Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit
Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Aus der Suchtspirale klettern:
Effekte und Chancen von Klettern und Bouldern in der Suchtarbeit

Vanessa Nagel

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 24.08.2020

Zusammenfassung

Therapeutisches Klettern hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Zu den Auswirkungen bei Abhängigkeitserkrankungen liegen bereit einige wenige Erkenntnisse vor. In der vorliegenden Arbeit werden Effekte und Chancen von therapeutischem Klettern bzw. Bouldern bei Abhängigkeitserkrankungen untersucht. Es wurden zwei qualitative Interviews durchgeführt. Klettern kann die körperliche Fitness verbessern und ein Glücksgefühl hervorrufen. Durch die Konfrontation mit der Angst und der Gang an die persönlichen Grenzen wird das Selbstbewusstsein gestärkt und der Umgang mit sich selbst verbessert. Durch den gemeinschaftlichen Aspekt des Kletterns fällt es leicht neue Kontakte zu knüpfen und die sozialen Kompetenzen können verbessert werden. Beim Klettern in der Natur werden die positiven Effekte zusätzlich verstärkt. Durch Klettern erkennen Abhängigkeitserkrankte, dass es viel zu Erleben gibt außer Drogen. Dadurch wird das Leben wieder als lebenswert erachtet, was sich positiv auf die Abstinenz auswirkt. Durch niederschwellige Angebote, z.B. in Kombination mit dem Konzept der Peerarbeit, kann langfristig die Abstinenz gefördert werden.

Schlüsselwörter: Klettern, Bouldern, therapeutisches Klettern, Auswirkungen, Effekte, Suchtarbeit, Abhängigkeitserkrankungen

Abstract

Therapeutic climbing has become more and more important in recent years. There are already a few findings on the effects of addiction diseases. In the present work, the effects and chances of therapeutic climbing or bouldering in addiction disorders are investigated. Two qualitative interviews were conducted. Climbing can improve physical fitness and create a feeling of happiness. By confronting fear and pushing oneself to the limits, self-confidence is strengthened and self-management is improved. The communal aspect of climbing makes it easy to make new contacts and social skills can be improved. When climbing in nature, the positive effects are additionally strengthened. Through climbing, addicts recognize that there is much to experience besides drugs. This makes life worth living again, which has a positive effect on abstinence. Through low-threshold offers, e.g. in combination with the concept of peer work, abstinence can be promoted in the long term.

Keywords: climbing, bouldering, therapeutic climbing, effects, drug addiction, addiction aid work

I Inhaltsverzeichnis

1 HINFÜHRUNG ZUM THEMA ... - 1 -

2 SUCHT ... - 2 -

2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG ... - 2 -
2.2 SUCHTENTSTEHUNG UND SUCHTURSACHEN ... - 5 -
2.3 BEHANDLUNGSMETHODEN UND THERAPIE ... - 6 -

3 KLETTERN ... - 9 -

3.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG UND HISTORIE ... - 9 -
3.2 UNTERSCHEIDUNG DER VERSCHIEDENEN DISZIPLINEN ... - 9 -
3.2.1 Sportklettern ... - 9 -
3.2.2 Alpinklettern ... - 10 -
3.2.3 Bouldern ... - 10 -
3.3 KLETTERN ALS THERAPEUTISCHES MEDIUM ... - 11 -

4 METHODIK ... - 13 -

4.1 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ... - 13 -
4.1.1 Qualitative Untersuchung ... - 13 -
4.1.2 Wahl der Interviewpartner ... - 13 -
4.1.3 Interviewleitfaden ... - 14 -
4.1.4 Durchführung ... - 15 -
4.1.5 Transkription ... - 15 -
4.1.6 Datenauswertung ... - 15 -
4.1.7 Ergebnisdarstellung ... - 16 -
4.2 LITERATURRECHERCHE ... - 17 -

