktivitäten wird der Transfer der therapeutischen Erfolge in den Alltag der Patient*innen unterstützt, damit im Sinne der E-Kette (siehe Kapitel 2.2.1) aus Erlebnissen Erfahrungen und Erkenntnisse entstehen können (vgl. Lakemann 2017a: 84). Reflexionen in der erfahrungsorientierten Therapie sind grundlegender Teil des therapeutischen Prozesses (vgl. Mehl 2017b: 52, 60; Lukowski 2017a: 126) und zielen darauf ab, „*das eigene konkrete Verhalten in der Aktion mit Bezug auf das tägliche Leben zu reflektieren*“ (Lakemann 2017a: 84). Hierzu werden beispielsweise therapeutische Techniken mit Reflexionselementen genutzt, um Patient*innen zur Reflexion eigener Verhaltensmuster anzuregen (vgl. ebd.). Weiter ist die Arbeit mit Metaphern für einen Alltagstransfer der Erfolge erfahrungsorientierter Therapien von hoher Bedeutung (vgl. Kimball/Bacon 1993, zit. nach Lakemann 2017a: 84; Klein-Isberner/Wenzel 2017: 144). Die Bedeutung von Metaphern in der Erlebnispädagogik wurde bereits in Kapitel 2.4 dargestellt und wird in Kapitel 3.5.9 bzgl. erfahrungsorientierter Therapien erneut aufgegriffen.

Um einen Transfer der therapeutischen Erfolge in den Alltag der Patient*innen zu ermöglichen, ist außerdem eine Nachsorge in Form weiterer therapeutischen Begleitungen und Folgeaktivitäten nach Abschluss der erfahrungsorientierten Therapie notwendig (vgl. Lakemann 2017a: 105). „*Die Follow-up-Aktivitäten – beispielsweise tagesstrukturierende Maßnahmen – sollten aufeinander abgestimmt sein und sowohl zum Patienten als auch zu seinem alltäglichen Lebensumfeld – z.B. bei Jugendlichen zur Familie und Schule – passen*“ (Lakemann 2017a: 85).

3.5.4 Integratives Therapiekonzept

Erfahrungsorientierte Therapie versteht sich meist als integratives Therapiekonzept, das mit anderen therapeutischen Ansätzen verbunden wird (vgl. Mehl 2017, zit. nach Lakemann 2017a: 85) und keine anderen Therapieformen ersetzen, sondern diese ergänzen soll, um eine insgesamt erfolgreichere Therapie zu gestalten (vgl. Lakemann 2017a: 105; Gass 1993, zit. nach Lakemann 2017a: 85). Viele Autor*innen aus der Praxis betonen, dass ihre erfahrungsorientierte Therapie keine eigenständige Therapieform, sondern Teil eines therapeutischen Gesamtkonzepts ist (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140 f.; Mehl 2017c: 120; Schäfer 2017: 137; Hotstegs/Hauser 2020: 20).

Die erfahrungsorientierte Therapie wird durch Reflexionen mit dem gesamttherapeutischen Prozess und den zu behandelnden Themen verknüpft. Durch den ganzheitlichen und handlungsorientierten Charakter der Therapie beziehen sich Reflexionen auf selbst miterlebte Situationen während der therapeutischen Aktivität, weshalb die Inhalte der Reflexion für die Patient*innen besonders nachvollziehbar sind. So entsteht durch die „*Erlebnistherapie als therapeutisches Ergänzungsverfahren*“ (Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140) ein neuer Rahmen (siehe Kapitel 3.3), der zusätzliche therapeutische Möglichkeiten bieten kann, da Patient*innen in diesem Rahmen ihre psychotherapeutischen Themen wie Vertrauen, Selbstwertgefühl, Identität oder Abhängigkeit neu bearbeiten können. (vgl. ebd.).

3.5.5 Zielgruppen

Bei der Beurteilung, ob erfahrungsorientierte Therapie für bestimmte Patient*innen geeignet ist, sind verschiedene Faktoren zu beachten, um die psychische und physische Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten und um einen therapeutischen Erfolg zu erzielen. Insbesondere Menschen in akuten psychischen Krisen können im Sinne des Lernzonenmodells nach Nadler und Luckner (siehe Kapitel 2.3.4) durch erfahrungsorientiert-therapeutische Aktivitäten in die Panikzone geraten, in der kein Lernprozess stattfinden kann und somit keine therapeutischen Erfolge erzielen (vgl. Lakemann 2018: 267 f.). Um die Sicherheit aller Patient*innen zu gewährleisten werden oftmals u.a. Menschen von

der Teilnahme ausgeschlossen, die sich in zu schwacher körperlicher Verfassung und/oder in akuten psychischen Krisen befinden (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017: 145; Lakemann 2017a: 105), ein hohes Gewaltpotenzial aufweisen oder durch medikamentöse Nebenwirkungen beeinträchtigt sind (vgl. Lakemann 2018: 267 f.).

Erfahrungsorientierte Therapien sind somit beispielsweise für Menschen geeignet, „*die sich nach einer akuten Krankheitsphase in einem Stadium der Rehabilitation und Neuorientierung befinden*“ (Lakemann 2018: 268). In der Arbeit mit Personen, die mit gesprächsbasierten therapeutischen Ansätzen nur schwer zu erreichen sind, können erlebnistherapeutische Settings auch zur Diagnostik genutzt werden: „*Im Handeln offenbart sich der Mensch direkter als im Reden. Neurotisches Verhalten, aber auch undefinierbare Ängste und Depressionen treten bei natursportlichen Aktivitäten recht schnell deutlich zutage. Erlebnistherapie wird so zu Diagnostik und Therapie*“ (Michl 1998, zit. nach Lakemann 2018: 268). Für bestimmte Zielgruppen bietet die erfahrungsorientierte Therapie somit eine Möglichkeit effektiver therapeutisch und diagnostisch arbeiten zu können, als es durch klassische (gesprächs-)therapeutische Ansätze möglich wäre (vgl. Lakemann 2018: 268 f.).

Erfahrungsorientierte Therapie richtet sich demnach an verschiedenste Zielgruppen. Häufig handelt es sich – ähnlich wie in der Erlebnispädagogik (siehe Kapitel 2.1 und 2.5) – um Jugendliche oder junge Erwachsene in (nicht-akuten) Krisen- oder Risikosituationen, die durch klassische Therapieangebote schwer zu erreichen oder therapiemüde sind (vgl. Clark et al. 2004, zit. nach Lakemann 2017a: 77; Larivière et al. 2012, zit. nach Lakemann 2017a: 77; Gilsdorf 2004: 17; Hotstegs/Hauser 2020: 20). Dennoch findet die erfahrungsorientierte Therapie auch bei Menschen unterschiedlichster Altersgruppen mit verschiedensten Krankheitsbildern wie Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen Anwendung. Aufgrund der unterschiedlichen Anwendungsmöglichkeiten erfahrungsorientierter Therapie kann also keine homogene Zielgruppe ausgemacht werden und es ist einzelfallabhängig die Geeignetheit der Therapie zu beurteilen, wobei die Eigenmotivation der Patient*innen zu körperlicher Bewegung eine Grundvoraussetzung darstellt (vgl. Lakemann 2017a: 105).

3.5.6 Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung

Die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in gilt grundsätzlich als „*wichtiger oder gar wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Therapie*“ (Mehl 2017b: 59). Da Therapeut*innen oftmals auf Widerstände der Patient*innen treffen, die aus Unsicherheiten vor Unbekanntem entstehen können, ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in Grundvoraussetzung für eine zielführende Therapie (vgl. Mehl 2017b: 60).

Das Verhältnis zwischen Therapeut*in und Patient*in ist auch in der erfahrungsorientierten Therapie von besonderer Relevanz, da das Lernen in der Therapie auf der „*Revision dysfunktionaler alter kognitiver und emotionaler Verhaltensmuster durch neue Erfahrungen mit Körper, Seele und Geist*“ (Mehl 2017b: 60) beruht: Dieser Prozess erzeugt sowohl Stress als auch Dysstress¹¹. Somit werden während der erfahrungsorientierten Therapie Lerninhalte nicht nur über salutogenetische Wege¹² oder Flow-Erleben¹³ vermittelt, sondern auch über kontrolliertes Erfahren von Dysfunktionalität. Diese Lernprozesse setzen voraus, dass Patient*innen ihren Therapeut*innen soweit vertrauen, dass sie sich auch in Situationen, in denen subjektiv zu viel Stress bzw. Dysstress empfunden wird, stets sicher und kompetent durch ihre Therapeut*innen begleitet fühlen (vgl. ebd.).

¹¹ Stress ist zu unterscheiden in positiven Stress (Eustress) und negativen Stress (Dysstress) (vgl. Selye 1976, zit. nach Ridner 2004: 538).

¹² Das salutogenetische Modell geht davon aus, dass Menschen immer sowohl kranke als auch gesunde Anteile in sich tragen. Salutogenetische Wege wollen deshalb – verkürzt ausgedrückt – die gesunden Anteile fördern, was nach Antonovsky durch das Erfahren des Kohärenzgefühls erreicht wird. Dafür muss die eigene Person, die Umwelt und zu bewältigende Aufgaben verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrgenommen werden (vgl. Lübeck 2020: 141).

¹³ Flow-Erleben meint „*ein Gefühl, dass die eigenen Fähigkeiten ausreichen, eine gegebene Herausforderung [...] zu bewältigen [...]. Die Konzentration ist dabei so intensiv, dass keine Aufmerksamkeit übrig bleibt, um andere, unwichtige Dinge zu denken oder sich um Probleme zu sorgen.*“ (Csikszentmihalyi 2003: 103). Dabei verschwindet das Selbstgefühl und das Zeitgefühl wird verzerrt (vgl. ebd.).

Therapeut*innen müssen ihre Patient*innen in der erfahrungsorientierten Therapie beim Erleben eigener Ambivalenzen begleiten, damit diese Entscheidungen treffen können, die sie im Sinne eines therapeutischen Veränderungsprozesses mit sich selbst vereinbaren können. Diese Ambivalenzen entstehen für Patient*innen durch die Handlungsorientierung der erfahrungsorientierten Therapie, also durch das Erleben von Grenzerfahrungen im therapeutischen Kontext. Um Widerstände auf Seiten der Patient*innen zu vermeiden und um somit eine effiziente therapeutische Maßnahme zu gewährleisten, ist Transparenz sowie eine stabile Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in unabdingbar (vgl. Klein-Isberner/Wenzel 2017: 140 f.).

Aus der Beziehung zum*zur Therapeut*in müssen für die Patient*innen klare Motive sowie die gemeinsam erarbeiteten Ziele der Therapie ersichtlich werden. Diese sind die „*Grundlage jeder therapeutischen Intervention*“ (Klein-Isberner/Wenzel 2017: 141) und begleiten den gesamten therapeutischen Prozess. Therapieziele sowie Motive der Patient*innen können sich im Laufe einer therapeutischen Intervention ändern und sind deshalb als kontinuierlicher Prozess und Teil der Therapie zu betrachten (vgl. ebd.). Obwohl die erfahrungsorientierte Therapie für Patient*innen einen sicheren Raum darstellt, der „*ein Probehandeln in einer Quasi-Realität ermöglicht*“ (Mehl 2017b: 62), sollte im Vorfeld in einem therapeutischen Vertrag auch festgelegt werden, wie viel Spaß und Ernsthaftigkeit Teil der Übungen sein sollen. Das ist erforderlich, weil die angestrebten Veränderungsprozesse im Selbst nur erreicht werden können, wenn sowohl Patient*in als auch Therapeut*in wirksam arbeiten können. Damit sich beide Seiten wohlfühlen und Spaß haben, aber dennoch mit Ernsthaftigkeit auf das gemeinsame Ziel hinarbeiten, muss gemeinsam der individuell funktionalste Grad an Spaß und Ernsthaftigkeit gefunden werden (vgl. ebd.).

Die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in gestaltet sich in erfahrungsorientierten therapeutischen Settings im Gegensatz zu klassischen, gesprächsbasierten Therapien intensiver und offener. Intensiver, da beide Personen gemeinsame Erlebnisse teilen und sich dadurch näherkommen, was das aktive Herstellen einer professionellen Distanz erfordern kann (vgl. Lakemann 2017a: 105). Als offener ist die Beziehung zu bezeichnen,

da der Rahmen der therapeutischen Aktivität flexibel gestaltet werden kann: Therapeutische Gespräche können während gemeinsamen Erlebnissen informell und spontan zu Stande kommen und sind im Gegensatz zu anderen therapeutischen Settings nicht an feste Räume oder Kontexte gebunden (vgl. Lakemann 2017a: 86). Die Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung erfahrungsorientierter therapeutischer Settings bietet somit therapeutisch sinnvoll nutzbare Freiräume, jedoch muss der*die Therapeut*in nicht vorhersehbare Reaktionen der Patient*innen in Stresssituationen bewältigen können (vgl. Lakemann 2017a: 105).

3.5.7 Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen

Das Setting der erfahrungsorientierten Therapie und die daraus resultierende, neue Beziehungsebene zwischen Therapeut*in und Patient*in (siehe Kapitel 3.5.6) erfordert auch neue Kompetenzen der Therapeut*innen (vgl. Lakemann 2017a: 105). So müssen Therapeut*innen ihren Patient*innen einen möglichst offenen Raum für Erfahrungen bieten können und deshalb über Methodenvielfalt, Offenheit, Einfühlungsvermögen, einen weiten Erfahrungshorizont und Körper-Geist-Beweglichkeit verfügen (vgl. Mehl 2017b: 47). Weiter müssen Therapeut*innen *„hochgradig mit klinisch-therapeutischen Gepflogenheiten vertraut sein und Kompetenzen aus diesem Bereich mitbringen“* (Lakemann 2017a: 86) und zugleich über *„ein grundlegendes Verständnis für die technischen und natursportlichen Grundlagen der geplanten Aktivitäten“* (Lakemann 2017a: 105) verfügen, um eine sichere Therapie gewährleisten zu können (vgl. ebd.).

Mehl fasst die wichtigsten therapeutischen Kompetenzen für eine effektive Erlebnistherapie wie folgt zusammen:

„Gute Kenntnisse der Systemkonzeption Mensch und neurobiologische Grundlagen [...]; mindestens eine fundierte therapeutische Ausbildung und Praxiserfahrung in der therapeutischen Arbeit, um eine Grundsicherheit im Umgang mit Patienten zu erlangen [...]; ein zunehmend souveräner Umgang mit offener therapeutischer Sprache und Vorgehensweise [...]; mindestens etwas Sportlichkeit und Beweglichkeit; ein gutes Verhältnis zu eigenen Ängsten sowie eigene Erfahrung, sich der Angst vor Neuem zu stellen

(Selbsterfahrung); Bereitschaft zu Introspektion, Selbstreflexion, Supervision, Austausch und Weiterbildung; etwas technische Begabung.“ (Mehl 2017b: 48).

Therapeut*innen, die mit Menschen arbeiten, die in der Vergangenheit traumatische Erfahrungen gemacht haben sollten außerdem beachten, dass in der erfahrungsorientierten therapeutischen Arbeit durch Körperkontakt oder durch andere, unkontrollierbare und stressauslösende Faktoren in der Natur potenziell Störungen, wie posttraumatische Belastungsstörungen entstehen können (vgl. Berman/Davis-Berman 2005, zit. nach Lakemann 2017a: 87; Amesberger/Amesberger 1998, zit. nach Lakemann 2017a: 87). Patient*innen können selbst in objektiv sicheren Situationen der Therapie Flashbacks erleben, sich vor Kontrollverlust fürchten, ihren Therapeut*innen misstrauen sowie mit Angst oder Wut reagieren. Weiter können durch Angstsituationen im Rahmen der Erlebnistherapie dissoziative Störungen auftreten. Therapeut*innen müssen sich diesen Risiken für ihre Patient*innen bewusst sein und in allen Situationen kompetent reagieren können (vgl. Webb 1993, zit. nach Lakemann 2017a: 87 f.; Mehl 2017b: 44). Das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams bietet die Möglichkeit, dass sich notwendige Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen zur erfolgreichen Bewältigung dieser komplexen Situationen ergänzen (vgl. Lakemann 2017a: 105; Lukowski 2010, zit. nach Lakemann 2017a: 88). Aufgrund der dargestellten komplexen und herausfordernden Situationen, auf die sich Therapeut*innen einstellen müssen, wird mehr Professionalisierung im Bereich der erfahrungsorientierten Therapie gefordert (vgl. Norton et al. 2014, zit. nach Lakemann 2017a: 88).

3.5.8 Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting

Als therapeutisch-integratives Konzept geht die erfahrungsorientierte Therapie von der Einmaligkeit jedes Menschen aus, die durch die aktuelle Lebenssituation, Erkrankungen sowie durch Probleme und Ressourcen von Körper, Seele und Geist geprägt ist. Entsprechend richten sich erfahrungsorientierte therapeutische Settings auch „*nach den strukturellen und konfliktbezogenen Vorgaben und Rahmenbedingungen*“ (Mehl 2017b: 19) der Patient*innen. Im Sinne eines therapeutischen Settings, das den Bedürfnissen der

jeweiligen Patient*innen entspricht, soll außerdem schulen- und methodenübergreifend gearbeitet werden (vgl. Mehl 2017b: 18 f.).

„Die Wirksamkeit eines für den therapeutischen Prozess gewählten Ansatzes samt Methode, Technik und Gestaltung des Erfahrungsortes entscheidet sich allein daran, ob die getroffene Wahl zum einen der Systemkonzeption Mensch gerecht wird, zum anderen inwieweit sie dem individuellen Körper-Seele-Geist-System des Patienten entspricht“ (Mehl 2017b: 45). Das therapeutische Setting ist also im Sinne einer wirksamen erfahrungsorientierten Therapie den Bedürfnissen der Patient*innen anzupassen und sollte nicht pauschal konzipiert werden (vgl. Lakemann 2017a: 105). Das individuelle und bedarfsgerechte therapeutische Setting dient als Grundlage für die Konzeption einer isomorphen Struktur (vgl. Priest/Gass 1997, zit. nach Lakemann 2017a: 91), die im nächsten Kapitel weiter erläutert wird.

