

Therapeutisches Klettern

von Thomas Lukowski

Der Begriff „therapeutisches Klettern“ wird im psychologischen Bereich zunehmend inflationär verwendet. Bereits in „Wikipedia“ kann sich der interessierte Laie darüber informieren. Als ersten „Anwendungsbereich“ wird zwar der psychologische genannt: „Bei Patienten mit Angst- und Panikstörungen kann es als Expositionsübung genutzt werden. Bei Patienten mit einer Körperschemastörung wie den Körperdysmorphen Störungen oder im Rahmen einer Essstörung (Bulimie, Anorexie) zur Körperwahrnehmung, oder bei Depressionen zur Aktivierung. Durch die hohe so genannte Erlebnisdichte eignet sich das (!) „therapeutische Klettern“ auch zum Verhindern der drohenden sozialen Isolation von psychisch Kranken“.

Unter „Effekte und Wirkprinzipien“ findet sich dann jedoch erstaunlich wenig: Klettern besitze einen „hohen Motivationscharakter“ und die „Patienten gewinnen an Selbstvertrauen“. Bei den diversen Anbietern, auch Ausbildungsanbietern, sind die dünnen Worte zum Wirkprinzip etwas ausgestaltet worden, bleiben aber in ihrer Beschreibung so im Allgemeinen, dass dieses auf fast jede Sportart angewendet werden könnte: „Klettern als therapeutisches Medium hat ein hohes Motivationspotential, fördert die motorische Koordination und Körperwahrnehmung, erhöht die Aufmerksamkeit und Konzentration und verändert Bewegungs- und Handlungsmuster wie

Bewegungsdrang und Impulsivität. Es vermittelt Eigenverantwortlichkeit, verlangt Selbstkontrolle und stärkt das Selbstbewusstsein“. Hier stehen die Anbieter des „therapeutischen Kletterns“ im Bereich der somatischen Medizin (Orthopädie, Neurologie, rehabilitative Medizin etc.) bereits auf wesentlich ausdifferenzierteren Grundkonzepten (Vgl. dazu: Dieter Lazik: Therapeutisches Klettern. Stuttgart 2007 (!), Thieme Verlag)

Was bedeutet überhaupt „Therapie“?

„Therapie“ meint in der modernen Auffassung die Lehre von den Heilverfahren.

Im Griechischen ist das Feld der Wortbedeutung ungleich größer und reicht vom Dienen, über die Dienstleistung bis zur Pflege der Kranken. Beschäftigen wir uns mit der modernen Auffassung der Begriffes Therapie, ist es wichtig, eine theoretische Grundlage und ein darauf fußendes Behandlungskonzept zu entwickeln, bevor im eigentlichen Sinn vom „therapeutischen“ Klettern gesprochen werden kann. Außerdem setzt eine Therapie immer eine entsprechende Diagnostik voraus, ein Erkennen und Formulieren krankmachender oder krankhafter Prozesse, die durch die entsprechende Therapie gebessert werden sollen. Eine entsprechende theoretische und praktische Ausbildung, um mit seelisch kranken Menschen therapeutisch arbeiten zu können, ist natürlich unabdingbar.

Ohne einer bestimmten Berufsgruppe im Allgemeinen nahe treten zu wollen, sollte sich jeder Ergotherapeut, Sozialpädagoge oder Bergführer selber kritisch hinterfragen, ob seine Ausbildung den nötigen Standards entspricht, um mit psychisch Kranken therapeutisch umzugehen. Einfache Skripte oder ein- bis mehrtägige Seminare der verschiedenen Ausbildungsinstitute halte ich für zu wenig, um mit Patienten seriös zu arbeiten, die z.B. unter einer Angst-, Panikstörung, Depression, emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, ADHS etc. leiden und deren persönliche und soziale Integrität von einer erfolgreichen Therapie abhängig ist. Hier ist eine Synergie aus medizinischen-psychologischen und pädagogischen Konzepten wichtig. Sonst reduziert sich der Wert einer Kletteraktion auf die einfache Formel: „Hat gut getan und Spaß gemacht“.