5 AUSWIRKUNGEN VON KLETTERN BEI MENSCHEN MIT ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN ... - 19 -

5.1 AUF PHYSISCHER EBENE ... - 19 -
5.1.1 Verbesserung der körperlichen Fitness ... - 19 -
5.1.2 „Natürliches Highgefühl“ ... - 20 -
5.2 AUF PSYCHISCHER EBENE ... - 22 -
5.2.1 Steigerung der Frustrationstoleranz ... - 22 -
5.2.2 Verbesserung der Selbstwirksamkeit/Verbesserung des Selbstwertgefühls ... - 23 -
5.2.3 Klettern als Achtsamkeitsübung ... - 24 -
5.2.4 Umgang mit der Angst ... - 25 -
5.3 AUF SOZIALER EBENE ... - 27 -
5.3.1 Neue soziale Kontakte ... - 27 -
5.3.2 Vertrauen und soziale Interaktion ... - 28 -
5.3.3 Peerarbeit und Gruppenerfahrung ... - 30 -
5.4 ERLEBNISERFAHRUNG KLETTERN (FAKTOR NATUR) ... - 30 -

6 CHANCEN VON KLETTERN IN DER SUCHTARBEIT ... - 33 -

6.1 THERAPEUTISCHES KLETTERN MIT EINEM KLETTERTHERAPEUTEN ... - 33 -
6.1.1 Möglicher Aufbau und Ablauf einer therapeutischen Kletterstunde ... - 33 -
6.1.2 Rolle, Aufgaben und Anforderungen an einen Klettertherapeuten ... - 35 -
6.1.2.1 Anforderungen ... - 36 -
6.1.2.2 Aufgaben ... - 36 -
6.1.2.3 Rolle des Klettertherapeuten ... - 37 -
6.1.3 Kontraindikationen ... - 38 -
6.2 NIEDERSCHWELLIGE SUCHTARBEIT AM BEISPIEL DES MOUNTAIN ACTIVITY CLUBS (MAC) ... - 38 -

7 SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK ... - 41 -

II Abkürzungsverzeichnis

DAV	Deutsche Alpenverein
DSM-5	Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen
ICD-10	Internation Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationales statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
MAC	Mountain Activity Club
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchtdreieck ..... - 5 -
Abbildung 2: Suchtentstehungsgefüge ..... - 6 -
Abbildung 3: Behandlungskette bei Abhängigkeitserkrankungen ..... - 7 -
Abbildung 4: Auswirkungen von therapeutischem Klettern auf Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern ..... - 12 -
Abbildung 5: Übersicht der Auswirkungen von Klettern und Bouldern bei Abhängigkeitserkrankungen ..... - 19 -
Abbildung 6: Beispiel einer künstlichen Boulderwand ..... - 33 -

1 Hinführung zum Thema

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen in der deutschen Bevölkerung lag im Jahr 2018 bei 29,5 Prozent. Somit kann ein Anstieg von rund 10 Prozent innerhalb der letzten zehn Jahre verzeichnet werden. Umgerechnet konsumieren ca. 15,2 Prozent der Deutschen (18- bis 64-Jährige) einmal in ihrem Leben illegale Drogen (Neumeier, et al., 2019). Die Anzahl der stationär betreuten Patienten[1] mit der Hauptdiagnose „Sucht" lag 2019 bei 9.398. Im Bereich der ambulanten Betreuung wurden 65.225 gezählt (DBDD, 2019). Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Behandlung von Suchterkrankungen bei illegalem Drogenkonsum eine wichtige Rolle zukommt. Zur Behandlung zählen neben dem Entzug und der Substitutionstherapie jedoch auch soziotherapeutische und psychologische Betreuung, welche eine entscheidende Rolle auf dem Weg einer dauerhaften Abstinenz darstellen (Möller, et al., 2015, S. 379).

In den letzten Jahren setzte sich in der Behandlung von Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern zunehmend die Integration von Sport und Bewegung in der Behandlung durch (Lukowski, 2018). Es gibt bereits eine Reihe an aussagekräftigen Studien, welche die positiven Auswirkungen auf den Therapierfolg bei psychisch Erkrankten belegen (Lukowski, 2017). Idealerweise wird eine Sportart gewählt, welche den Patienten besonders Spaß macht, da die Motivation dadurch größer ist.

Seit einigen Jahren gewinnt der Klettersport immer mehr an Beliebtheit. Dies zeigt sich zum Beispiel in den mittlerweile über 500 Kletterhallen in Deutschland (Deutscher Alpenverein e.V., 2020). So wurde Klettern im Laufe der Jahre vom Individualsport zum Breitensport. Dass sich Klettern positiv auf den Therapieerfolg bei somatischen Patienten auswirken kann ist schon einige Zeit bekannt. Aber auch bei psychiatrischen Krankheitsbildern kann therapeutisches Klettern einen positiven Mehrwert für die Therapie darstellen (Doll, et al., 2015).