3.5.9 Isomorphie

Werden erfahrungsorientierte therapeutische Settings – wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben – bedarfsgerecht gestaltet, kann dies genutzt werden, um im Sinne des metaphorischen Lernens eine möglichst hohe Isomorphie zwischen gemachten Erfahrungen in der Therapie und den zu behandelnden Thematiken herzustellen (vgl. Lakemann 2017a: 105 f.). Bedeutung und Wirkweise des metaphorischen Lernens und von Isomorphien wurden bereits in Kapitel 2.4 bezogen auf Erlebnispädagogik erläutert. Metaphorisches Lernen und Isomorphien gelten als fundamentale Bestandteile erfahrungsorientierter Therapien, da diese den Transfer der Lernerfahrungen in den Alltag der Patient*innen erleichtern (vgl. Kimball/Bacon 1993, zit. nach Lakemann 2017a: 84), indem sie die Distanz zwischen Erlebnis und Alltag verringern (vgl. Paffrath 2017: 98).

Bezogen auf wirksame erfahrungsorientierte Therapien ist festzuhalten, dass die Isomorphien für die Patient*innen logisch und erkennbar sein müssen. Die isomorphe Struktur in der erfahrungsorientierten Therapie wird bereits vor Durchführung der Aktivitäten – wenn möglich gemeinsam mit Patient*innen – auf Grundlage deren individueller

Bedürfnisse entwickelt. Im Anschluss wird gemeinsam eine symbolische Sprache entwickelt, die „den metaphorischen Gehalt der Aktion [...] wiedergeben und stärken“ (vgl. Priest/Gass 1997, zit. nach Lakemann 2017a: 91) kann. Während der therapeutischen Aktivitäten müssen Patient*innen die metaphorischen Verknüpfungen erkennen, was ggf. Anpassungen der isomorphen Struktur erfordern kann (vgl. Priest/Gass 1997, zit. nach Lakemann 2017a: 91 f.; Mehl 2017b: 43). Durch anschließende Nachbesprechung, Reflexion und Analyse der Erlebnisse sollen positive Erfahrungen gestärkt und zugleich negative Erfahrungen durch Reframing umgedeutet werden¹⁴ (vgl. Lakemann 2017a: 91), um einen allgemein positiven Ausgang der Aktivität zu gewährleisten (vgl. Mehl 2017c: 118).

3.5.10 Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung

Nach Mehl ist das Ziel der erfahrungsorientierten Therapie, „*grundlegende präsente und nicht präsente Denk-, Fühl-, Verhaltens- und Handlungsmuster im Veränderungsprozess zu aktivieren*“ (Mehl 2017b: 39). Hierfür werden in der erfahrungsorientierten Therapie - im Gegensatz zu anderen therapeutischen Ansätzen – reale Gefühle mit einzelnen Lern- und Erfahrungssituationen verknüpft (vgl. Lakemann 2017a: 93). Gefühle sind eine Voraussetzung für Erlebnisse und Erfahrungen (vgl. Lakemann 2017a: 106) und stellen zugleich eine emotionale Verbindung zu den in der Therapie gemachten Erfahrungen her. Da eine stärkere emotionale Verbindung mit den gemachten Erfahrungen zu einer besseren und langfristigeren Verankerung im Gehirn führt (vgl. Mehl 2017b: 17), sind Gefühle ein wichtiger Grundbaustein der erfahrungsorientierten Therapie (vgl. Lakemann 2017a: 106).

Der Lernfaktor Gefühle ermöglicht Patient*innen somit eine ganzheitliche Aktivierung, um „*mit Körper, Seele und Geist*“ (Lakemann 2017a: 106) nachhaltig zu lernen. Um diese nachhaltigen Lerneffekte zu erzielen und einen Transfer des Gelernten in den Alltag

¹⁴ Reframing ist eine Technik, in der Therapeut*innen versuchen, den Blick ihrer Patient*innen von den in einer Situation erlebten Schwächen wegzulenken, um erkennbare Stärken in den Mittelpunkt zu rücken (vgl. Lakemann 2017a: 91).

der Patient*innen zu gewährleisten, müssen sich Patient*innen also mit ihren Gefühlen auseinandersetzen (vgl. ebd.). Dies geschieht mit Unterstützung der Therapeut*innen sowohl vor und während einer therapeutischen Einheit (vgl. Mehl 2017c: 112 ff.) als auch durch anschließende therapeutische Reflexionen (vgl. Mehl 2017c: 118; Lakemann 2017a: 106).

4 Methodik der Empirischen Untersuchung

4.1 Ziel der Untersuchung

Im vorhergegangenen theoretischen Teil dieser Arbeit wurde aufbauend auf einer Darstellung der Erlebnispädagogik das Feld der erfahrungsorientierten Therapie beschrieben. Dabei wurde insbesondere der aktuelle Forschungsstand zu Wirkfaktoren erfahrungsorientierten Therapien – ausgehend von den von Ulrich Lakemann benannten Wirkfaktoren – thematisiert. Diesbezüglich ist erneut zu betonen, dass die ausgewählten Wirkfaktoren nach Lakemann allgemein formuliert und „*besonders hervorzuheben*“ (Lakemann 2017a: 104) sind und somit keine vollständige Darstellung aller Wirkfaktoren sein soll. Um die Relevanz der einzelnen Wirkfaktoren sowie mögliche Ergänzungen vertiefend zu analysieren, wurden die Wirkfaktoren in sechs leitfadengestützten Expert*inneninterviews diskutiert. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Datenerhebung und -analyse dargestellt.

4.2 Methodik der Datenerhebung

4.2.1 Grundlegendes Forschungsdesign

Der in Kapitel 3.5 dargestellte Forschungsstand um Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapien beruht auf praktischen Erfahrungen (vgl. etwa Mehl 2017b: 1 ff.; Mehl 2017c: 111 ff.; Lukowski 2010: 19 ff.; Lukowski 2017a: 121 ff.; Schäfer 2017: 129 ff.; Klein-Isberner/Wenzel 2017: 139 ff.; Hotstegs/Hauser 2020: 18 ff.) und qualitativen Studienergebnissen (vgl. Lakemann 2017a: 71 ff.; Lakemann 2017b: 149 ff.) der zitierten Autor*innen. Im Sinne einer möglichst ergebnisoffenen Forschung, wurde mit der Methode der leitfadengestützten Expert*inneninterviews ebenfalls ein qualitatives

Forschungsdesign gewählt: Der Vorteil qualitativer Forschung besteht einerseits in ihrer Offenheit, die aus der induktiven Vorgehensweise resultiert. Ohne standardisierte Methoden oder feste Vorstellungen über den Forschungsstand ist die qualitative Forschung offener für Neues und Unbekanntes als deduktive Herangehensweisen der quantitativen Forschung (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2007: 17; Lakemann 2017b: 150). Während qualitative Forschung - im Gegensatz zur quantitativen Ansätzen – nicht die Möglichkeit von Häufigkeitsaussagen eröffnet, bietet das Ziel der „*Charakterisierung von Mustern, Möglichkeiten und Merkmalskonstellationen sowie deren wechselseitige Beeinflussung*“ (Lakemann 2017a: 50) wesentlich konkretere und plastischere Eindrücke des Forschungsgegenstands (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2007: 17). Dies sind insbesondere hinsichtlich des ganzheitlichen und integrativen Charakters der erfahrungsorientierten Therapie (vgl. Mehl 2017b: 7, 18 f.) Argumente, die ein qualitatives Forschungsdesign begründen.

4.2.2 Das leitfadengestützte Expert*inneninterview

Ziel der Methode des leitfadengestützten Expert*inneninterviews ist es, qualitative Daten zu erfassen (vgl. Helfferich 2019: 670). Diese zeichnen sich im Vergleich zu quantitativ erhobenen Daten insbesondere durch ein geringes Maß an Standardisierung während der Erhebung aus. So werden zur Erhebung bspw. keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, sondern Fragen möglichst offen gestellt (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2007: 25). Deshalb wurden die Interviews anhand vorab erstellter Leitfäden geführt, die das grundsätzlich offene Interview im Sinne des Forschungsinteresses so weit wie notwendig strukturieren (vgl. Helfferich 2019: 670). Das leitfadengestützte Expert*inneninterview bietet somit die Grundlage für eine kontrollierte und vergleichsbare Herangehensweise in der qualitativen Forschung (vgl. Witzel 1985: 236).

Mit dem Ziel der Untersuchung, das bereits vorhandene Wissen über die Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie qualitativ zu analysieren, ist die Methode der leitfadengestützten Expert*inneninterviews angemessen: Da keine standardisierten Fragebögen verwendet werden, wird das Antwortspektrum der Expert*innen so wenig wie möglich

eingeschränkt und es werden Einschätzungen jeglicher Art sowie Ergänzungen zugelassen. Zugleich sind die Aussagen der Expert*innen durch die Nutzung des Leitfadens vergleichbar und können deshalb analysiert werden, um neue Erkenntnisse zu gewinnen (vgl. ebd.).

4.2.3 Expert*innen

Expert*innen werden als Akteur*innen „*in dem von ihnen repräsentierten Funktionskontext angesprochen*“ (Mey/Mruck 2020: 322) und verfügen im Gegensatz zu Lai*innen über spezialisiertes Wissen (vgl. ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass das Wissen der Expert*innen bis zu einem gewissen Grad verallgemeinert werden kann. Jedoch ist zu beachten, dass Expert*innenwissen durchaus historisch wandelbar ist und auch zwischen Expert*innen Meinungsdivergenzen bestehen können, weshalb kein absoluter Objektivitätsanspruch existiert (vgl. Helfferich 2019: 680). Da die umfangreiche Diskussion darüber, wer aufgrund welcher Merkmale als Expert*in bezeichnet werden darf (vgl. Helfferich 2019: 680 f.; Mey/Mruck 2020: 322; Bogner/Menz 2002: 39 ff.) hier nicht weiter vertieft werden soll, orientiert sich diese Arbeit an der Definition von Przyborski und Wohlraab-Sahr, die „*einen brauchbaren Mittelweg*“ (Helfferich 2019: 681) darstellt: Expert*innen sind Personen, „*die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen*“ (Przyborski/Wohlraab-Sahr 2008, zit. nach Helfferich 2019: 681). Zu ergänzen ist, dass der Expert*innenstatus einer Person im Rahmen eines Expert*inneninterviews immer von der Forschungsfrage abhängig ist, die dem Interview zugrunde liegt (vgl. Littig 2008, zit. nach Mey/Mruck 2020: 332).

Um einen Überblick über die befragten Expert*innen zu erhalten und deren für die Forschungsfrage relevantes (Erfahrungs-)Wissen einschätzen zu können, werden die Expert*innen im Folgenden vorgestellt. Zu beachten ist, dass zwei Expert*innen aus der erlebnispädagogischen Praxis kommen¹⁵, während vier Expert*innen sich explizit

¹⁵ Die beiden Expert*innen geben ihre Einschätzungen somit aus einer anderen Perspektive ab, die jedoch keinen Makel darstellen soll, da die ihnen aus der Praxis vertrauten

wissenschaftlich und/oder praktisch mit erfahrungsorientierter Therapie beschäftigen. Die Expert*innen sind im Einzelnen:

- Peter Jansen: Sozialpädagoge, Erlebnispädagoge und Lehrbeauftragter an einer Hochschule für Soziale Arbeit. Erfahrung mit Erlebnispädagogik im Rahmen von Schulsozialarbeit und Sozialkompetenztrainings der Jugendgerichtshilfe.
- Prof. Dr. Ulrich Lakemann: Ehemaliger Professor für Sozialwissenschaften an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena. Arbeitet selbstständig als Sozialforscher und Berater. Autor mehrerer Publikationen zu erfahrungsorientierter Therapie und zu den Ergebnissen eines erlebnistherapeutischen Modellprojekts im Evangelischen Klinikum Bethel.
- Dr. med. Thomas Lukowski: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit kasernenärztlicher Zulassung zur analytisch orientierten Therapie und Verhaltenstherapie. Nutzt seit über zehn Jahren Klettern als Methode in der therapeutischen Behandlung und hat hierzu ein eigenes Buch sowie Artikel und Vorträge veröffentlicht.
- Særún Magnúsdóttir: Sozialarbeiterin, Erlebnispädagogin und Lehrbeauftragte für systemische Erlebnispädagogik an der Fachhochschule Potsdam. Arbeitet erlebnispädagogisch in Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen und hat eine vierjährige Ausbildung zur körperorientierten Prozessarbeiterin in Spanien abgeschlossen, die in Deutschland nicht anerkannt ist. In der Ausbildung zur Heilpraktikerin für Psychotherapie.
- Prof. Dr. med. Kilian Mehl: Mediziner und Psychotherapeut mit Schwerpunkten auf psychosomatischer Medizin und ganzheitlicher Gesundheit. Seit 1993 Leiter des Fachkrankenhauses für psychosomatische Medizin Klinik Wollmarshöhe und seit 2007 Leiter des Instituts für Erfahrungslernen. Forscht und lehrt seit 2009 als

erlebnispädagogische Methoden auch in erfahrungsorientierten Therapien angewandt werden (vgl. Gilsdorf 2004: 20).

Professor für Psychologie und Sozialmedizin an der Russian State University of Service in Moskau. In der Klinik Wollmarshöhe eröffnete er in den 1990er Jahren den ersten therapeutischen Hochseilgarten im deutschsprachigen Raum, wo er erfahrungsorientierte therapeutische Methoden, wie die Nutzung des Hochseilgartens oder therapeutisches Bogenschießen, im therapeutischen Angebot der Klinik entwickelte und implementierte. Herausgeber eines Buchs und mehrerer Studien zu erfahrungsorientierter Therapie.

- Prof. Dr. Werner Michl M.A.: Professor im Ruhestand und Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu Erlebnispädagogik und der Anwendung von erlebnispädagogischen Maßnahmen in therapeutischen Kontexten. Leitet seit über 20 Jahren Vorträge, Workshops und Seminare zu erlebnispädagogischen Themen.

4.2.4 Leitfaden

Der Einsatz von Leitfäden in Interviews dient zur strukturierenden Unterstützung des Interviewablaufs sowie zur Organisation und Explikation des Wissens der interviewenden Person (vgl. Mey/Mruck 2020: 327). Dabei soll der Leitfaden keinen „*strukturierten Fragebogen abgeben*“ (Witzel 1985: 236), sondern das Wissen der Interviewenden thematisch organisieren, um das Interview kontrolliert zu strukturieren (ebd.). Somit gewährt der Leitfaden die gewünschte Offenheit des qualitativen Interviews, da er die Interviewenden dazu befähigt, das Interview auf die Forschungsfrage versiert und kompetent, aber ungezwungen und offen zu führen (vgl. Meuser/Nagel 2002: 78). Im Sinne der Offenheit qualitativer Forschung ist zu beachten, dass der Leitfaden auch während des Forschungsprozesses aufgrund neuer Erkenntnisgewinne modifiziert werden kann (vgl. Mey/Mruck 2020: 328).

Die in der Untersuchung genutzten Leitfäden (siehe Anhang) enthalten stichpunktartig vorformulierten Fragen, die während der Interviews – unterstützt durch weitere Stichpunkte – angepasst und erweitert werden können, indem bspw. vertiefende Nachfragen

gestellt werden (vgl. Witzel 1985: 250). Die Fragen wurden in die folgenden fünf Themenblöcke gegliedert:

- 1) Fragen zur Person
- 2) Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie
- 3) Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie
- 4) Sonstige Einschätzungen¹⁶
 - a. Wirkeffekte erfahrungsorientierter Therapie, Vergleich mit anderen therapeutischen Ansätzen
 - b. Wirkeffekte von Erlebnispädagogik, Vergleich mit anderen sozialpädagogischen Methoden
- 5) Ergänzungen

Um den Forschungsprozess so ergebnisoffen wie möglich zu gestalten, wurden die Fragen offen formuliert. Im ersten Themenblock wurden persönliche Daten der Expert*innen erhoben, wie etwa relevante Ausbildungen oder Berufserfahrungen. Anhand dieser Informationen können Aussagen auch im Hintergrund dieser Aspekte eingeordnet und verglichen werden. Anschließend wurden im zweiten Themenblock die Begriffe der Erlebnispädagogik und der erfahrungsorientierten Therapie bzw. Erlebnistherapie definiert und voneinander abgegrenzt, um zu verdeutlichen, was genau die Expert*innen unter den jeweiligen Begriffen verstehen. Dies diente der Einordnung der im Anschluss getroffenen Aussagen, die sich auf die nun definierten und voneinander abgegrenzten Begriffe beziehen. Der Schwerpunkt des Interviews liegt auf dem dritten Themenblock, in dem die Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapien nach Lakemann (siehe Kapitel 3.5) aufgegriffen und diskutiert wurden. Die Expert*innen wurden um Einschätzungen zur Relevanz der einzelnen Wirkfaktoren gebeten und im Anschluss nach möglichen Ergänzungen gefragt. Im vierten Themenblock wurden weitere Einordnungen zu den Wirkeffekten erfahrungsorientierter Therapien sowie zum Vergleich mit anderen therapeutischen

¹⁶ In der vorliegenden Untersuchung wurde aufgrund der Heterogenität der Expert*innen mit zwei verschiedenen Leitfäden gearbeitet, in denen einzelne Fragen des Themenblocks 4 bezogen auf das jeweilige Expert*innenwissen angepasst wurden.