Drei Bestandteile eines Grundkonzeptes zur Wirkung des Kletterns im psychologischen Bereich

(1) Elisabeth Kübler-Ross, die berühmte Schweizer Psychiaterin, hat davon gesprochen, dass es beim Menschen zwei prinzipielle Grundängste gebe. Die Angst, aus großer Höhe, unkontrollierbar, zu fallen und die Angst, plötzlich durch ein lautes, unerwartetes Geräusch erschreckt zu wer-



den. Erwartungsgemäß wenden wir uns der ersten Grundangst zu. Die Ansicht von Kübler-Ross findet sich in der grundsätzlichen psychoanalytischen These zur Entstehung der Höhenangst bei Erwachsenen wieder. Diese Erkrankten seien Menschen, deren Leben sich in einem hohen Maße durch Kontrollierbarkeit und Planbarkeit auszeichne, diese (!) könnten sich nicht „fallen lassen“. Ein theoretischer Transfer hin zu anderen phobischen Störungen ist leicht möglich, dreht sich doch alles um die Furcht, einer bestimmten Situation, Menschen oder Ereignissen subjektiv hilflos und unkontrollierbar ausgeliefert zu sein (Platzangst, Prüfungsangst, soziale Phobie, traumatische Erfahrung von Gewalt, Bedrohung etc.). Im einfachen Umkehrschluss, d.h. vermeide ich diese Situationen oder entwickle ich Ausweich- oder Fluchtstrategien, vermindert sich erstmal die Angst der Patienten. Es zeigt sich, wie sehr „Kontrollverlustangst“ eine zentrale Rolle in der (!) Entstehung und Aufrechterhaltung der o. g. Angststörungen spielt.

Im klassischen psychoanalytischen therapeutischen Setting wird versucht, entweder alte, prä- oder unterbewusste Auslösesituationen zu finden und diese allein durch ihre Bewusstmachung zu lindern oder zu heilen. Im verhaltenstherapeutischen Setting werden bewusste Auslösesituationen imaginativ und dann real durchgearbeitet, um mit dem Erkrankten neue Lösungsstrategien zu finden. Eine gute Psychotherapie beinhaltet die Integration beider Behandlungsansätze. Der alte Schulenstreit „Psychoanalyse“ versus „Verhaltenstherapie“, ist fachlich überholt und wird nur noch durch ewig gestrige Apologeten der einen oder anderen therapeutischen Richtung weitergeführt.

Klettern, d.h. sich schrittweise mit einer der Grundängste des Menschen, zu konfrontieren, diese zu bewältigen, diese aber auch zu akzeptieren, scheint per se, ein potentes Mittel zu sein, die bereits erwähnten psychischen Störungen erfolgreich anzugehen. Sich schrittweise zu konfrontieren ist ein zentrales Motiv der Verhaltenstherapie („Vermeiden verstärkt“). Sich eigenen Grenzen oder unangenehmen Persönlichkeitsanteile bewusst zu werden und diese zu akzeptieren ist ein zentrales Motiv z.B. der Psychoanalyse nach Carl Gustav Jung („Der Schatten“).

(2) Auf psycho-neurologischer Ebene lässt sich die Überlegung anstellen, ob durch die Konfrontation und die Bewältigung einer Grundangst, die anderen Ängste „ausgelöscht“ oder zumindest deutlich vermindert werden. In der Schmerztherapie findet sich hier vielleicht eine theoretische Entsprechung. Die „gate-control-Theorie“ besagt, dass es eine Art zentrale Durchlassstelle für die Schmerz Wahrnehmung gibt. Dieses „Tor“ kann durch verschiedene innere und äußere Reize so moduliert werden, dass Schmerz gar nicht oder abgemildert wahrgenommen wird. Ist ein Patient also gewohnt, Prüfungssituationen, Aufzugfahrten, Menschenansammlungen als Angst auslösend wahrzunehmen, und gelingt ihm die Konfrontation mit der Grundangst des Fallens erfolgreich, wird das „Tor“ zur Angst Wahrnehmung verschlossen, massiv verkleinert oder die aktuelle Angst auslösende Situation kann in ihrer realen (!) Relevanz vom Patienten wieder besser eingeschätzt und eingeordnet werden.