Der bekannte deutsche Sportkletterer Wolfgang Güllich beschrieb es einmal folgendermaßen: „Das Gehirn ist der wichtigste Muskel beim Klettern." (Hepp, 2004). Dieses Zitat verdeutlicht, inwiefern die Psyche und vor allem die Angst und deren Überwindung, einen zentralen Gegenstand im Klettersport darstellen.

Dadurch stellt sich nun die Frage inwiefern Klettern und Bouldern Auswirkungen bei Suchtpatienten haben kann und welche Chancen sich dadurch für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen ergeben.

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die gewohnte maskuline Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies implizier keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll als genderneutral zu verstehen sein.

2 Sucht

Auf den folgenden Seiten soll zuerst eine kurze Übersicht zu dem oft verwendeten Begriff Sucht, sowie zur Suchtentstehung und den Therapiemöglichkeiten gegeben werden.

2.1 Begriffsbestimmung

Das Wort „Sucht“ existiert bereits seit Jahrhunderten im deutschen Sprachgebrauch. Es lässt sich sowohl auf das altdeutsche Wort „suht“ (d.h. Krankheit) und auf „siechen“ zurückführen. Im Laufe der Zeit wurde es von Wissenschaft und Volksmund auf unterschiedliche Weisen verwendet. So wurde Sucht im Mittelalter eher als Krankheit verstanden, später wurde der Begriff ausgedehnt um auch Charaktereigenschaften zu beschreiben, was am Beispiel der „Eifersucht“ deutlich wird. Ab dem 19. Jahrhundert bekam der Begriff durch das Wort „Trunksucht“ eine negative Besetzung. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff in der Medizin zunehmend vielfältig verwendet (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020). In unserem heutigen Sprachgebrauch verstehen wir unter „Sucht“ aber auch eine starke Ausprägung eines Kontrollverlustes über persönliche Eigenschaften oder Verhaltensweisen, welche als nicht normal gelten. Somit wird deutlich, dass der Begriff noch immer negativ behaftet ist (Schneider, 2017).

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine einheitliche Definition, um Sucht zu beschreiben. Auf der einen Seite liegen die Gründe in der Unterschiedlichkeit der Substanzen, auf der anderen Seite definieren die verschiedenen Klassifikationssysteme Sucht mit unterschiedlichen Stufen, wie Missbrauch, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit.
Im ICD-10 wird zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit differenziert. Für das Vorliegen einer Abhängigkeit müssen mindestens drei der folgenden Kriterien (für mind. einen Monat, oder wiederholt in den letzten 12 Monaten) aufgetreten sein:

- Starker Wunsch die Substanz einzunehmen (sog. Craving),
- Verminderte Kontrolle über den Konsum,
- körperliche Entzugssymptome,
- Toleranzentwicklung bzw. Dosissteigerung,
- Vernachlässigung anderer Interessen wegen dem Substanzkonsum bzw. dessen Beschaffung und
- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen (WHO, 2015, S. 99).

Der DSM-V hingegen spricht in seiner Definition von einer Substanzkonsumsstörung und legt den Fokus mehr auf soziale und zwischenmenschliche Probleme, welche sich durch den Substanzkonsum ergeben. Um von einer Störung sprechen zu können muss sich mindestens ein Kriterium in den letzten 12 Monaten manifestiert haben:

- Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- Hoher Zeitaufwand um Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
- Craving oder ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren.
- Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- Fortgesetzter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt werden.
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
- Fortgesetzter Konsum trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht wurde oder verstärkt wird.
- Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
    - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
    - Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge der Substanz.
- Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
    - Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf die Substanz.
    - Die Substanz (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden (American Psychiatric Association, 2015, S. 266ff).

In Deutschland findet de DSM-V jedoch kaum Anwendung, da als Abrechnungssystem für die Krankenkassen der ICD-10 verwendet wird.

Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher Substanzen von welchen Personen abhängig werden können, sowie eine Reihe unterschiedlicher Wege des Konsums. Manche Substanzen werden in Zigaretten geraucht und/oder inhaliert, andere werden als Tablette oder in flüssiger Form geschluckt, in Pulverform über die Nase eingezogen, oder in die Vene gespritzt.
Von einem Substanzkonsum kann gesprochen werden, wenn folgende Stoffe eingenommen werden:

- Alkohol,
- Koffein,
- Opioide,
- Cannabis,
- Sedidativa, Hypnotika und Anxiolytike,
- Stimulantien (Amphetamine, Kokain und andere Stimulanzien),
- Halluzinogene,
- Inhalanzien
- Tabak,
- Andere (oder unbekannte Substanzen) (American Psychiatric Association, 2015, S. 259).

Werden mehrere Substanzen kombiniert konsumiert spricht man von einem multiplen Substanzgebrauch (WHO, 2015, S. 95f). Oft werden vor allem Alkohol und Medikamente (sog. Beigebrauch) zur Linderung der Entzugssymptome, sowie Schlaf- und Befindlichkeitsstörungen, konsumiert. Der Konsum von multiplen Substanzen kann die Diagnostik und Behandlung erschwert werden (Möller, et al., 2015, S. 374).

Neben der Sucht nach Drogen existieren außerdem weitere Süchte. Wie zum Beispiel:

- Esssucht,
- Computersucht,
- Sexsucht,
- Kaufsucht,
- Spielsucht usw.

Diese sind in der heutigen Zeit auf keinen Fall zu vernachlässigen. Allerdings beschränkt sich diese Arbeit ausschließlich auf die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

2.2 Suchtentstehung und Suchtursachen

Suchtentstehung anhand des Drei-Faktoren-Modells/Individualökologie der Sucht

Die integrative Suchttheorie geht davon aus, dass die Abhängigkeit eines Menschen an eine Substanz von drei Faktoren abhängig ist: Der Persönlichkeit der Person, der gesellschaftlichen Umwelt bzw. das Milieu und der Eigenschaft der Droge und deren Suchtpotential. Als Persönlichkeit werden die physischen und psychischen Eigenschaften der Person bezeichnet. Zum Beispiel Charaktereigenschaften wie ängstlich, schüchtern oder impulsiv. Aber auch Werte und Normen. Die Umwelt der Person setzt sich aus den Bereichen Familie, Freundeskreis und Arbeit oder Schule zusammen, sowie den technischen Aspekten seiner Umwelt. Die dritte Ecke im Suchtdreieck ist die Droge, also die chemische Beschaffenheit der Substanz, deren Suchtpotential und deren Verfügbarkeit (Feuerlein, 1989). Ist eine Substanz kostengünstig und leicht zu beschaffen, ist es wahrscheinlicher, dass diese konsumiert wird. Manche Substanzen haben ein höheres Abhängigkeitspotential als andere. Aber nicht die Faktoren selbst, sondern das Zusammenspiel dieser bestimmt inwiefern und ob ein Mensch süchtig wird. Ist die Droge leicht verfügbar, weißt ein hohes Suchtpotential auf und die betreffende Person ist psychisch labil, ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit größer, als wenn die Person psychisch stabil ist. Ebenso lässt es sich mit dem Faktor der Umwelt erläutern. Eine Person mit familiären Problemen, oder Personen, die bereits aus sog. Suchtfamilien stammen haben ein höheres Risiko abhängig zu werden.

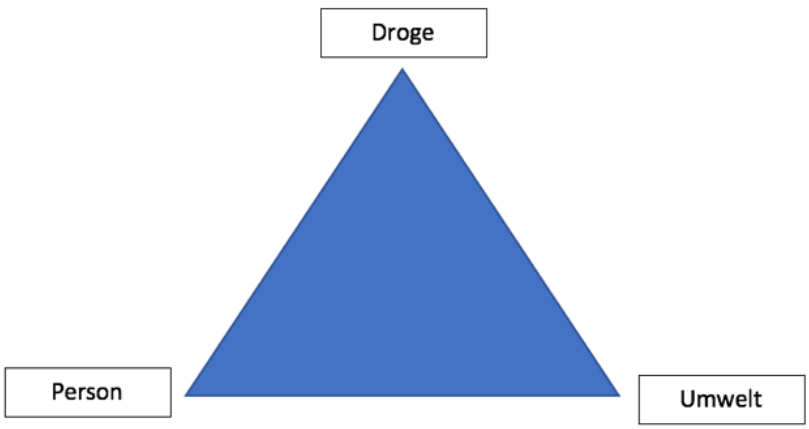

Abbildung 1: Suchtdreieck (in Anlehnung an Feuerlein, 1989)