Methoden abgefragt¹⁷. Auf Grundlage dieser Aussagen konnten weitere auf Wirkfaktoren bezogene Erkenntnisse gewonnen werden. So konnten etwa aufgrund von Betonungen der besonderen Relevanz bestimmter Aspekte in der praktischen erfahrungsorientierten Therapie Schlüsse auf Wirkfaktoren geschlossen werden. Abschließend wurde im fünften Themenblock Raum für Ergänzungen bisher nicht genannter Aspekte gegeben und – abhängig vom zeitlichen Rahmen – weitere themenbezogene Fragen gestellt. Aus Zeitgründen konnten nicht in allen Interviews alle Fragen gestellt werden, jedoch wurden in sämtlichen Interviews Fragen aus allen Themenblöcke diskutiert.

4.3 Methodik der Datenanalyse

Die erhobenen Daten wurden mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert (vgl. Mayring 2007, zit. nach Ramsenthaler 2013: 26), die in der durchgeführten Untersuchung leicht angepasst wurde. Im Zentrum der Methode steht ein Kategoriensystem (Codesystem), welches – in dieser Untersuchung – sowohl durch induktive als auch durch deduktive Verfahren während der Analyse entwickelt wurde (vgl. Mayring 2020: 498 f.). Im Folgenden Kapitel werden die Erhebung der analysierten Daten sowie die Theorie und Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben.

4.3.1 Formale Charakteristika des Materials

Die Analyse der Daten beruht auf Transkripten der sechs leitfadengestützten Expert*inneninterviews, die vom Autor zwischen dem 29.11.2021 und dem 23.12.2021 als (Video-)Telefonate geführt wurden. Die Inhalte der Interviews wurden mit einem Audiorecorder als MP3-Dateien festgehalten im Anschluss mit der manuellen Transkriptionssoftware easytranscript vollständig transkribiert. Die Transkripte wurden als RTF-Dateien gespeichert und enthalten die in Absätzen strukturierten Inhalte der Interviews. Mit jedem Sprecher*innenwechsel beginnt ein neuer Absatz, der die Angaben des Anfangs- und Endzeitpunkts der Audiodatei enthält. Wie in der qualitativen Sozialforschung üblich, wurden die Gesprächsinhalte geglättet transkribiert (vgl. Kuckartz 2005: 45). Dabei wurden die

¹⁷ Bezieht sich auf Variante a) des vierten Themenblocks.

Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem angewandt. So wurde etwa auf das Erfassen von Füllwörtern, Dialekten oder Lauten verzichtet, während längere Pausen oder besondere Betonungen im Transkript kenntlich gemacht wurden (vgl. Hoffmann-Riem 1984, zit. nach Kuckartz 2005: 47).

Die Aufzeichnungen wurden im Rahmen von Einverständniserklärungen vereinbart, in der die Weiterverarbeitung der in den Interviews erhobenen Daten geregelt wurden. Da den Interviewpartner*innen die Einverständniserklärung bereits im Vorfeld geschickt wurde, lag die informierte Einwilligung aller Interviewpartner*innen vor, weil „*genau über die Bedingungen und Auswirkungen einer Teilnahme*“ (Kiegelmann 2020: 232) an der Forschung informiert wurde. Fünf der Expert*innen haben zugestimmt, dass ihre Daten nicht-anonymisiert verwendet werden. Die erhobenen Daten eines Experten wurden auf Wunsch anonymisiert, weshalb Namen, Orte oder sonstige Informationen anonymisiert wurden, um eine Identifizierung – soweit dies im Rahmen einer qualitativen Forschung möglich ist (vgl. Kiegelmann 2020: 235 f.) – auszuschließen. Die Anonymisierung der Daten wurde ebenfalls in der Einverständniserklärung geregelt.

4.3.2 Technik der Analyse

Das Ziel qualitativer Inhaltsanalysen ist es, große Textmengen – wie sie etwa im Rahmen der leitfadengestützten Expert*inneninterviews erfasst wurden – zu untersuchen und intersubjektiv überprüfbare Ergebnisse zu erzeugen (vgl. Mayring 2020: 497). Dabei unterscheidet Mayring in drei Grundtechniken qualitativer Inhaltsanalysen: 1) Zusammenfassungen, die mittels induktiver Codebildung den Text zu Kernaussagen zusammenfasst, 2) Explikationen, die unklare Passagen durch einen Rückgriff auf den Kontext der Textstelle verständlich machen und 3) Strukturierungen, die anhand deduktiver Codebildung bestimmte Aspekte hervorheben und somit Querauswertungen des Textmaterials vornehmen (vgl. Mayring 2015, zit. nach Mayring 2020: 497). Die Untersuchung wurde mit den Techniken der Strukturierung und Zusammenfassung analysiert. Codes wurden somit sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet, um das Spektrum möglicher

Forschungsergebnisse so wenig wie möglich zu beschränken. Die Technik der Explikation wurde nicht angewandt, da alle Textstellen bereits verständlich waren.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ergebnisse zunächst anhand deduktiver Codebildung strukturiert (vgl. Mayring 1994: 171). Hierfür wurden auf Grundlage der Themenblöcke des Interviewleitfadens Codes gebildet, deren Ausprägung anschließend genauer bestimmt wurde. So wurde etwa der Code „Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie“ festgelegt, der wiederum die Subcodes der von Lakemann benannten und in den Interviews diskutierten Wirkfaktoren enthält. Den deduktiv gebildeten Codes wurden Textstellen zugeordnet, die strukturierend zusammengestellt wurden. Im Anschluss wurden in der Zusammenfassung induktiv weitere Codes bestimmt: Einzelne Textstellen wurden unter paraphrasierenden Begriffen codiert und die Codes um weitere inhaltsähnliche Textstellen ergänzt. Unter dem Code „Lernzonenmodell“ wurden bspw. Textstellen zusammengestellt, die explizit oder implizit (etwa durch Thematisierung der Panikzone) Aussagen beinhalten, die sich auf das Lernzonenmodell beziehen.

Zur Codierung wurde mit der Software MAXQDA eine computergestützte Möglichkeit zur qualitativen Textanalyse genutzt. Mit der Software wurden durch die vorab beschriebenen Schritte ein Codesystem erzeugt, das in Abbildung 3 zu sehen ist. In der Darstellung der Forschungsergebnisse werden nicht alle codierten Textstellen, sondern lediglich die für die Forschungsfrage relevanten Passagen aufgegriffen. Dennoch wurden in einem zweiten Schritt die meisten Textstellen der Codes wie etwa „Weitere Wirkfaktoren“ oder „Einschätzungen: Wirksamkeit erfahrungsorientierter Therapie“ den Codes einzelner Wirkfaktoren zugeordnet und anschließend ausgewertet, da oftmals relevante Informationen enthalten waren, ohne explizit die bereits benannten Wirkfaktoren aufzugreifen.





























•  Codesystem	287
•  Informationen zu Expert*innen	6
▼ •  Definitionen	0
•  Differenzierung Therapie - Pädagogik	16
•  Schnittstelle Therapie - Pädagogik	15
▼ •  Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie	0
▼ •  Wirkfaktoren Lakemann	1
•  Wechsel des Kontexts	4
•  Gruppenaktivitäten	3
•  Transfer und Nachsorge	13
•  Integratives Therapiekonzept	7
•  Zielgruppen	15
•  Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung	6
•  Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen	16
•  Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting	17
•  Isomorphie	2
•  Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung	6
▼ •  Diskussion Grenzerfahrungen	12
•  Lernzonenmodell (explizit oder implizit)	9
•  Weitere Wirkfaktoren (benannt von Expert*innen)	55
•  Einschätzungen: Wirksamkeit erfahrungsorientierter Therapie	18
•  Vergleich Erlebnispädagogik - andere sozialpädagogische Ansätze	4
•  Vergleich EOT - andere therapeutische Ansätze	9
▼ •  Nicht genutzte Kategorien	0
•  Grenzen erfahrungsorientierter Therapie	18
•  Geschichte erfahrungsorientierter Therapie	8
> •  Ansätze erfahrungsorientierter Therapie	24
•  Wünsche an die Forschung	3

Abbildung 3: Codesystem (eigene Darstellung)

5 Ergebnisse der Untersuchung

Um die Ergebnisse der beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse zu diskutieren, werden im Folgenden zunächst die Inhalte der für die Forschungsfrage relevantesten Codes „Definitionen“ und „Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie“ zusammenfassend dargestellt. Die Zitationen verweisen auf den*die Expert*in und den Absatz des Interviews, auf den sich das Zitat bezieht. Da Werke mehrerer Expert*innen bereits in dieser Arbeit zitiert wurden, werden die Zitate der Interviews wie folgt dargestellt: Interview Name Expert*in, Nummer des Absatzes. Sprecher*innenwechsel werden mit I (interviewende Person) und B (interviewte Person) gekennzeichnet.

5.1 Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie

Um die beiden Begriffe voneinander differenzieren zu können, wurden diesen von den Expert*innen verschiedenste Eigenschaften zugeordnet. Mehrfach wurden die Begriffe nach Zielen und Zielgruppen unterschieden:

„Im Ziel liegt der Unterschied. In der Pädagogik wollen wir erziehen und bilden, in der Therapie wollen wir heilen.“ (Interview Werner Michl, Pos. 33)

„Die Therapie wendet sich meines Erachtens immer an Menschen, die persönliche Schwierigkeiten haben und die sich vielleicht erhoffen, durch eine Therapie wieder in die rechte Bahn zu kommen. Und die Pädagogik wendet sich an alle Menschen und die Bildungsarbeit an alle Menschen, die irgendwo sich weiterbilden wollen oder lernen wollen oder erzogen werden müssen.“ (Interview Werner Michl, Pos. 13)

„Erlebnispädagogik ist eher für jede Zielgruppe gedacht und Erlebnistherapie findet dann eher Anwendung, wenn es therapeutisch ist, das heißt auch, irgendwie schwierigere Zielgruppen, die auch zum Beispiel Traumaerfahrungen haben oder schwer erziehbar sind. Und, dass Erlebnistherapie intensiver ist, mehr in Tiefe geht und mehr schaut, was es mit dir macht, während Erlebnispädagogik eher nicht so tief geht.“ (Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 14)

„Erlebnispädagogik ist ja von der Herkunft her traditionell auf jüngere Menschen ausgerichtet. Das heißt also im Grunde auf Kinder und Jugendliche, vor allen Dingen auf Jugendliche.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 20)

Peter Jansen und Kilian Mehl betonen, dass der Fokus der erfahrungsorientierten Therapie auf innermenschlichen Prozessen liegt, während sich Erlebnispädagogik primär mit zwischenmenschlichen Prozessen beschäftigt:

„Mein Auftrag [als Pädagoge] ist das Zwischenmenschliche, der Therapeut ist mit dem Innermenschlichen beschäftigt. Klar, hat das irgendwann natürlich eine Auswirkung auf

das Zwischenmenschliche [...]. Ich kann das nicht so klinisch trennen.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 41)

„Das ist praktisch wie ein Dimmer der Pädagogik. Wenn Sie Pädagogik so sehen, dass man Menschen Normen beibringt, dass man ihnen Verhalten beibringt, dass man ihnen das, was so da ist vermittelt. Also zum Beispiel Anpassungsdefizite bei Menschen, die nicht gut in Gesellschaft zurechtkommen. Also die äußerlich bestehenden Normen, das ist praktisch das Stichwort, das will man in der Pädagogik ja beibringen. In der Therapie arbeitet man eher die innere Logik raus. Also was passiert in einem Menschen drin, warum macht er irgendwelche Dinge, was sind seine frühen Muster, die er vielleicht erfahren hat, in der Kindheit, in der Jugend oder durch irgendwelche Vorkommnisse in seiner Geschichte. Also die inneren Muster, nach denen er denkt, fühlt und letztendlich handelt, die Dysfunktionalen hauptsächlich. Also die arbeitet man ja raus und versucht sie dann aus dem Vorbewussten und Unbewussten auf die sprachbegabte Großhirnrinde zu holen, um es mal so zu sagen, um den Ambos der Großhirnrinde zu bearbeiten, zu reflektieren und wieder abzusenken, so müsste man das eigentlich sehen. Und das ist der Unterschied zwischen Therapie und Pädagogik.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 4)

Weiter zeichnet sich erfahrungsorientierte Therapie im Gegensatz zu Erlebnispädagogik durch Erfahrungen und Erkenntnisse im Sinne von Werner Michls E-Kette (siehe Kapitel 2.2.1) aus:

*„Vielleicht kennen Sie die E-Kette von Werner Michl, wo am Ende dann die Erkenntnis steht und davor ist die Erfahrung und davor kommt das Erlebnis. Und das heißt im Grunde, dass dann, wenn tatsächlich ein Erlebnis sich ein Stück weit gesetzt hat und ich das reflektiert in der Richtung habe, dass es dann für Mehl zumindest, und ich habe mich dem dann angeschlossen, erst therapeutisch interessant wird.“ (Interview Ulrich Lake-
mann, Pos. 20)*

„Ich finde, Erfahrung ist immer, wenn es so tief geht, dass in mir selbst und in den tieferen, unbewussten, vorbewussten Schichten meines Gehirns, wenn man von Schichten reden kann, oder Anteilen des Gehirns, wenn darin etwas passiert oder modifiziert wird, für weitere Handlungen, Gefühle oder Denkmuster, dann ist es eine Erfahrung, also

etwas Prägendes. Und in den Therapien kann ich einmal sehr spezifisch vorgehen, dass ich spezielle Erfahrungen machen lassen will, auf einem ganz speziellen Gebiet oder der Diagnose entsprechend oder der Schwäche und Stärke entsprechend.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 52)

„Oder halt dann in der Klinik, in der Einrichtung oder auch im Einzelsetting dann schon auch nochmal eine bisschen () Nachbesprechung, was die Leute wirklich nochmal erlebt haben, auch wie sie es weiterbewegt haben, so nach einer Nacht vielleicht Also was da noch so nachgeschwungen ist und das eben auch nochmal aufnehmen und besprechen. Das ist der Punkt, dass man dann wirklich so vom Therapeutischen sprechen kann und nicht nur sagt "Okay, man macht eine Kletteraktivität, die allen gut tut.".“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 42)

Außerdem wurde von Ulrich Lakemann das therapeutische Setting der erfahrungsorientierten Therapie betont:

„Der Unterschied besteht einfach darin, dass ich ein ganz anderes Setting habe. Ein anderes Setting, und das ist ein Setting, da nutze ich einfach die Erlebnisse und Erfahrungen für therapeutische Aktivitäten. Da kommt jetzt genau der Knackpunkt aus meiner Sicht: Mehl, Lukowski beispielsweise auch, der ja auch in dem Buch geschrieben hat, sind dezidiert der Auffassung, und auch die Leute aus Berlin hier, von der Fontane-Klinik, sind dezidiert der Auffassung, dass man die Erlebnistherapie, so wie es die Berliner nennen, oder die erfahrungsorientierte Therapie, tatsächlich nur dann nutzen sollte, wenn sie wirklich in einem klinischen, in einem ärztlichen Kontext angesiedelt ist.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22)

Vier der Expert*innen sind der Meinung, dass Schnittmengen zwischen erfahrungsorientierter Therapie und Erlebnispädagogik bestehen, eine trennscharfe Differenzierung aber nicht möglich ist. Die beiden anderen Expert*innen haben sich diesbezüglich nicht geäußert und auch keine gegenteiligen Aussagen getätigt.

„Natürlich gibt es da einen Graubereich, das ist keine genaue Abgrenzung.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 31)

„Und dann kommen wir auf das Thema Erlebnistherapie oder erfahrungsorientierte Therapie zu sprechen. Und das ist ja gar nicht so ein großer Unterschied zur Erlebnispädagogik.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22)

„Die Grenzen zwischen Erlebnispädagogik und Erlebnistherapie oder erfahrungsorientierter Therapie oder sowas sind da letzten Endes fließend.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 34)

„I: Wobei das Resultat am Ende oft ähnlich sein kann, oder? Und das Ziel.

B: Ja, klar und das ist auch fließend. Es gibt da keine scharfe Abgrenzung, aber die kann ähnlich sein.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 5-6)

Die Gemeinsamkeiten der beiden Ansätze liegen nach Thomas Lukowski in den Methoden, durch die pädagogische bzw. therapeutische Ziele erreicht werden sollen:

„Also ich würde fast sagen, das sind zwei Ansätze, die viele Schnittpunkte miteinander haben. Also ein guter Freund von mir, der betreut seit Jahren inzwischen eine Wohngruppe für körperlich und geistig behinderte junge Erwachsene. Er ist psychiatrischer Krankenpfleger und hat halt verschiedene Ausbildungen gemacht, unter anderem die erlebnispädagogische Ausbildung und dann bei mir auch die Klettertherapie-Ausbildung. Und der führt das wunderbar zusammen.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 22)

5.2 Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie

Die Diskussion der vorab beschriebenen Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie nach Ulrich Lakemann (siehe Kapitel 3.5) bildeten den Mittelpunkt der Interviews. Da Ulrich Lakemann die Wirkfaktoren bereits detailliert beschrieben hat (vgl. Lakemann 2017a: 71 ff.), wurde er selbst nicht zu den einzelnen Aspekten, sondern zur Diskussion um mögliche weitere Wirkfaktoren befragt. Dabei sind nicht alle Expert*innen auf jeden einzelnen Punkt eingegangen, was sich in der folgenden zusammenfassenden Darstellung der Diskussionsergebnisse zeigt.