(3) Die Wirkmechanismen des Kletterns bei psychisch kranken Menschen lassen sich, wie bei einer medikamentösen Behandlung, wahrscheinlich auf die Aktivierung gut erforschter Neurotransmittersysteme (Serotonin, Adrenalin, Dopamin, Endorphine) und auf allgemeine positive psychologische Effekte (z.B. soziales Interagieren, Aufbau des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins etc.), wie bei der Psychotherapie, zurückführen. Hier könnte man einwenden, die Beeinflussung der Neurotransmittersysteme und die psychologischen Effekte könnten auch durch andere Sportarten erreicht werden. Das stimmt. Ich halte jedoch das Klettern auf Grund der äußerst differenzierten (!) Beanspruchung von Konzentration (!), Kondition, Beweglichkeit, motorischer Koordinationsfertigkeit in Kombination mit dem selbstbestimmbaren Herantasten an psychische und emotionale Grenzen für eine sehr „perfekte“ Sportart.

Zusammenfassung:

Werden die genannten drei möglichen Wirkprinzipien des Kletterns in die Überlegungen aufgenommen, mit welchen Patienten ich zum Klettern gehe und wie ich das Klettern als therapeutischen Bestandteil einer multimodalen Therapie durchführe, dann ist mit mehr Fug und Recht vom „therapeutischen Klettern“ zu sprechen. Schaffe ich es zusätzlich, auf Grund meiner Erfahrung und Ausbildung, für verschiedene Menschen, die nominal unter der gleichen Erkrankung leiden (z.B. Depres-



sion) ein individuelles Klettertraining zu entwickeln, wird das Klettern zum noch wertvolleren Therapiebaustein. Unbedingt erforderlich ist jedoch eine ausgewiesene fachliche Einschätzung des Schweregrades, z.B. einer Depression, um den Erkrankten nicht in eine Überforderungssituation mit absolut negativen Auswirkungen auf die Erkrankung hineinzutreiben.

Autor

Dr. med. Thomas Lukowski, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Akupunktur (BLÄK), Klettertrainer (Sportklettern -C, Breitensport), Berg- und Höhenmedizin (UIAA, ISMM)

Dr. med. Thomas Lukowski, Zieblandstraße 19, 80799 München, praxis@dr-lukowski.com , Tel.: 089/34 40 40, www.dr-lukowski.com



Erlebnispädagogik
Paragliding
 Outdoor
 Aktivitäten
ZQ

Zusatzqualifikation Erlebnispädagogik

Das Original

◆ Institut für Jugendarbeit

Abschluss

- einzigste Ausbildung mit Zertifikation der Fachsportverbände DAV, BKV und VdHK
- geprüft und gebilligt vom Bayerischen Kultusministerium
- empfohlen vom Bayerischen Umweltministerium

Bitte fordern Sie unsere ausführlichen Konzeptunterlagen an oder besuchen Sie uns unter:

www.zq-ep.de

• jährlicher Start eines neuen Ausbildungsjahrgangs

• **2010 neu: Handlungsfeld Kooperationsübungen**

Institut für Jugendarbeit
 Germeringer Str. 30
 82131 Gauting
 Telefon: 089 893233-10
 Fax: 089 893233-33
 www.zq-ep.de
 www.institutgauting.de
 tierling@institutgauting.de

ERCA

European Ropes Course Association
 Know-How und Sicherheit

Die ERCA repräsentiert europäische Trainer, Seilgartenbauer und Organisationen, die mobile und stationäre Seilgärten betreiben und steht für

- Qualität von Seilgartenaktivitäten
- Unfallprävention
- kollegialer Austausch und Weiterbildung

Verein zur Förderung von Ropes Courses e. V.

Klaus-Müller-Kilian-Weg 2
 30167 Hannover
 Fon | Fax:
 + 49-511-1698 99 37
 E-Mail: info@erca.cc
 www.erca.cc