5.2.1 Wechsel des Kontextes

Alle Expert*innen haben zugestimmt, dass der Wechsel des Kontextes ein wichtiger Wirkfaktor für erfahrungsorientierte Therapie ist, um Patient*innen das Erlernen neuer Denk- und Verhaltensmuster zu erleichtern:

„Wechsel des Kontextes, ja, das halte ich für wichtig, eine andere Umwelt zu haben, andere Bedingungen zu haben.“ (Interview Werner Michl, Pos. 17)

„Erlebnispädagogik arbeitet tatsächlich damit, dass wir jemanden in einen anderen Kontext, in ein anderes Umfeld bringen. Mit dem Ziel, dass daraus auch andere Handlungsabläufe gefördert werden. [...] Und dafür nutzt die Erlebnispädagogik sozusagen ein anderes Umfeld, um die Notwendigkeit von anderem Handeln zu erzeugen.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 39)

„Kontextwechsel heißt ja erstmal schlicht und ergreifend Zurückführen auf eine salutogenetische Vorstellung. Das heißt erstmal, wenn der Mensch im Krankenhaus ist oder im Heim oder in der Arztpraxis, hat das ja schon einen pathologischen Touch. Das heißt, wenn der Mensch dann zu einer Klettertherapie in die Halle geht, dann hat er einfach diesen Kontextwechsel oder er geht eben in den Wald mit so Monkey Grips, dann geht er aus dem Heim raus und macht irgendeine Outdoor-Aktivität. Also wenn er das mit Kontextwechsel meint, ist das ein ganz klarer Wirkfaktor.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 34)

„Genau, wenn ich in der gemütlichen Gesprächsecke sitze in meinem Besprechungszimmer und in den Wald gehe, bin ich natürlich in einem anderen Raum und der Raum hat immer Einfluss auf mich. Der Raum, in dem ich bin, praktisch. Also verhalte ich mich anders, denke ich anders, fühle ich anders.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 10)

Kilian Mehl hat betont, dass der Wechsel des Kontextes zu einem Setting in der Natur zwar ein positiver Faktor sein kann, jedoch keine mandatorische Voraussetzung für erfahrungsorientierte Therapien ist:

„B: [...] Wobei man nicht sagen kann, Erfahrungsorientiertes ist immer Outdoor und immer im Wald, aber der Wald und die Natur sind sehr heilsame Räume, in denen man

solche Dinge machen kann und zählt absolut mit, da habe ich glaube ich auch was zu geschrieben in dem Buch.

I: Genau, Sie haben da sehr dieses Outdoor-/Natursetting betont. Ich habe auch mit Thomas Lukowski geredet, der macht das ja immer in der Halle und das funktioniert ja auch - also ist das optional, dass wir in der Natur sind für eine erfahrungsorientierte Therapie, ist das ein Faktor, der vielleicht helfen kann oder wie sehen Sie das?

B: Ja, absolut, das wäre, denke ich, ein positiver Faktor, also der weite Raum, in dem man ist. Vielleicht kann man es so sagen: Der Kontext muss immer mitgestaltet, mitgedacht werden. Nichts passiert ohne Kontext, auch Gespräche nicht.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 10 ff.)

5.2.2 Gruppenaktivitäten

Während kein*e Expert*in Gruppenaktivitäten als Wirkfaktor widersprochen hat, wurde dieser Aspekt von den beiden Therapeuten Thomas Lukowski und Kilian Mehl relativiert. So können sowohl Gruppen- als auch Einzelsettings in der erfahrungsorientierten Therapie je nach Einzelfall zielführend sein:

„Ja, erlebnistherapeutisch ja, aber beim Klettern in der Psychotherapie ist das Einzelsetting auch sehr, sehr wertvoll. Ich kann eine Gruppentherapie anbieten und eine Einzeltherapie und beides hat Vorteile.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 38)

„Also das in der Therapie eine Indikationsfrage. Wir machen das auch in der Gruppe. Wenn das auf sozial-relevante Themen ankommt, macht man das in der Gruppe sicherlich, aber es gibt in der Therapie auch individuumsrelevante Dinge, dann ist es oft gut, wenn man es einzeln macht. Wir machen auch einzeln Hochseilbegehungen. Wir machen ja nicht nur Hochseil, wir machen alle anderen Sachen auch, oder Bogenschießen. Und das Einzelne hat auch seine Berechtigung, also das muss man abwägen, denke ich. Das gibt es ja in der Erlebnispädagogik auch, dass man entweder als Gruppe durch die Natur zieht oder einzeln.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 14)

5.2.3 Transfer und Nachsorge

Auch diesem Wirkfaktor haben alle Expert*innen grundsätzlich zugestimmt. Thomas Lukowski und Kilian Mehl betonten die Relevanz des Transfers und verdeutlichten, dass der Transfer des Gelernten Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg ist:

„Ja, auf jeden Fall, ist ja wichtig. Sonst ist das ja eine Maßnahme, wo man sagen kann "Okay, die Leute haben so ihren Spaß gehabt, waren draußen an der frischen Luft.", aber der therapeutische Kontext kommt natürlich stärker zum Tragen, wenn man gleich im Anschluss an die Maßnahme - ganz egal ob in der Einzel- oder Gruppentherapie, in der Halle oder im Wald oder sonst wie - eben so eine Feedbackrunde macht, ein Blitzlicht oder sonst irgendwas. Oder halt dann in der Klinik, in der Einrichtung oder auch im Einzelsetting dann schon auch nochmal eine bisschen Nachbesprechung, was die Leute wirklich nochmal erlebt haben, auch wie sie es weiterbewegt haben, so nach einer Nacht vielleicht, also was da noch so nachgeschwungen ist und das eben auch nochmal aufnehmen und besprechen. Das ist der Punkt, dass man dann wirklich so vom Therapeutischen sprechen kann und nicht nur sagt "Okay, man macht eine Kletteraktivität, die allen gut tut."“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 42)

„Also wenn Sie jetzt zum Beispiel Hochseil nehmen, es gibt grundsätzlich vor allen Aktionen immer eine Vorbesprechung, das ist das Grundsätzliche, also das Warm-Up, wie man es nennen kann. Es gibt grundsätzlich die Begleitung während der Aktion, egal, was man macht, auf einem Niederparcours, auf einem Hochseilgarten, im Wald oder wie auch immer. Also dass man während der Aktion reflektiert und sagt "Warum machst du das jetzt und spielst du dich immer in den Vordergrund?" oder "Warum machst du eigentlich nichts?" oder wie auch immer. Und Schlussreflexion, das ist mindestens genauso wichtig, wie die Aktion selbst, ist die therapeutische Begleitung vorher und nachher.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 26)

Darüber hinaus führte Kilian Mehl die neurobiologische Begründung für die Relevanz des Transfers an:

„Da gibt es einmal den Aspekt „The Mountains Speak for Themselves“ – einfach der äußere Eindruck wirkt. Und dann gibt es noch das andere und das ist das wichtigere Moment oder neurobiologisch begründete Moment: Vorher spreche ich, wie sind die Erwartungshaltungen, wenn ich jetzt die und die Aktion mache. [...] Dann während der Aktion, das aktionale Gespräch, also was fühlst du, was denkst du, was erwartest du, was

erhoffst du und all diese Dinge und kennst du das aus deinem Leben, also der Transfer zum Alltagsleben, kennst du diese Situation, bist du immer so. Und dann anschließend nach der Aktion nochmal, also das, was ich vorhin sagte: Die unbewussten oder vorbewussten Verhaltensweisen, Gefühle und all diese Dinge in die Großhirnrinde, ins Bewusstsein holen und dann bearbeiten durch Sprechen und Überlegen, warum was ist und so weiter und so fort. Dann senkt sich das wieder ab und unsere Annahme ist, dass sich dadurch dann auch diese Muster ändern und auch die Persönlichkeit, das Verhalten, Denken und Fühlen, letztendlich ändert.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 18)

Ulrich Lakemann hat bzgl. der Nachsorge von Patient*innen auf die Rolle der Sozialen Arbeit verwiesen, die einen Beitrag zum nachhaltigen therapeutischen Erfolg leisten kann:

„Und dann kommen aber natürlich Sie als Sozialarbeiter noch dazu, die dann wiederum dafür sorgen müssen, oder ihren Beitrag dazu leisten müssen, dass diese Menschen, die gefestigt sind, dann eben auch ein möglichst gefestigtes Umfeld haben.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 32)

5.2.4 Integratives Therapiekonzept

Alle befragten Expert*innen waren der Meinung, dass erfahrungsorientierte Therapien Teil eines integrativen Therapiekonzepts sein sollten:

„Sehr sinnvoll, sehr nützlich, aber für sich alleinstehend bringt das noch nichts.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 45)

„Vorausgesetzt aber nochmal, dass es wirklich in ein therapeutisches Setting eingebaut ist, was unter medizinischer Aufsicht tatsächlich auch stattfindet.“

(Interview Ulrich Lakemann, Pos. 32)

Kilian Mehl und Thomas Lukowski stimmten ebenfalls zu und ergänzten, dass erfahrungsorientierten therapeutischen Aktivitäten auch in der gelebten Praxis Teil eines therapeutischen Gesamtkonzepts sind:

„Genau, also in der Klinik ist es in ein gesamtes Konzept eingearbeitet, es gibt alle anderen Verfahren natürlich auch, oder andere Dinge, die man hier tut. Aber erfahrungsorientiert ist jetzt hier bei uns im Schwerpunkt an der Wollmarshöhe, wir versuchen möglichst in allen Gebieten das Erfahrungsorientierte mit reinzubringen.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 18)

„Ich denke, als Einzelmaßnahme, das wäre nie der Anspruch. Also jetzt rede ich erstmal nur von meiner Klettertherapie, dass man sagt "Man macht das jetzt als Einzelmaßnahme und therapiert nur damit depressive Menschen oder Zwangsstörungen etc.". Also das sollte immer in einem multimodalen Setting passieren, wo einfach die Leute auch eine Gruppen- oder Einzelgesprächstherapie haben, eventuell auch eine Medikation nehmen, wo man wirklich sieht im Einzelfall, was braucht der Mensch alles. Ansonsten kann man sagen: Als Einzelmaßnahme - das ist ja eine Coachingmaßnahme.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 44)

5.2.5 Zielgruppen

Bezüglich geeigneter Zielgruppen erfahrungsorientierter Therapie waren sich die Expert*innen einig, dass der Ansatz für die meisten Personengruppen geeignet ist. Gleichzeitig wurde insbesondere bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen auf den bedachten Einsatz erfahrungsorientierter Therapien hingewiesen:

„Ich würde das offenlassen. Bei richtig psychotischen Störungen, schizophrenen Störungen, da würde ich vorsichtig werden, aber bei den klassischen Neurosen und sonstigen irgendwelchen Befindlichkeiten, da glaube ich, haben wir genügend Erfahrung in der Erlebnistherapie. Also ich sag es nur so, so schizophrene Sachen, ich glaube nicht, dass es da so leicht möglich ist, draußen zu sein. Es kann auch gefährlich werden. Oder Suizidale, das kann auch gefährlich werden. Wobei eine Wanderung durch die Wiese mit jemandem, der suizidal ist, kann auch nicht schaden, finde ich. Aber halt dann nicht Natursport vielleicht.“ (Interview Werner Michl, Pos. 55)

„[...] Aber wenn es um den therapeutischen Bereich geht, gibt es Ausschlusskriterien. Also wenn jetzt jemand eine Psychose kriegt oder kurz davorsteht, da muss man vorsichtig sein, also machen wir nichts mit Gruppen. Und bei Borderline, da muss man schauen, ob man die in Gruppen oder nur einzeln exponiert in irgendwelcher Weise. Oder wenn es

zum Beispiel Demente oder Ältere sind, denen sollte man nicht was Verwirrendes aussetzen und wahnsinnig viele neue Aspekte geben, die haben genug Schwierigkeiten das Alte zu behalten und brauchen sehr, sehr viel Struktur. Also insofern hat er schon Recht, dass man schauen muss, mit welcher Gruppe mache ich was, aber man kann mit allen Gruppen was machen. Da muss man sagen, da gibt es eigentlich keine Grenzen.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 20)

Kilian Mehl schließt konkrete Personengruppen aus, indem er Demenz und psychotische Zustände als Kontraindikationen für den Einsatz erfahrungsorientierter Therapien benannt hat:

„Also Demenz oder akute psychotische Zustände sind absolute Kontraindikationen. Die werden schlechter, also da passiert nicht nichts, sondern da passiert genau das Gegenteil. Die brauchen viel Struktur und viel klare Realität und Reizabschirmung. Und wenn man aber das Erfahrungsorientierte macht, macht das genau das Gegenteil: Viel Reiz, viel Neues, viel Anderes und das kriegen die nicht verarbeitet und da drehen die durch.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 24)

Nach Thomas Lukowskis Beschreibung sind keine ganzen Zielgruppen auszuschließen, sondern zu beachten, dass bestimmte Krankheitszustände für erfahrungsorientierte Therapien nicht geeignet sind.

„I: [...] Würden Sie Zielgruppen grundsätzlich ausschließen?

B: Nein. Zielgruppen gar keine, sondern eher Krankheitszustände. Das heißt eigentlich, wenn der Mensch da in einer sehr akuten Phase ist, ganz egal, ob das eben eine Sucht, eine Angst, eine Depression, ein Psychosepatient ist, also jemand, der einfach noch in einer sehr schlechten, sehr schweren, akuten Phase ist, der Mensch muss ja erreichbar sein. Also mit dem muss man ja therapeutisch kooperativ umgehen müssen. [...] Aber jede Art von akuter Phase schließt sich erstmal aus. Das heißt nicht, der Mensch muss weitgehend geheilt sein oder stabil sein, aber aus einer akuten..ob das jetzt Sucht, Depression, Angst, Zwang, Schizophrenie, Borderline-Störung ist, das ist ja dann schlicht und ergreifend auch oft eine Überlastung des Patienten. Wenn die nur ums Überleben kämpfen und sich dann noch so einer ganz anderen Reizgeschichte dann doch noch stellen sollen.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 45-46)

Zur Verdeutlichung, welche Krankheitszustände seiner Meinung nach geeignet sind, führt Lukowski ein Beispiel mit Patient*innen mit Depressionen an:

„I: [...] Sie haben ja gesagt, in einer akuten Phase ist das natürlich schwierig und da sollte man erstmal abwarten, bis die Leute halbwegs stabil sind. Bis wann warten Sie denn dann ab?“

B: Also ich kann es mal an einem konkreten Beispiel festmachen. Also Depression sind da ein schönes Beispiel. Wenn die Leute so eine Antriebsstörung haben, dass sie eigentlich noch kaum ihr Haus verlassen oder zu zweit es grade in die Praxis schaffen und sagen einfach, überhaupt den Tag zu überstehen, kostet sie unendlich viel Kraft. Dann sage ich nicht in der dritten Gesprächsrunde "Und jetzt gehen wir aber nächstes Mal in die Kletterhalle.". Sondern einfach, wenn man merkt "Okay, sie kommen schonmal leichter in die Praxis, sie fangen vielleicht schonmal an, ihren Einkauf wieder zu machen, die beginnen wieder mit Spaziergängen, die machen wieder mal ().", also das so eine Art Basisantrieb auch wieder da ist, dann, wenn ich eben aus irgendeinem Grund den Eindruck habe, das wäre auch jemand, der würde von der Klettergeschichte profitieren, dann bringe ich das ins Gespräch. Und dann muss vom Patienten wirklich auch kommen "Mensch, würde mich interessieren, habe ich noch nie gemacht, ja doch, wäre ich doch mal neugierig." und dann wird das halt besprochen und auch eventuell initiiert.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 49-50)

5.2.6 Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung

Die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen wurde von allen Expert*innen als wichtiger Wirkfaktor anerkannt. Laut Peter Jansen steigt die Bedeutung der Beziehung gemeinsam mit dem Grad der Intensität der Arbeitsbeziehung, die in therapeutischen Kontexten intensiver gestaltet ist als etwa in erlebnispädagogischen Kontexten:

„Aber was Beziehungen angeht, das ist glaube ich eher eine Sache, die sich nicht speziell oder nicht exklusiv auf Erlebnispädagogik, sondern eher exklusiv auf das Arbeiten mit Menschen bezieht. Je intensiver und persönlicher ich mit Menschen arbeite, desto wichtiger wird natürlich die Beziehung, die ich da habe. Und da ja eine Therapie im Vergleich zu einer pädagogischen Maßnahme noch eine viel persönlichere, noch eine viel intensivere Arbeit mit jemand Einzelnem voraussetzt, setze ich da natürlich auch die Bedeutung einer Beziehung viel mehr voraus.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 47)

Nach Thomas Lukowski ist das Grundvertrauen zwischen Therapeut*in und Patient*in eine wichtige Voraussetzung für erfahrungsorientierte Therapie. Zugleich wurde betont, dass durch erfahrungsorientierte Therapie auch ein größeres Vertrauen zu Therapeut*innen entstehen kann, auf dessen Grundlage therapeutisch zielführend gearbeitet werden kann:

„Wobei es gar nicht darum geht, dass man von vorne rein sagt, wenn man jetzt zum Klettern geht oder auch - denke ich - bei einer erlebnispädagogischen Maßnahme, das geht nur mit Leuten, wo man gleich von vornerein weiß, mit denen hat man Vertrauen, die versteht man gut, da ist auch die gegenseitige Wertschätzung schon ausgebaut. Ich denke, es braucht so eine Art Grundvertrauen und das wird sicher auch in der Klettertherapie definitiv nochmal deutlich verstärkt. Also a) ist es die eigene Erfahrung aus der Einzeltherapie und b) auch aus Gruppenerfahrung von der Klinik zum Beispiel, mit der ich viel zusammenarbeite. Das ist eine psychosomatische Reha-Klinik, die haben alle sechs Wochen andere Patienten. Es ist so ein Unterschied, wenn man, sage ich mal, seine normalen Patienten auf Station hat, die halt so die anderen Programme, normale Bewegungstherapie, Kunst- oder Musiktherapie durchlaufen und die Leute, die dann drei oder vier Mal in der Klettergruppe waren. Die wirklich anders aufmachen und schneller ihre Themen mit ihren Bezugstherapeuten bearbeiten.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 52)

Auch Kilian Mehl ist der Meinung, dass eine gute Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in ein wichtiger Wirkfaktor der erfahrungsorientierten Therapie ist und erläuterte am Beispiel der von ihm geleiteten Klinik Wollmarshöhe, inwiefern Patient*innen im Verlauf der Therapie mit den gleichen Therapeut*innen zusammenarbeiten.

*„I: [...] Wie ist das denn bei Ihnen in der Klinik, sind das immer die gleichen Therapeut*innen, die mit den Patient*innen arbeiten?“*

B: Also der Patient hat während der gesamten Behandlung einen Gesprächstherapeuten, ärztlichen oder psychologischen Bezugstherapeuten, so nennen wir das, der Regiearzt, oder wie auch immer. Wenn der jetzt auch in erfahrungsorientierten Gruppen tätig ist, dann ist es der gleiche, aber ansonsten haben wir ein extra Team dafür, ein erfahrungsorientiertes Team, Psychologen und alle möglichen. Und die machen das dann. [...] Das können aber auch andere Therapeuten sein, das ist kein Problem. Aber es muss ein guter Bezug, also sprich natürlich stimmig sein, das ist ja immer so.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 25-26)

Für Særún Magnúsdóttir ist es ein weiterer wichtiger Aspekt, dass die anleitenden Personen Erfahrung haben und so viel Kompetenz ausstrahlen, dass sich Patient*innen sicher fühlen:

„Und dass die Personen, die das dann machen, dass die einerseits Erfahrungen haben und auch wissen, wie es geht und was da passieren kann. Dass die Klienten sich auch sicher fühlen und dass das wirkt.“ (Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 18)

5.2.7 Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen

Alle Expert*innen waren der Meinung, dass sowohl therapeutische als auch natursportliche Kompetenzen der erfahrungsorientiert arbeitende Therapeut*innen ein weiterer relevanter Wirkfaktor sind. Nach dem Erlebnispädagogen Peter Jansen spielen (natur)sportliche Kompetenzen insbesondere im nicht-therapeutischen Bereich eine bedeutende Rolle:

„Aber wenn dann ein Teamevent mache und ich mache mit den Leuten Bogenschießen oder Floßbau und es ist als Teamevent für Mitarbeiter gedacht, dann spielt ja die persönliche Beziehung, die ich aufbaue zu den Leuten natürlich eine wesentlich geringere Rolle. Dafür aber meine Fachkompetenz, also meine sportlichen Kompetenzen umso mehr.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 47)

Peter Jansen betont in Bezug auf Erlebnispädagogik die notwendige physische und psychische Kompetenz der Anleiter*innen:

„Man hat dieses Dreieck: Ich, als Anleiter muss mich wohl oder fähig oder in der Lage fühlen, sowohl körperlich als auch psychisch. Die Rahmenbedingungen müssen stimmen und die Gruppe muss zustimmen. Und wenn eine der drei Komponenten nicht reicht, dann muss man halt schauen "Kann man das machen?" und dann sollte man das entweder nicht machen oder schauen, dass das, was machen möchte wieder passt mit dem, was die Rahmenbedingungen sind, was ich und was die Gruppe mitbringt. Ich glaube, dass liegt viel an eigenen Einschätzungen.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 51)

Bezogen auf das Klettern in der Therapie sind nach Thomas Lukowski Grundkenntnisse zur sicheren Anleitung der Sportart ausreichend. Neben Sicherheit bei während der Therapie ist für ihn Authentizität ein eine wichtige Kompetenz der Therapeut*innen:

„[...] um da auch sicher zu sein, aber auch authentisch. Wenn jetzt eigentlich einer meint, bei Klettern hat er eigentlich kein Bock drauf, aber es soll ein unheimlich tolles therapeutisches Tool sein und deswegen gehe ich das jetzt mal an, mache die Ausbildung und mache das mit Patienten. Also wenn da nicht selbst der Spaß dabei ist, dann ist das ja nicht authentisch und psychisch kranke Menschen oder psychisch belastete Menschen haben ja sehr feine Antennen. Und wenn da einer irgendwas erzählt oder macht, wo er nicht dahintersteht, funktioniert es sicher nicht, also nicht gut. Es muss keiner ein Spitzenkletterer sein, das ist mir bei meinen Ausbildungsgruppen immer auch wichtig, weil da kommt immer die Frage "Muss ich einen bestimmten Schwierigkeitsgrad klettern?" und dann sage ich "Null.". Also sie müssen Erfahrung beim Klettern haben und sie müssen sicher sichern können. Ob sie jetzt eine Vier im Vorstieg oder eine Sieben oder eine Neun Plus ist völlig unerheblich. Sie müssen die Leute sichern können und sie müssen eine Affinität zu dem Klettersport haben.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 54)

Kilian Mehl bezieht sich auf den Hochseilgarten der Klinik Wollmarshöhe und hat erläutert, dass Therapeut*innen ihre Patient*innen aus jeder Situation ablassen können müssen und somit ein gewisses technisches Verständnis erforderlich ist. Dennoch sind für die Sicherheit aller Beteiligten neben den Therapeut*innen auch andere Personen verantwortlich:

„Diejenigen, die damit arbeiten, wenn sie sich nur auf den Hochseilgarten fokussieren, die müssen alle technisch fit sein, die müssen von jeder Stelle retten können. Sagen wir mal so, technisch gibt es schon bestimmte Anforderungen, die müssen jetzt keinen Hochseilgarten selbst aufbauen können, aber die müssen sich gut zurechtfinden und in Notsituationen eingreifen können und so weiter und so fort. Aber nicht unbedingt der Prozessbegleiter. Also wir unterscheiden zwischen Therapeuten und Prozessbegleiter, der konzentriert sich praktisch auf die Inhalte und da gibt es die Sicherheitstrainer, die haben alle eine spezielle Ausbildung, also die Sicherheitstrainer, haben aber auch natürlich andere Berufe, also sind Krankenschwestern oder wie auch immer, aber die haben eine Sicherheitstrainer-Ausbildung und die achten auch auf den Therapeuten, auf die Patienten und auf die Sicherheit, die schauen, dass das technisch alles funktioniert. So, und vom Inhaltlichen: Derjenige, der die Begleitung macht muss natürlich Mindestanforderungen der Ausbildung haben, also muss ein Therapeut sein oder eine therapeutische Ausbildung haben oder eine pädagogische Ausbildung.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 28)

Weiter wurde von Kilian Mehl betont, dass Therapeut*innen durch ihre Sprache den „Möglichkeitsraum“ möglichst offenlassen sollen. Therapeut*innen müssen ihren Patient*innen Bedingungen schaffen, unter denen ihre Möglichkeiten des Denkens, Fühlens und Handelns nicht eingeschränkt werden:

„Also notwendig ist, dass jeder, der therapeutisch arbeitet auch pädagogisch eine gewisse Ahnung hat oder eine gewisse Ausbildung hat oder eine bestimmte Sprachweise hat. Es gibt ja auch bestimmte Sprachweisen im Umgang mit den Patienten, das heißt den Möglichkeitsraum offenlassen und ihnen nicht irgendwas vorschreiben. Also auf die Sprache muss man eben auch achten: Wie spreche ich mit dem oder sage ich ihm „Es ist gut.“ oder bleibe ich selbst in Floskeln, wenn ich von „Super“, „Gut“ und „Schlecht“ rede, anstatt tiefere Inhalte oder lyrischere Inhalte oder wie auch immer man das nennen mag, oder beschreibendere Inhalte zu benutzen. Ich frage zum Beispiel oft, die sollen in einem Wort ihr Gefühl nennen, nach einer Exposition und sie dürfen aber nicht „Gut“, „Schlecht“ oder sowas sagen, sondern sollen es beschreiben. Das fällt den Leuten wahn-sinnig schwierig () dann sagen „Ich bin stolz.“, „Ich bin demütig.“, „Ich bin befreit.“, „Ich bin...“...solche Sachen sollen sie sagen, das fällt ihnen schwer. Das heißt, ihre Zustände zu beschreiben. Und der Therapeut sollte versuchen, eben nicht in oberflächlichen Floskeln zu sagen (), sondern versuchen, dass wirklich dargestellt wird, was wirklich ist. Und sie können da direkt sprechen mit dem Patienten und sagen „Geh mal da rüber, dann fühlst du dich stark.“, aber es könnte sein, er geht in den Widerstand, weil er sich eben danach nicht stark fühlt und sagt „Das ist ein Scheiß, was der Therapeut da geredet hat.“. Also wenn Sie aber den Möglichkeitsraum öffnen und sagen „Viele Patienten empfinden nach einer solchen Übung, dass eine Stärke in ihnen aufkommt, die sie nicht gekannt haben.“, das wäre irgendwas Suggestibles, was man sagen würde, zum Beispiel. Oder wenn man mindestens sagen würde „Vielen Leuten nützt das und sie fühlen sich stark.“, dann bleibt der Möglichkeitsraum auf und dann ist die Erfahrung ganz anders. Dann lenken Sie den Patienten schon in gewisse Möglichkeiten, weil der Prozess passiert grundsätzlich im Patienten oder in dem Teilnehmer und nicht im Therapeuten oder im Lehrbuch.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 60)

Kilian Mehl, Thomas Lukowski und Ulrich Lakemann betonen den Stellenwert einer guten therapeutischen Ausbildung für die therapeutische Arbeit mit psychisch erkrankten Personen:

„Die Leute sollen einfach eine möglichst gute Ausbildung machen, weil die einfach mit kranken Menschen zu tun haben oder mit Menschen, die ein Handicap haben oder etc. pp., da sollte man immer schauen, dass man wirklich auch eine gute Ausbildung macht, weil die Menschen sich einem anvertrauen.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 74)

„Derjenige, der die Begleitung macht muss natürlich Mindestanforderungen der Ausbildung haben, also muss ein Therapeut sein oder eine therapeutische Ausbildung haben oder eine pädagogische Ausbildung oder wie auch immer. Das unterscheidet sich ja vom touristischen Klettergarten, da guckt man ja, dass keiner runterfällt und sagt "Super, klasse" und "Gut gemacht" und "Vorsichtig" und das wars. Also ich ja nichts dagegen sagen, ist auch in Ordnung, aber das ist eben was anderes.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 28)

„Ich finde das unverantwortlich, die gehen als Pädagoginnen, Pädagogen mit Geflüchteten in den Wald, ich weiß nicht, was die machen, mit Geflüchteten vielleicht sogar auf einem Boot, oder wie auch immer. Und die Gefahr, dass das Ganze triggert, dass da Dinge losgehen, die man nicht kontrollieren und wo ich auch überhaupt nicht für ausgebildet bin, das zu kontrollieren, die ist einfach da. [...] Oft da, wo schwierige Wege sind, davon profitiert man, das ist ja grade das Thema der Erlebnispädagogik und der erfahrungsorientierten Therapie, dass ich die Wege selbst finde. Und da, wo ich das also tatsächlich machen kann, dass ich einen Rahmen bilde und den Leuten überlasse, wie sie diesen Rahmen entsprechend gestalten und was sie dann für Konsequenzen daraus ziehen, alles gut. Aber bei psychisch erkrankten Menschen oder bei Menschen, die in einer bedrohlichen Situation sind, halte ich das für absolut kontraproduktiv. Deshalb finde ich einfach eine sinnvolle Idee zu sagen, bitte therapiert nicht da, wo ihr nicht berechtigt seid zu therapieren.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22)

Bezogen auf das Team, das erfahrungsorientierte Therapien durchführt, wurden von Werner Michl folgende förderliche Aspekte genannt:

„Ich glaube wichtig ist erstmal die Geschlechtermischung, weil man einfach sagen kann, dass Frau zu Frau andere Aspekte bringt wie Mann zu Frau und umgekehrt auch, glaube ich. Also, dass wenn es ein Team ist, sollte es auf jeden Fall geschlechtsgemischt sein. Ich glaube, dass es auch wichtig ist, dass es auch erfahrene Leute sind, sowohl in ihrer therapeutischen Richtung erfahren sind als auch im erlebnispädagogischen Feld

erfahren sind. Also können es jetzt nicht unbedingt Leute sein, die grade eine therapeutische Ausbildung abgeschlossen haben. Und sie sollten vielleicht schon ein gewisses Lebensalter abgesponnen haben, dabei. Ansonsten kann es nicht schaden, wenn die aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen kommen. Das kann nicht schaden. Aber man muss auch aufpassen, dass das Team nicht zu groß ist, finde ich, weil viele Köche verderben den Brei. Es muss überschaubar bleiben, finde ich. Ich habe selbst viele Seminare mit Menschen gemacht und habe mir die in der Regel immer ausgesucht, nicht nur nach der Fachlichkeit, sondern nachdem, wie wir zusammenarbeiten können. Und das ist mir auch ein paar Mal nicht gelungen und da weiß ich, oder ich bin manchmal auch gewürfelt worden mit Leuten, wo es einfach nicht ging. Und man sich gegenseitig runterzieht, sozusagen. Also man muss sehr stark wissen, wie kann ich mit meinem Trainingspartner, was kann ich mit dem anfangen und so. Und wie sind wir zusammen. Und nicht weil es zwei Fachleute sind, sondern weil sie sich, weil sie menschlich auf der gleichen Linie sind. Halte ich für viel wichtiger als das Fachliche.“ (Interview Werner Michl, Pos. 61)

Ulrich Lakemann betonte neben der Notwendigkeit von Sensibilität und Empathie, dass Übersetzungskompetenzen der Therapeut*innen in der erfahrungsorientierten Therapie keine bedeutende Rolle spielen: In der erfahrungsorientierten Therapie stellen Handlungen der Patient*innen deren Gefühlszustände dar, weshalb Übersetzungsleistungen von Verbalisiertem, wie in gesprächsbasierten Therapien, nicht notwendig sind:

„Dass da die Vorteile des Handelns einfach ganz klar im Vordergrund stehen gegenüber dem, dass ich quasi Gefühlszustände übersetzen muss. [...] Also einer, der sensibel und empathisch genug ist - und das sollten Therapeuten sein - der ist dazu in der Lage dann auch selbst zu erfahren, was passiert da jetzt grade in dem Patienten oder der Patientin.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 36)

5.2.8 Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting

Die Expert*innen waren alle der Meinung, dass das therapeutische Setting den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden sollte:

„Ja, das Setting muss der Gruppe oder der Diagnose [...] angepasst werden.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 22)

„Um nachhaltig zu arbeiten, also das ist sowieso bei jeder Gruppe anders und bei jeder Gruppe muss ich das gleiche Spiel anders gestalten und es kommen immer andere Ergebnisse raus. So wie ich mit jeder Gruppe unterschiedlich arbeite, muss auch ich unterschiedlich arbeiten, dass es auch nachhaltig wirkt.“ (Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 36)

„Man hat dieses Dreieck: Ich, als Anleiter muss mich wohl oder fähig oder in der Lage fühlen, sowohl körperlich als auch psychisch. Die Rahmenbedingungen müssen stimmen und die Gruppe muss zustimmen. Und wenn eine der drei Komponenten nicht reicht, dann muss man halt schauen "Kann man das machen?" und dann sollte man das entweder nicht machen oder schauen, dass das, was machen möchte wieder passt mit dem, was die Rahmenbedingungen sind, was ich und was die Gruppe mitbringt. Ich glaube, dass liegt viel an eigenen Einschätzungen.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 51)

Thomas Lukowski hat am Beispiel des Kletterns in der Therapie erläutert, wie ein bedarfsgerechtes therapeutisches Setting hierbei gestaltet werden kann:

„Da denke ich, kommt es wirklich drauf an, mit welchen Menschen man in die Halle geht. Wenn man jetzt sagt, man geht mit Menschen in die Halle, die sehr empfindlich auf Reizüberflutung reagieren, dann ist es sicherlich gut, in den Münchner Kletterhallen am Vormittag oder am frühen Nachmittag zu gehen, wenn einfach wenig los ist. Oder es gibt auch Hallen, die kleinere Therapieräume mit einer Slackline oder sowas anbieten, wo man sagt, da geht man erst mit seinem Klienten rein und dann geht man in die Halle. Andersrum, wenn das Menschen sind, die damit kein Problem haben, sind wir wieder bei dem Thema der Salutogenese, dann einfach gleich schön rein, ins pralle Leben, da kann auch was wohl sein in der Halle und die fühlen sich pudelwohl. Also das hängt von den Menschen ab oder von den Störungsbildern.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 56)

Peter Jansen bezog sich auf den Flow und sieht ein bedarfsgerechtes therapeutisches Setting als gegeben, wenn sich Patient*innen – im Sinne des Lernzonenmodells (siehe Kapitel 2.3.4) – in der Lernzone befinden:

„Ich habe jetzt vor nicht allzu langer Zeit eine Bachelorarbeit lesen dürfen, die den Flow untersucht hat. Also inwiefern der Flow, so ein Flow-Erlebnis, bei Erlebnispädagogik eine Rolle spielt. Was ich daraus mitgenommen habe ist tatsächlich, dass sozusagen die

Herausforderung und die Fähigkeiten ideal ineinandergreifen. Wenn die Herausforderung größer ist, als die Fähigkeit, die man mitbringt, dann kann eine Überforderung stattfinden. Wenn aber sozusagen die Fähigkeiten größer sind als die Herausforderungen, dann schwankt es eher Richtung Langeweile. Und ich glaube, das wichtige war, dass sozusagen die Herausforderung um ein Maß größer sein sollte, als die Fähigkeiten, um das Herausforderungsmoment zu bekommen, um dieses Gefühl zu bekommen "Ich schaffe das schon, es ist zwar etwas, das mich herausfordert, aber ich schaffe das.". Was ich daraus verstehe, ist dass da ein gutes Matching stattfinden soll und das ist natürlich eine Hauptaufgabe des Trainers oder des Therapeuten, Pädagogen, da liegt glaube ich die Fachkompetenz, um das richtig dosieren zu können.“ (Interview Peter Jansen, Pos. 53)

5.2.9 Isomorphie

Alle der befragten Expert*innen sahen Isomorphie als wichtigen Wirkfaktor der erfahrungsorientierten Therapie an. Kilian Mehl hat hierbei den besonderen Stellenwert der Isomorphie betont und ein Beispiel für therapeutische Arbeit mit Isomorphismen genannt:

„Unbedingt, das ist das Wichtigste. Wenn der was davon haben will, der Patient oder Klient, dann muss er das mitnehmen können in den Alltag. Also wenn er was Pädagogisches oder was Therapeutisches davon haben will. Also nicht nur einen Kick oder Adrenalin...dafür muss die Isomorphie dargestellt werden und der Transfer zum Alltag. Das heißt "Kennst du die Situation?", "Fällt es dir oft schwer, den ersten Schritt zu tun?", "Fällt es dir oft schwer, Hilfe anzunehmen?" und dann sagt der Klient schonmal "Ja, das kenne ich ganz genau, neulich wusste ich gar nicht mehr weiter, ich hätte nur meinen Kollegen fragen müssen, aber ich traue mich nicht, Hilfe anzunehmen." oder wie auch immer. Und dann hat er den Bezug zum Alltag, beispielsweise. Oder er sagt „Ja, das stimmt, ich war bestens vorbereitet und wollte meine Prüfung machen und dann war ich sowas von nervös, obwohl ich das eigentlich kann, ich kenne das, ich habe mich genauso gefühlt, wie jetzt in diesem Moment, wo ich vor dieser Übung stehe, um den ersten Schritt zu tun, aber wenn ich es einfach mache, so wie ich das jetzt hier auf dem Hochseilgarten gemacht habe, spüre ich, mir geht es gut. Also werde ich versuchen, in solchen Situationen auch einfach zu sagen "Helm auf und durch im Leben" und dann gehe ich einfach die Situation rein, in die Prüfung oder sonstwas rein und ändere mein Angstverhalten.“, beispielsweise. Und dadurch ist die Modifikation dann da, der erlebt quasi auf dem Hochseil Situationen, die er transferieren kann in den Alltag und die hat er dann mit Körper, Seele, Geist erlebt, also nicht nur drüber gesprochen - "Man braucht keine Angst haben" -

sondern er hat gespürt, wie man mit Angst umgehen würde, mit Bedenken, mit Zweifeln oder ähnlichen Dingen.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 32)

5.2.10 Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung

Auch den letzten beiden benannten Wirkfaktoren stimmten alle befragten Expert*innen zu. Kilian Mehl und Thomas Lukowski führten aus, warum die ganzheitliche Aktivierung in erfahrungsorientierten Therapien ein wichtiger Wirkfaktor ist:

„Erfahrungsorientiertes oder Hochseilgarten ist eine Methode, eine ganzheitliche Methode, wo Körper, Seele und Geist eingebunden sind und das Vorbewusste und Unbewusste miteingebunden ist und bearbeitet wird und ist keine spezielle neue Erfindung der Psychotherapie oder Pädagogik.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 6)

„Je ganzheitlicher ich vorgehe und je tiefer die Erfahrung ist, umso mehr ist das Gehirn beansprucht und umso mehr lernt das gesamte Gehirn, das muss man sagen.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 52)

„Ganzheitlich, das ist ja meins. Es gibt die psychologische Ebene, es gibt die neurobiologische Ebene, es gibt die emotionale Ebene, et cetera. [...] Und wenn man da was hat, was man jetzt nicht immer gleichwertig.. [...]. Also wenn man was hat, was jeden Bereich bedient, dann sind wir sicher bei dieser, mehr oder weniger, ganzheitlichen Aktivierung, möglichst bei Menschen, die unter einer psychischen oder sonstigen Belastung leiden. Ich mag das "Ganzheitliche" nicht so gern, das ist was Persönliches, weil das so eine Worthülse ist.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 58)

5.2.11 Diskussion um Grenzerfahrungen als weiteren Wirkfaktor

Nach der Diskussion der von Lakemann benannten Wirkfaktoren wurden die Expert*innen nach möglichen Ergänzungen gefragt. Diesbezüglich hat Werner Michl Grenzsituationen als weiteren Wirkfaktor benannt. Dieser Aspekt wurde in den darauffolgenden Interviews aufgegriffen. Die daraus entstandene Diskussion wird im Folgenden skizziert: Nach Michl drücken sich durch das Erfahren von Grenzsituationen innere Zustände im

Handeln aus, was therapeutisch genutzt werden kann. Weiter werden u.a. durch besondere und einprägende Erfahrungen nachhaltige therapeutische Erfolg erzielt:

„Was da nicht drinsteckt, das ist das Thema Herausforderungen und auch Grenzsituationen, also subjektive Grenzsituationen, sage ich mal. Ich glaube, dass es eine gute Möglichkeit ist, Menschen an ihre Grenzen behutsam zu bringen, die er erkennt, vielleicht auch überschreitet oder akzeptiert und dass es immer um subjektive Herausforderungen geht. Weil im Grunde arbeitet man ja auch in der Erlebnistherapie immer mit dem Körper. Im Gegensatz zu anderen Therapien, wo es nur um den Kopf geht. Wenn ich eine Psychotherapie mache, geht es meistens um den Kopf, um Gespräche, geht es in der Erlebnistherapie auch immer um den Körper oder um das Zusammenspiel zwischen Körper, Seele und Geist. Und das ist glaube ich was Neues und was Wichtiges. [...] Man kann sich ja hinter allem verbergen, rhetorisch, das geht ja locker. Wenn man einigermaßen, so wie ich jetzt, 20 Jahre auf der Bühne steht, kann man sich locker hinter Worten verbergen. [...] Hinter dem Körper kann man sich nicht verbergen. Also wenn Sie mal zuschauen, wie Menschen sich in der Natur bewegen oder beim Klettern oder wo immer auch, dann haben Sie Thesen im Kopf, wie dieser Mensch funktioniert. Also Thesen jedenfalls, aufgrund seines körperlichen Verhaltens. Und das, das spielt in der Erlebnistherapie eine große Rolle und ist meines Erachtens einer der wichtigsten Punkte überhaupt. Weil alle anderen Therapien arbeiten auch mit Gesprächen und mit Beziehungen und so weiter, aber dieser körperliche Aspekt, der einem fehlt, den muss man besonders betonen, glaube ich.“ (Interview Werner Michl, Pos. 35)

„Wir lernen aber auch durch besondere Ereignisse und Erlebnisse, die sich einprägen sozusagen, die man auch nicht so leicht vergisst. Also es gibt ja auch Therapien, wie zum Beispiel jetzt die Individualpsychologie von Alfred Adler, die großen Wert darauf legen, welche Kindheitserlebnisse Menschen gemacht haben. [...] Und wir alle haben glaube ich ein Bündel von Erlebnissen, die uns geprägt haben, die wir auch nicht mehr vergessen. Die sind so beeindruckend, daher ist es auch nachhaltig in der Regel. Also nicht alle Erlebnisse werden uns prägen, aber wir sind geprägt von sehr vielen Gefühlen und Erlebnissen in Kindheit und Jugend auch. Auch im Erwachsenenensein natürlich. Das sind die herausragenden Augenblicke, die aus dem Alltag rausragen und die uns prägen, die wir nicht mehr vergessen so leicht und die daher auch nachhaltig sind.“ (Interview Werner Michl, Pos. 37)

Dabei wurde von Michl die Subjektivität der Grenzerfahrungen betont, die bei Patient*innen nicht zu Überforderungen führen sollen:

„Ja gut, aber wir gehen ja wirklich nur mit subjektiven Grenzerfahrungen ins Feld. Also wir wollen jetzt nicht die Leute so herausfordern, dass die da verzweifeln, sondern dass sie behutsam an gewisse Grenzen herangeführt werden, das wollen wir.“ (Interview Werner Michl, Pos. 59)

Dass Grenzerfahrungen in der Reihe der Wirkfaktoren nach hinten gestellt wurden, wurde von Ulrich Lakemann damit begründet, dass diese Grenzerfahrungen insbesondere in der Arbeit Menschen mit psychischen Erkrankungen sorgfältig und richtig eingeschätzt werden müssen, um deren Sicherheit zu gewährleisten:

„Da gibt es schon einen Grund dafür, und zwar, weil ich denke, dass wir andere Vorstellungen von Grenzerfahrungen haben, als das Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. [...] Wenn ich aber mit psychisch erkrankten Menschen das machen würde, dann würde die unter Umständen Dinge tun, mit denen niemand rechnet. Das heißt also richtig gefährliche Sachen machen. Wir hatten das zum Beispiel so, [...] damals, in dem Modellprojekt in Bethel, ohne dass irgendeine, Auslösersituation gab: Einer von den Teilnehmenden, die bei einer Kletteraktion mitgemacht haben, die dann auch wiederum von jemandem betreut wurde, der entsprechend professionalisiert ist in der Richtung, der hing umgekehrt plötzlich an der Kletterwand. Also er hatte auch keinen Brustgurt um und hing in seinem Gurt. Es waren ungefähr anderthalb Meter Abstand vom Boden und es waren Matten darunter, also es war keine wirklich lebensbedrohliche Situation, aber der hing da – und warum? Der hat mir nachher immer was erzählt von Mutproben. Also das war für ihn das wichtigste, Mutproben. Und so weiter, und so weiter. Dann hatte ich eine andere Situation, grade wo wir bei dem Thema Grenzerfahrungen sind: Also eine erlebnispädagogische Übung, wo es darum ging, sehr nah aufeinanderzurücken, um eine Gruppenaktivität durchzuführen. Sehr nah aufeinanderzurücken, das ist für manche Leute eine unglaubliche Grenzerfahrung. Leute aus dem Studium, Studierende sagen, wir umarmen uns und sind nah beieinander und finden das toll. Das ist für andere, also für Menschen, die Schwierigkeiten haben in dem Bereich, eine richtige Grenzerfahrung. Und deswegen würde eben den Begriff „Grenzerfahrung“ hier doch deutlich relativieren, was die Zielgruppe der psychisch erkrankten Menschen angeht. [...] Das ist aber auch wiederum variabel, weil da gibt es auch keine genau festgelegte und definierbare Grenze,

wo ich sage "Okay, hier ist jetzt die Grenzerfahrung für psychisch Erkrankte", weil da kommen wir dann wieder auf ein völlig selbstverständliches Prinzip, weil jeder hat irgendwo seine eigenen Grenzen und die sind hochindividuell.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 28)

Lakemann hat deshalb eindringlich gefordert, dass nur therapeutisch ausgebildete Personen erfahrungsorientiert therapeutisch arbeiten:

„Ich finde das unverantwortlich, die gehen als Pädagoginnen, Pädagogen mit Geflüchteten in den Wald, ich weiß nicht, was die machen, mit Geflüchteten vielleicht sogar auf einem Boot, oder wie auch immer. Und die Gefahr, dass das Ganze triggert, dass da Dinge losgehen, die man nicht kontrollieren und wo ich auch überhaupt nicht für ausgebildet bin, das zu kontrollieren, die ist einfach da. [...] Oft da, wo schwierige Wege sind, davon profitiert man, das ist ja grade das Thema der Erlebnispädagogik und der erfahrungsorientierten Therapie, dass ich die Wege selbst finde. Und da, wo ich das also tatsächlich machen kann, dass ich einen Rahmen bilde und den Leuten überlasse, wie sie diesen Rahmen entsprechend gestalten und was sie dann für Konsequenzen daraus ziehen, alles gut. Aber bei psychisch erkrankten Menschen oder bei Menschen, die in einer bedrohlichen Situation sind, halte ich das für absolut kontraproduktiv. Deshalb finde ich einfach eine sinnvolle Idee zu sagen, bitte therapiert nicht da, wo ihr nicht berechtigt seid zu therapieren.“ (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22)

Weitere Expert*innen haben Grenzerfahrungen als Medium gesehen, durch das Lernerfolge erzielt werden können. Zugleich dürfen Grenzerfahrungen jedoch nicht zu Überforderungen führen, weil dadurch Lernerfolge gefährdet und psychische Folgeschäden nicht ausgeschlossen werden können. Dabei wurden explizit oder implizit Bezüge zum Lernzonenmodell (siehe Kapitel 2.3.4) deutlich:

„Die Aufgabe kann kurzfristig überfordernd sein, aber das Individuum beziehungsweise eigentlich die Gruppe, die muss es schaffen und die müssen einfach nur deren Ressourcen aktivieren. Dieser Sprung von „Ich bin überfordert, das ist zu viel“ zu „Okay, ich schaffe das“ und „Wir haben es tatsächlich geschafft“, das ist auch wichtig, diese Erfolgserlebnisse.“ (Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 34)

„Es ist auch eine sehr enge, kleine Grenze zwischen Herausforderung und Überforderung. Das heißt auch, dass durch Überforderung diese Fight and Flee-Response kommt. Und das ist dann eben das, was dann retraumatisierend sein könnte.“ (Interview Særun Magnúsdóttir, Pos. 18)

„Es gibt ja neurobiologisch diese Kurve. Also wenn Sie nicht exponiert sind, dann lernen Sie auch nichts, also ganz unten in der Kurve. Dann kommt der Lernbereich, aber wenn Sie über eine bestimmte Schwelle sind, dann lernen Sie wieder nichts, wenn Sie in einen Panikbereich kommen oder in einen dysfunktionalen Bereich kommen, dann erfahren Sie nichts mehr, sondern erleben das nur noch als Trauma oder als irgendwie sowas. Also das muss man als Therapeut oder als Begleiter, muss man immer gucken, dass der Patient in dem Level bleibt, wo er was erfahren kann oder lernen kann.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 42)

„Und der Dysstress ist das gleiche, also wenn wir jetzt schonmal bei Angst sind, dann nehmen wir zum Beispiel...ein Angstpatient gerät auf dem Hochseilgarten in Panik, dann schaden Sie ihm eher, das ist ein Kunstfehler, dann kommt er in Dysstress-Situationen, wo er nichts mehr lernt, sondern wird bestätigt in der Dysfunktion und bekommt eine Panikattacke und das verstärkt sich im Leben dann genauso. Das heißt, man muss aufpassen, dass er zwar schon in Anspannung und Stress gerät, aber in einem Level, wo er noch lernen kann und wo er noch was erfahren kann und nicht in einen panischen Zustand kommt oder durchdreht, dann macht er negative Erfahrungen. Erfahrungen sollten grundsätzlich positiv oder erkenntnisreich ausgehen, nie negativ.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 40)

Auch Thomas Lukowski hat das Lernzonenmodell aufgegriffen und verdeutlicht, dass seine Patient*innen beim Klettern immer Grenzerfahrungen machen. Die Grenzerfahrungen sollten Patient*innen aber nie in die Panikzone führen und müssen deshalb therapeutisch bewusst begleitet werden:

„Wenn psychisch kranke Menschen zum Klettern gehen, dann machen die immer ihre Grenzerfahrungen. Immer. Ob das jetzt ein Angst- ein Depressions- oder ein somatoformer Patient ist, der an Schmerzen leidet, die kommen immer ohne Probleme an ihre Themen und damit natürlich auch an ihre Grenzen. Als Klettertherapeut ist es wichtig, das

wahrzunehmen, weil viele dieser Patienten sind es ja gewohnt, über diese Grenzen hinauszugehen und haben sich dadurch eventuell über einen längeren Zeitraum geschädigt, sozusagen. Das heißt, ich muss gar nicht viel über "Bringe ich den jetzt bewusst oder unbewusst an seine Grenzen?" nachdenken, die gehen eh an ihre Grenzen, das passiert von selbst. Wichtig als Klettertherapeut ist eher, wenn diesen Menschen die Wahrnehmung und die Achtsamkeit für die eigenen Grenzen fehlt, da eben aufmerksam zu sein und die rechtzeitig wieder einzufangen. [...] Und ich habe ja auch in meinem Buch zur Klettertherapie, und das habe ja auch nicht ich allein erfunden, die Zonengeschichten mit Komfort-, Diskomfort- und Stresszone. Es gibt ja einige, die sagen "Ne, Lernerfahrungen finden nur in der Stresszone statt." und das halte ich einfach für einen Unsinn. Es gibt viele Menschen, die kennen ihre Komfortzone überhaupt nicht, also wenn die erstmal ihre Komfortzone kennenlernen, machen die schon eine sehr, sehr wichtige Lernerfahrung und alle anderen Lernerfahrungen finden in dieser Diskomfortzone statt, wo der Mensch einfach an seine Grenzen immer wieder rankommt, vielleicht auch ein bisschen drüber rausgeht, aber dann ist es das Therapeutische zu schauen "Okay, ab jetzt nicht in die Stress- oder Panikzone rein.", weil das ist für mich eher so die Holzhammer-Methode. [...] Ganz egal bei welcher psychischen Störung, dass die Leute ihre Fortschritte machen, ich brauche nicht die Panik- oder Stresszone dafür, das brauche ich nicht.“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 62)

Auf die Frage, ob das Kennenlernen der Komfortzone - wie von Lukowski beschrieben - eine wichtige Lernerfahrung sein kann, hat Kilian Mehl geantwortet, dass in der Komfortzone zwar durchaus Erfahrungen gemacht werden können, aber Lernen erst stattfindet, wenn Menschen gefordert werden. Ob ein Lernen auch in der Komfortzone möglich ist, ist abhängig von der Definition des Begriffs:

„Also sagen wir mal so: In der Komfortzone - ja, kann auch gut sein, das macht man ja bei Depressiven auch manchmal, dass man sie erstmal schont und ins Bett legt und sie dürfen nichts mehr machen. Aber um zu lernen ist die Komfortzone - also muss man vielleicht definieren: Was heißt Komfortzone? Aber wenn ich nicht gefordert werde, lerne ich nicht. Also wenn ich auf dem Sofa liege, lerne ich relativ wenig. [...] Aber wenn er sagt, dass kann auch angenehm sein, ich kann im Angenehmen Erfahrungen machen, da hat er natürlich auch Recht.“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 46)

6 Diskussion der Ergebnisse

Die vorab dargestellten Ergebnisse der Untersuchung werden im Folgenden zusammenfassend präsentiert und von den Erkenntnissen des Theorieteils der vorliegenden Arbeit differenziert, um neue Erkenntnisse hervorzuheben. Weiter werden die Entstehungssituationen der Interviews reflektiert und Stärken und Schwächen der vorliegenden Forschungsergebnisse aufgezeigt.

Die erzielten Forschungsergebnisse decken sich in großen Teilen mit den bereits dargestellten Erkenntnissen des theoretischen Teils dieser Arbeit. Durch die Aussagen der Expert*innen wurde bereits bekanntes Wissen oftmals bestätigt, erläutert oder ergänzt. Forschungsergebnisse, die den Ergebnissen des Theorieteils der Arbeit entsprechen, werden deshalb an dieser Stelle lediglich zusammenfassend dargestellt, um den Fokus auf neue Erkenntnisse zu legen.

6.1 Differenzierung von Erlebnispädagogik und erfahrungsorientierter Therapie

Die Analyse des ersten Codes zeigt auf, dass die beiden Begriffe der erfahrungsorientierten Therapie und der Erlebnispädagogik aufgrund der Schnittmenge an Methoden nicht trennscharf zu differenzieren sind (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 22; Interview Peter Jansen, Pos. 31; Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22, 34; Interview Kilian Mehl, Pos. 5 f.). Wie bereits im theoretischen Teil dargestellt, wurde durch die Forschungsergebnisse bestätigt, dass keine einheitlichen Definitionen der Begriffe existieren. Die Expert*innen haben beiden Begriffen unterschiedliche Eigenschaften zugeordnet, um eine Differenzierung zu ermöglichen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Ziel der erfahrungsorientierten Therapie die tiefgreifende Behandlung von psychischen Erkrankungen und somit die Arbeit mit inneren Mustern von Menschen ist (vgl. Interview Werner Michl, Pos. 13, 33; Interview Peter Jansen, Pos. 41; Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 14; Interview Kilian Mehl, Pos. 4). Dabei wird mit Erfahrungen und Erkenntnissen (siehe Kapitel 2.2.1) in therapeutischen Kontexten gearbeitet (Interview Ulrich Lakemann, Pos. 20; Interview Kilian Mehl, Pos. 52; Interview Thomas Lukowski, Pos. 42). Im Vergleich dazu zielt die Erlebnispädagogik primär auf Erziehungs- und Bildungsarbeit ab (vgl. Interview Werner

Michl, Pos. 13, 33), wobei äußere Normen und damit verbundene gesellschaftliche und zwischenmenschliche Beziehungen im Mittelpunkt stehen (vgl. Interview Peter Jansen, Pos. 41; Interview Kilian Mehl, Pos. 4).

6.2 Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie

Der zweite Code „Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie“ besteht aus den Subcodes der jeweiligen Wirkfaktoren nach Lakemann, die mit den Expert*innen diskutiert wurden. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden die Wirkfaktoren nach Lakemann detailliert beschrieben und durch Darstellungen weiterer Autor*innen ergänzt (siehe Kapitel 3.5). Die Ergebnisse der Forschung entsprechen weitgehend den Darstellungen des theoretischen Teils und sämtliche Expert*innen stimmten grundsätzlich allen von Lakemann genannten Wirkfaktoren zu. Deshalb werden im Folgenden insbesondere neue Erkenntnisse, wie etwa die Relevanz einzelner Wirkfaktoren, dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Diskussion um Grenzerfahrungen in der erfahrungsorientierten Therapie (siehe Kapitel 5.2.11) diskutiert.

6.2.1 Wechsel des Kontextes

Neben der Zustimmung aller befragten Expert*innen zu diesem Wirkfaktor erläuterte Kilian Mehl, dass ein Setting in der Natur ein möglicher Wirkfaktor sein kann, jedoch keine notwendige Voraussetzung für eine erfahrungsorientierte Therapie darstellt (vgl. Interview Kilian Mehl, Pos. 10 ff.).

6.2.2 Gruppenaktivitäten

Die Notwendigkeit von Gruppenaktivitäten wurde von zwei Expert*innen relativiert – ob eine erfahrungsorientierte Therapie im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden sollte, sei einzelfallabhängig zu beurteilen, da beide Settings Vor- und Nachteile mit sich bringen (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 38; Interview Kilian Mehl, Pos. 14).

6.2.3 Transfer und Nachsorge

Die befragten Expert*innen stimmten auch diesem Wirkfaktor zu, da ohne Transfer und Nachsorge kein langfristiger therapeutischer Erfolg erzielt werden kann (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 42; Interview Kilian Mehl, Pos. 18, 26). Weiter betonte Ulrich Lakemann die Relevanz der Sozialen Arbeit in der Nachsorge (vgl. Ulrich Lakemann, Pos. 32).

6.2.4 Integratives Therapiekonzept

Die beiden Therapeuten Kilian Mehl und Thomas Lukowski verwiesen neben der Zustimmung aller Expert*innen zu diesem Wirkfaktor auf ihre eigene erfahrungsorientiert-therapeutische Arbeit, die ebenfalls Teil eines therapeutischen Gesamtkonzepts ist (vgl. Interview Kilian Mehl, Pos. 18; Interview Thomas Lukowski, Pos. 44).

6.2.5 Zielgruppen

Die Expert*innen waren sich einig, dass die Zielgruppen erfahrungsorientierter Therapie grundsätzlich geeignet sein müssen und dass die erfahrungsorientierte therapeutische Arbeit mit Menschen mit psychotischen Erkrankungen mit besonderer Vorsicht stattfinden sollte (vgl. Interview Werner Michl, Pos. 55; Interview Kilian Mehl, Pos. 20). Inwiefern konkrete Zielgruppen als ungeeignet gelten, wurde nicht einheitlich beantwortet: Einerseits wurden mit Demenz und psychotischen Zuständen konkrete Kontraindikationen erfahrungsorientierter Therapien beschrieben (vgl. Interview Kilian Mehl, Pos. 24). Andererseits wurden keine pauschal nicht-geeigneten Zielgruppen benannt, sondern darauf verwiesen, dass bestimmte Krankheitszustände als Kontraindikationen anzusehen sind (Interview Thomas Lukowski, Pos. 45 f.), was am Beispiel von Patient*innen mit Depressionen dargestellt wurde (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 49 f.).

6.2.6 Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung

Thomas Lukowski unterstrich die Zustimmung der anderen Expert*innen zu diesem Wirkfaktor durch Praxiserfahrungen: So können erfolgreiche erfahrungsorientierte

Therapien das Vertrauen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen stärken, wodurch Patient*innen, im Vergleich zu anderen Therapieformen, „*anders aufmachen und schneller ihre Themen mit ihren Bezugstherapeuten bearbeiten*“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 52). Erfahrungsorientierte Therapie hat somit im Vergleich zu anderen therapeutischen Ansätzen das Potential, effizienter therapeutisch zu arbeiten (vgl. ebd.).

6.2.7 Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen

Neben den bereits im Theorieteil genannten notwendigen Kompetenzen, die von den befragten Expert*innen bestätigt wurden, wurde mehrfach der hohe Stellenwert einer guten therapeutischen Ausbildung betont (vgl. Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22; Interview Thomas Lukowski, Pos. 74; Interview Kilian Mehl, Pos. 28). Weiter wurden Merkmale der Teamstruktur benannt, die als Wirkfaktoren verstanden werden können, wenn erfahrungsorientierte Therapie von einem Team angeleitet wird: Die Personen im Team sollten sich nicht nur einem Geschlecht zugehörig fühlen, therapeutische und erlebnispädagogische Erfahrung sowie ein gewisses Lebensalter haben und aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen kommen. Weiter sollte das Team nicht zu groß sein und die Arbeitsfähigkeit innerhalb des Teams muss gewährleistet sein (vgl. Interview Werner Michl, Pos. 61).

6.2.8 Bedarfsgerechtes therapeutisches Setting

Während die Darstellungen des Theorieteils weitgehend bestätigt wurden, erläuterte Thomas Lukowski, wie er bzgl. des Kletterns in der Therapie ein bedarfsgerechtes therapeutisches Setting gestaltet: So besucht er mit seinen Patient*innen je nach Bedürfnissen Kletterhallen mit Therapieräumen oder lediglich zu bestimmten Uhrzeiten, damit diese bei weniger Betrieb weniger Reizen ausgesetzt werden (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 56).

6.2.9 Isomorphie

Isomorphie wurde von den befragten Expert*innen als wichtiger Wirkfaktor bestätigt und von Kilian Mehl als wichtigster Wirkfaktor hervorgehoben, da ohne Isomorphie kein

Alltagstransfer des therapeutischen Lernerfolgs möglich ist (vgl. Interview Kilian Mehl, Pos. 32).

6.2.10 Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung

Die befragten Expert*innen stimmten auch den letzten beiden Wirkfaktoren zu und betonten parallel zu den Darstellungen des theoretischen Teils der Arbeit, dass im Sinne einer ganzheitlichen Aktivierung Körper, Seele und Geist angesprochen werden müssen (vgl. Interview Kilian Mehl, Pos. 6). Ergänzt wurde, dass diese Bereiche aber nicht gleich stark bedient werden müssen, um Patient*innen ganzheitlich zu aktivieren (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 58).

6.2.11 Diskussion um Grenzerfahrungen als weiteren Wirkfaktor

Aus der von Werner Michl angestoßenen Diskussion um die Bedeutung von Grenzerfahrungen als Wirkfaktor erfahrungsorientierter Therapien (vgl. Interview Werner Michl, Pos. 35) resultierten folgende Erkenntnisse: Dass Grenzerfahrungen in der Aufzählung der Wirkfaktoren durch Lakemann zurückgestellt wurden, begründet Lakemann selbst damit, dass sich Grenzerfahrungen aufgrund von Überforderungen oder der Anleitung durch nicht entsprechend ausgebildete Personen nicht nur positiv auf den Therapieerfolg auswirken können (vgl. Interview Ulrich Lakemann, Pos. 28). Grenzerfahrungen sollten in therapeutischen Kontexten also in jedem Fall mit Vorsicht (vgl. Interview Werner Michl, Pos. 59; Interview Ulrich Lakemann, Pos. 28) und nur von therapeutisch ausgebildeten Personen genutzt werden (vgl. Interview Ulrich Lakemann, Pos. 22).

Durch explizite und implizite Bezüge auf das Lernzonenmodell wurde deutlich, dass Grenzerfahrungen in der erfahrungsorientierten Therapie notwendig sind, jedoch so eingesetzt werden müssen, dass keine Überforderung entsteht und sich Patient*innen somit stets außerhalb ihrer Panikzone bewegen. Nur so können Lernerfolge erreicht und unerwünschte Effekte wie negative Erfahrungen oder Retraumatisierungen vermieden werden (vgl. Interview Særún Magnúsdóttir, Pos. 18, 34; Interview Kilian Mehl, Pos. 40, 42; Interview Thomas Lukowski, Pos. 62).

Die befragten Expert*innen stimmten zu, dass Grenzerfahrungen eine Grundvoraussetzung für Lernerfolge durch erfahrungsorientierte Therapien sind. Ob Grenzerfahrungen Patient*innen hierfür in die Lernzone bringen müssen oder ein Lernen auch in der Komfortzone möglich ist, ist abhängig von den jeweiligen Definitionen der Begriffe (vgl. Interview Thomas Lukowski, Pos. 62; Interview Kilian Mehl, Pos. 44). Festzuhalten ist, dass Patient*innen in erfahrungsorientierten Therapien unter den genannten Voraussetzungen Grenzerfahrungen machen müssen, um einen Lernerfolg zu erzielen. Die Voraussetzungen sind 1) dass Patient*innen gefordert, aber nicht überfordert werden, um nicht in die Panikzone zu gelangen und 2) dass die anleitenden Personen therapeutisch kompetent ausgebildet sind.

6.3 Analyse des Forschungsprozesses

Zu Beginn des Arbeitsprozesses wurde eine Vielzahl von erfahrungsorientiert-therapeutisch arbeitenden Trägern und Einrichtungen in und um Berlin angefragt, um zu erfahren, ob Interesse an einer Zusammenarbeit im Rahmen der Forschung dieser Arbeit besteht. Während die meisten Anfragen unbeantwortet blieben, war ein Träger, zu dem ein aussichtsreicher Kontakt hergestellt werden konnte, auch auf mehrmalige Nachfrage plötzlich nicht mehr erreichbar.

Die anschließend versendeten Anfragen an Expert*innen bezüglich Interviews wurden zum Großteil beantwortet. Der Kontakt zu den beiden Erlebnispädagog*innen konnte über die Hochschule des Autors hergestellt werden. Die Expert*innen mit theoretischen und/oder praktischem Wissen zu erfahrungsorientierter Therapie wurden nach der Lektüre ihrer eigenen Publikationen zum Thema per E-Mail kontaktiert. Alle interviewten Expert*innen zeigten sich sehr entgegenkommend und waren sichtlich bemüht, das Interview trotz der pandemischen Situation und weiterer Verpflichtungen zu ermöglichen. So wurden Interviews teilweise noch bis 20 Uhr oder unmittelbar vor den Weihnachtsfeiertagen geführt.

6.4 Stärken und Schwächen der Arbeit

Aufgrund der Auswahl der Interviewpartner*innen wurden die Fragen aus unterschiedlichsten Perspektiven beantwortet: Die Expert*innen weisen Erfahrungen in der Forschung und/oder Praxis erfahrungsorientierter Therapie oder Erlebnispädagogik auf. Die Forschungsergebnisse, die sich nicht widersprechen und die Erkenntnisse des theoretischen Teils der Arbeit bestätigen, wurden somit aus der Perspektive unterschiedlicher professioneller Standorte validiert. Gleichzeitig zeigen die zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Zitationen einiger der Expert*innen deren besondere Relevanz im Bereich der erfahrungsorientierten Therapie.

Zugleich ist zu beachten, dass die Veröffentlichungen ebener Expert*innen aufgrund ihrer Relevanz auch in dieser Arbeit besonders häufig zitiert wurden. Dies ist sicherlich auch auf die überschaubare Anzahl an Veröffentlichungen zum Thema der erfahrungsorientierten Therapie zurückzuführen. Dennoch wurden in den Interviews somit zumindest teilweise Expert*innen zu ihren eigenen Veröffentlichungen befragt, weshalb es nicht überraschend ist, dass die Forschungsergebnisse weitestgehend den theoretischen Erkenntnissen entsprechen. Unter Beachtung dieses Rahmens stellen die Ergebnisse dennoch neue und relevante Erkenntnisse dar; insbesondere im Hintergrund der homogenen Forschungsergebnisse, die trotz der Diversität der befragten Expert*innen zustande kamen.

7 Fazit

Ziel der Arbeit war es, die Relevanz bereits bekannter Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie zu bestimmen und mögliche weitere Wirkfaktoren zu erfassen. Hierfür wurde durch die Darstellung der beiden miteinander verknüpften Handlungsfelder der Erlebnistherapie und der erfahrungsorientierten Therapie im theoretischen ersten Teil dieser Arbeit die Grundlage geschaffen, um bereits vorhandenes Wissen zu Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie – ausgehend von den von Lakemann benannten Wirkfaktoren – fundiert zusammenzutragen. Anschließend wurden erneut die Wirkfaktoren nach Lakemann als Grundlage genutzt, um eine qualitative Forschung durchzuführen.

In sechs leitfadengestützten Expert*inneninterviews wurden die einzelnen Wirkfaktoren und damit verknüpfte Themen behandelt. Durch eine qualitative Inhaltsanalyse wurden Ergebnisse der Interviews ermittelt, um diese anschließend zu diskutieren. Die Diskussion zeigte auf, dass die Einschätzungen der Expert*innen weitestgehend mit dem vorab dargestellten Forschungsstand um Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie konsistent sind. Alle von Lakemann benannten Wirkfaktoren wurden durch die Expert*innen – teilweise auf Grundlage eigener Praxiserfahrungen und anhand von Beispielen – grundsätzlich bestätigt. Besonders hervorzuheben sind folgende Aspekte:

- Gruppenaktivitäten wurden nicht als mandatorische Voraussetzung für eine erfahrungsorientierte Therapie, sondern als „*Indikationsfrage*“ (Interview Kilian Mehl, Pos. 14) bewertet, da sowohl Einzel- als auch Gruppensettings Vor- und Nachteile mit sich bringen.
- Welche Zielgruppen für erfahrungsorientierte Therapien geeignet sind, wurde von den Expert*innen nicht einheitlich beantwortet. Einerseits wurden konkrete Kontraindikationen (Demenz und psychotische Zustände) benannt. Andererseits wurde zu besonderer Vorsicht in der Arbeit mit Menschen mit psychotischen Erkrankungen gemahnt und darauf verwiesen, dass nicht pauschale Zielgruppen, sondern vielmehr „Krankheitszustände“ (Interview Thomas Lukowski, Pos. 46) auszuschließen sind.
- Isomorphie wurde als besonders relevanter Wirkfaktor hervorgehoben.
- Der ergänzend vorgeschlagene Wirkfaktor der Grenzerfahrungen wurde von allen dazu befragten Expert*innen als Grundvoraussetzung für erfahrungsorientierte Therapien betrachtet. Dass Grenzerfahrungen in der ausgewählten Reihe von Wirkfaktoren dennoch nicht benannt wurden, wurde auf deren mögliches Gefahrenpotential zurückgeführt: Durch Grenzerfahrungen besteht die Gefahr der Überforderung der Patient*innen, was zu unerwünschten Effekten wie Folgebeschwerden führen kann. Diese Gefahr kann weiter verstärkt werden, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen von therapeutisch nicht entsprechend ausgebildete Personen Grenzerfahrungen ausgesetzt werden.

Die von Ulrich Lakemann benannten Wirkfaktoren wurden durch die Expert*inneninterviews somit größtenteils validiert. Zugleich zeigen die nicht komplett kongruenten

Antworten der Expert*innen auf, dass weitere Forschungen zu Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie erforderlich sind. Insbesondere Grenzerfahrungen, die einem schmalen Grat zwischen therapeutischem Potential und möglicher Gefahr darstellen, sollten in Bezug auf erfahrungsorientierte Therapie weiter erforscht werden.

Die unterschiedlichen Nuancen in den Meinungen der Expert*innen verdeutlichen jedoch auch, dass erfahrungsorientierte Therapie ein therapeutisch-integratives Konzept ist und davon ausgeht, „*dass jeder Mensch in seiner aktuellen Lebenssituation und Verfassung, ob mehr oder weniger gesund oder krank, mit all seinen körperlichen, seelischen und geistigen Ressourcen und Problemen einmalig ist*“ (Mehl 2017b: 18 f.). Um eine wirksame erfahrungsorientierte Therapie zu fördern, die weiterhin die Einmaligkeit ihrer Patient*innen achtet, sind dennoch weitere Forschungen erforderlich. Diese sollten Richtungen, jedoch keine starren Richtlinien vorgeben, um „*Erfahrungsräume weitgehend offen zu lassen*“ (Mehl 2017b: 48) und um das bestehende Potential des noch weiter zu erforschenden Ansatzes nicht einzuschränken.

Literaturverzeichnis

- Albert, Alexandra (2018): Jugendliche und Erwachsene im Breiten- und Leistungssport. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 308-311.
- Alberter, Peter (2020): Mit Abenteuern fürs Leben motivieren – und therapieren. In: e&l – erleben und lernen. Jg. 28, Ausgabe 2/2020, S. 15-17.
- Bacon, Stephen (2003): Die Macht der Metaphern. The Conscious Use of Metaphor in Outward Bound. 2., überarbeitete Auflage. Übersetzt und eingeleitet von Cornelia Schödlbauer. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Baig-Schneider, Rainald (2012): Die moderne Erlebnispädagogik. Geschichte, Merkmale und Methodik eines pädagogischen Gegenkonzepts. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Baig-Schneider, Rainald (2018): Was nach 1945 kam – Die Entwicklung zur modernen Erlebnispädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 116-119.
- Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Springer. S. 33-70.
- Bräutigam, Barbara (2018): Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V. (2020): Selbstverständnis Erlebnistherapie. Verfügbar [online] unter https://www.bundesverband-erlebnispaedagogik.de/fileadmin/user_upload/be-ep.de/Dateien/Pdf/Downloads/20-05-26_be_selbstverstaendnis_erlebnistherapie.pdf. [Zugriff am 27.12.2021].
- Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V. (2021): Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik setzt sich für Erlebnistherapie ein. Verfügbar [online] unter <https://www.bundesverband-erlebnispaedagogik.de/aktuelles/newsansicht/bundesverband-individual-und-erlebnispaedagogik-setzt-sich-fuer-erlebnistherapie-ein.html>. [Zugriff am 27.12.2021].
- Csikszentmihalyi, Mihaly (2003): Flow. Das Geheimnis des Glücks. 11. Auflage. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Annette Charpentier. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eisinger, Thomas (2016): Erlebnispädagogik kompakt. 2., überarbeitete Auflage. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (2007): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. S. 13-29.

- Fontane-Klinik (2021a): Abhängigkeitserkrankungen. Therapien. Verfügbar [online] unter: <https://www.fontane-klinik.de/abhaengigkeitserkrankungen/therapien.html>. [Zugriff am 13.10.2021].
- Fontane-Klinik (2021b): Kinder- und Jugendpsychosomatik. Therapien. Verfügbar [online] unter: <https://www.fontane-klinik.de/abhaengigkeitserkrankungen/therapien.html>. [Zugriff am 13.10.2021].
- Friebe, Jörg (2018a): Führungskräfte und Teams. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 301-304.
- Friebe, Jörg (2018b): Reflexion in der erlebnispädagogischen Praxis. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 45-48.
- Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Gilsdorf, Rüdiger (2004): Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze. Bergisch Gladbach: EHP.
- Gilsdorf, Rüdiger (2018): Reflexion – Nachdenken, Suchen und Erkennen in der Erlebnispädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 38-44.
- Heckmair, Bernd/Michl, Werner (2018): Erleben und Lernen. Einführung in die Erlebnispädagogik. 8., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Heekerens, Hans-Peter (2018): Ergebnis- und Prozessforschung in der Erlebnispädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 314-321.
- Heimrath, Katharina/Westhoff, Jens (2018): Auszubildende. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 292-295.
- Helfferich, Cornelia (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer. S. 669-686.
- Hotstegs, Jochen/Hauser, Norbert (2020): Erlebnistherapie in der Jugendhilfepraxis. In: e&l – erleben und lernen. Jg. 28, Ausgabe 3/2020, S. 18-20.
- Huber, Manfred (2018a): Erlebnispädagogische Interventionen. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 23-26.

- Huber, Manfred (2018b): Kinder- und Jugendarbeit. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 166-170.
- Itin, Christian (2003): Vorwort zur deutschen Übersetzung von Die Macht der Metaphern. In: Bacon, Stephen: Die Macht der Metaphern. The Conscious Use of Metaphor in Outward Bound. 2., überarbeitete Auflage. Übersetzt und eingeleitet von Cornelia Schödlbauer. S. 17-19. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- KAP-Institut (2022a): Ausbildung traumazentrierte Erlebnistherapie. Verfügbar [online] unter: <https://www.kap-outdoor.de/ausbildung-und-fortbildung/ausbildung-traumazentrierte-erlebnistherapie/ausbildung-traumazentrierte-erlebnistherapie.html>. [Zugriff am 05.01.2022].
- KAP-Institut (2022b): Erlebnistherapie. Verfügbar [online] unter: <https://www.kap-outdoor.de/erlebnistherapie/individualpaedagogik.html>. [Zugriff am 05.01.2022].
- KAP-Institut (2022c): Erlebnistherapie. Erlebnistherapeutische Intensivgruppe. Verfügbar [online] unter: <https://www.kap-outdoor.de/erlebnistherapie/erlebnistherapeutische-intensivgruppe.html>. [Zugriff am 05.01.2022].
- KAP-Institut (2022d): Erlebnistherapie. Individualpädagogik. Verfügbar [online] unter: <https://www.kap-outdoor.de/erlebnistherapie.html>. [Zugriff am 05.01.2022].
- Kiegelmann, Mechthild (2020): Forschungsethik. In: Mey, Günther/Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 227-246. Wiesbaden: Springer.
- Klein-Isberner, Thomas/Wenzel, Katja (2017): Angewandte Erlebnistherapie als komplementäre Behandlung bei Sucht- und Psychosomatikpatienten in der Fontane-Klinik. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 139-147.
- Klinik Wollmarshöhe GmbH (2022): Publikationen: Studien. Verfügbar [online] unter <https://www.wollmarshoehe.de/mediathek/studien.html>. [Zugriff am 04.01.2022].
- Knoll, Michael (2018): Kurt Hahn: Erlebnispädagogik als „Erlebnistherapie“. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 113-115.
- Kuckartz, Udo (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lakemann, Ulrich (2017a): Die Wurzeln der erfahrungsorientierten Therapie (EOT): Stand der internationalen Forschung. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017):

Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 71-109.

Lakemann, Ulrich (2017b): Erlebnispädagogik in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen – ein Modellprojekt in der Klinik Pniel. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 149-172.

Lakemann, Ulrich (2018): Erlebnispädagogik in therapeutischen Ansätzen. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 23-26.

Lübeck, Dietrun (2020): Psychologie in der Sozialen Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz.

Lukowski, Thomas (2010): Therapeutisches Klettern. In: e&l – erleben und lernen. Jg. 18, Ausgabe 3/2010, S. 19-21.

Lukowski, Thomas (2017a): KiT: Klettern in der Therapie. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 121-128.

Lukowski, Thomas (2017b): Klettern in der Therapie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Mastalerz, Daniel (2018): Erlebnispädagogik in den „Hilfen zur Erziehung“. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 182-186.

Mayring, Philipp (1994): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Boehm, Andreas/Mengel, Andreas/Muhr, Thomas (Hrsg.): Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: UVK Universitäts-Verlag Konstanz. S. 159-176.

Mayring, Philipp (2020): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, Günther/Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 495-512. Wiesbaden: Springer.

Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017a): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer.

Mehl, Kilian (2017b): Das Prinzip des Lebendigen – Einführung in die Theorie und Praxis der erfahrungsorientierten Therapie (EOT). In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 1-64.

Mehl, Kilian (2017c): Therapeutisches Setting Hochseilgarten – erfahrungsorientierten Therapie (EOT) in der Klinik Wollmarshöhe. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017):

Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 111-120.

- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Springer. S. 71-94.
- Mey, Günther/Mruck, Katja (2020): Qualitative Interviews. In: Mey, Günther/Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 315-336. Wiesbaden: Springer.
- Michl, Werner (2019): Erlebnispädagogik. In: Kreft, Dieter/Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Methodenlehre der Sozialen Arbeit. Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken. 3., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 127-130.
- Michl, Werner (2020): Erlebnispädagogik. 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Michl, Werner/Seidel, Holger (2018): Erlebnis und Pädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 17-19.
- Mruck, Katja/Mey, Günther (2005): Qualitative Forschung: Zur Einführung in einen prosperierenden Wissenschaftszweig. In: *Historical Social Research*. Jg. 30, Ausgabe 1/2005. S. 5-27.
- Paffrath, Fritz Hartmut (2017): Einführung in die Erlebnispädagogik. 2. überarbeitete Auflage. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Paffrath, Fritz Hartmut (2018): Zu theoretischer Konzeption und interdisziplinärem Kontext der Erlebnispädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 20-22.
- Petzold, Hilarion (2006): Auf dem zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“ und zur „Neuropsychologie“. Zum 1. Todestag von Klaus Grawe. In: *Psychologische Medizin*. Jg. 17, Ausgabe 2/2006, S. 37-45. Verfügbar [online] unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2006q-auf-dem-wege-zu-einer-allgemeinen-psychotherapie-und-zur-neuropsychotherapie.pdf. [Zugriff am 29.01.2022].
- Ramsenthaler, Christina (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In: Schnell, Martin/Schulz, Christian/Kolbe, Harald/Dunger, Christine (Hrsg.): Der Patient am Lebensende. Eine qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer VS. S. 23-42.

- Ridner, Sheila (2004): Psychological distress: concept analysis. In: JAN. Journal of Advanced Nursing. Jg. 28, Ausgabe 5/2004, S. 536-545. Verfügbar [online] unter: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>. [Zugriff am 29.01.2022].
- Schäfer, Karl-Heinz (2017): Therapeutisches Bogenschießen – ein neues Gebiet der Erfahrungstherapie. In: Mehl, Kilian (Hrsg.) (2017): Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Berlin: Springer. S. 129-138.
- Schäfer, Karl-Hein (2018): Therapeutisches Bogenschießen. 2., durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schäfer, Karl-Heinz (2022): Bogenschießen. Verfügbar [online] unter <https://praxis-reicheremoos.de/>. [Zugriff am 04.01.2022].
- Scholz, Martin (2018a): Metaphorisches Lernen in der Erlebnispädagogik. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 49-53.
- Scholz, Martin (2018b): Studierende. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 305-307.
- Seidel, Holger/Michl, Werner (2018): Einleitung. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 9-10.
- Trabandt, Sven/Wagner, Hans-Jochen (2021): Psychologisches Grundwissen für die Soziale Arbeit. Opladen/Toronto: Barbara Budrich.
- Wahl, Wolfgang (2018a): Bildung und Kompetenzerwerb. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 27-32.
- Wahl, Wolfgang (2018b): Jugendliche. In: Michl, Werner/Seidel, Holger (Hrsg.): Handbuch Erlebnispädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 287-291.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz. S. 227-255.
- Zilles, Karl/Rehkämper, Gerd (1994): Funktionelle Neuroanatomie. 2., korrigierte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Znoj, Hansjörg/Grawe, Klaus (2004): Wirkfaktoren der allgemeinen Psychotherapie. In: Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie? Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 199-210.

Anhang

Interviewleitfaden 1: Expert*innen aus erlebnispädagogischer Praxis

Einleitung

- Tonbandaufzeichnung
- Vorstellung der Arbeit
- Informiertes Einverständnis und Anonymisierung
- Offene Fragen

Fragen zur Person

- Ausbildung: Studium, Ausbildungen, Weiterbildungen etc.
- Arbeit: Art der Einrichtung, Träger, Unternehmen etc.
- Zielgruppen der eigenen Arbeit
- Weg zur Erlebnispädagogik

Differenzierung: Erlebnispädagogik – Erlebnistherapie/Erfahrungsorientierte Therapie

- Differenzierung der Begriffe
- Schnittmengen
 - o Zielgruppen, Ziele, Kontexte

Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie

- Lakemann: „Aspekte“, die für die Wirkung erfahrungsorientierter Therapie besonders relevant sind
- Einschätzung aus Perspektive erlebnispädagogischer Praxis: Zustimmung, Ergänzungen, Kritik
 - o Wechsel des Kontextes
 - o Gruppenaktivität
 - o Transfer und Nachsorge
 - o Integratives Therapiekonzept

- (Geeignete) Zielgruppen
- Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung
- Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen
- Bedarfsgerechtes Setting
- Isomorphie
- Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung
- *Vorschlag: Grenzerfahrungen*

Sonstige Einschätzungen (Literatur, Praxiserfahrung, Beispiele)

Wirkeffekte Erlebnispädagogik/erfahrungsorientierter Therapie

- Effektivität Erlebnispädagogik
- Effektivität erfahrungsorientierte Therapie
 - Therapeutisches Potential erlebnispädagogischer Methoden
- Effektivität für gesamte psychosoziale Entwicklung
- Grenzen: Ziele, Zielgruppen, äußere Faktoren

Vergleich Erlebnispädagogik – andere sozialpädagogische Methoden

- Potentiale
- Effektivität
- Praxiserfahrung, Beispiele

Ergänzungen

- Ergänzungen
- Stellenwert interdisziplinäres Team in Erlebnispädagogik/erfahrungsorientierter Therapie
- Wünsche für weitere Forschungen
- Zufriedenheit mit eigener erlebnispädagogischer Praxis
 - Potentiale, die nicht ausgeschöpft werden können
 - Begrenzungen (institutionell, gesetzlich etc.)

Abschluss

- Offene Fragen oder Ergänzungen
- Fertige Arbeit und Transkript

Interviewleitfaden 2: Expert*innen mit theoretischem und/oder praktischem Wissen zu erfahrungsorientierter Therapie

Einleitung

- Tonbandaufzeichnung
- Vorstellung der Arbeit
- Informiertes Einverständnis und Anonymisierung
- Offene Fragen

Fragen zur Person

- Ausbildung: Studium, Ausbildungen, Weiterbildungen etc.
- Arbeit: Art der Einrichtung, Träger, Unternehmen etc.
- Zielgruppen der eigenen Arbeit
- Weg zur erfahrungsorientierten Therapie

Differenzierung: Erlebnispädagogik – Erlebnistherapie/Erfahrungsorientierte Therapie

- Differenzierung der Begriffe
- Schnittmengen
 - o Zielgruppen, Ziele, Kontexte

Wirkfaktoren erfahrungsorientierter Therapie

- Lakemann: „Aspekte“, die für die Wirkung erfahrungsorientierter Therapie besonders relevant sind
- Einschätzung aus Perspektive der Praxis/Forschung: Zustimmung, Ergänzungen, Kritik
 - o Wechsel des Kontextes
 - o Gruppenaktivität
 - o Transfer und Nachsorge
 - o Integratives Therapiekonzept

- (Geeignete) Zielgruppen
- Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung
- Notwendige Kompetenzen der Therapeut*innen
- Bedarfsgerechtes Setting
- Isomorphie
- Lernfaktor Gefühle und ganzheitliche Aktivierung
- *Vorschlag: Grenzerfahrungen*

Sonstige Einschätzungen (Praxiserfahrung, Beispiele)

Wirkeffekte erfahrungsorientierter Therapie

- Effektivität erfahrungsorientierte Therapie
 - Therapeutisches Potential erlebnispädagogischer Methoden
- Effektivität für gesamte psychosoziale Entwicklung
- Grenzen: Ziele, Zielgruppen, äußere Faktoren

Vergleich Erfahrungsorientierte Therapie – andere therapeutische Ansätze

- Potentiale
- Effektivität
- Diagnostik
- Praxiserfahrung, Beispiele

Ergänzungen

- Ergänzungen
- Stellenwert interdisziplinäres Team in erfahrungsorientierter Therapie
- Wünsche für weitere Forschungen
- Zufriedenheit mit eigener Praxis
 - Potentiale, die nicht ausgeschöpft werden können
 - Begrenzungen (institutionell, gesetzlich etc.)

Abschluss

- Offene Fragen oder Ergänzungen
- Fertige Arbeit und Transkript

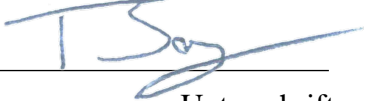
Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die vorliegende Abschlussarbeit in der Hochschulbibliothek der EHB allgemein zugänglich gemacht wird. Dazu gehört, dass sie von der Bibliothek in ihren Räumen zur Nutzung bereitgehalten wird, in Katalogen/Verzeichnissen bibliografisch nachgewiesen wird, im Rahmen der urheberrechtlichen Bestimmungen für Kopierzwecke genutzt werden kann. Ich versichere, dass Urheber- und Lizenzrechte gewahrt sind und Rechte Dritter nicht verletzt werden. Beim Entstehen von evtl. Rechtshindernissen setze ich die Hochschulbibliothek unverzüglich in Kenntnis. Von etwaigen Ansprüchen Dritter stelle ich die EHB frei.

Berlin, den 10.02.2022

Ort, Datum



Unterschrift