Andere persönlichkeits- und lerntheoretische Modelle betonen ebenfalls ein multifaktorielles Bedingungsgefüge. Zu Beginn des Konsums wirken außerdem Faktoren wie Neugierde und Gruppenzwang.

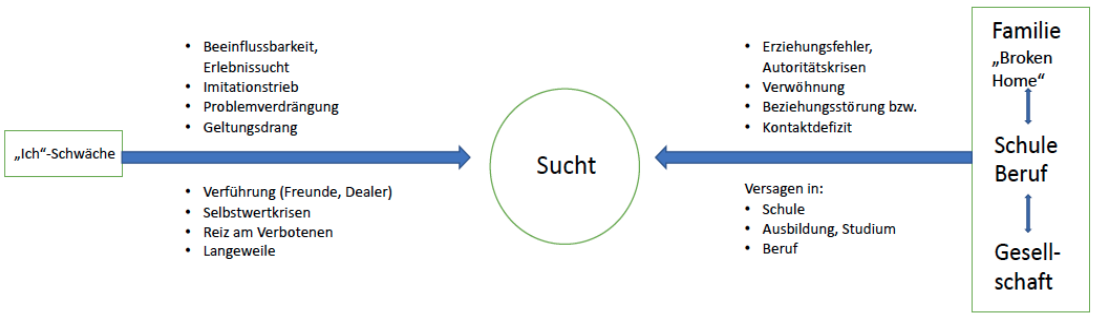

Abbildung 2: Suchtentstehungsgefüge (in Anlehnung an Köster, 1982)

2.3 Behandlungsmethoden und Therapie

Die Behandlungskonzepte bei Abhängigkeitserkrankungen setzten sich aus

- Medikamentöser Therapie (akuter Entzug, medikamentös gestützte Rückfallprävention),
- Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Gruppen- und Familientherapie),
- Soziotherapie und
- Selbsthilfegruppen

zusammen (Möller, et al., 2015, S. 376).

Das oberste Ziel der Behandlung ist die Sicherstellung des Überlebens. Wenn der Patient stabil genug ist wird zuerst eine Reduktion des Suchtstoffes angestrebt, bis die Konsum-freien Episoden ausgedehnt werden können um schließlich eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen (Möller, et al., 2015, S. 377). Das langfristige Therapieziel ist vor allem auch die Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit, sodass die Patienten wieder ihrem Beruf nachgehen können und ihren Arbeitsplatz nicht verlieren (Deimel, 2011, S. 404).

Die Behandlungskette bei Abhängigkeitserkrankungen wird üblicherweise in vier Phasen gegliedert: Kontaktphase, Entgiftungsphase, Entwöhnungsphase und Nachsorge bzw. ambulante Weiterbehandlung (Möller, et al., 2015, S. 377).

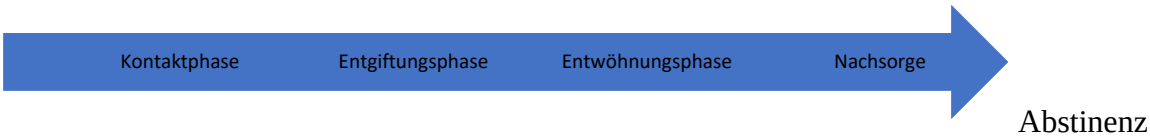

Abbildung 3: Behandlungskette bei Abhängigkeitserkrankungen (in Anlehnung an Möller et al. 2015, S377)

In der Kontaktphase wendet sich der Abhängigkeitserkrankte erstmals an seinen Hausarzt, eine Beratungsstelle oder begibt sich in psychiatrische Behandlung. Hier wird eine Diagnose gestellt und die sozialen, psychischen und beruflichen Rahmenbedingungen erhoben. Die Motivation für eine Abstinenz kann hier gefestigt und verstärkt werden. In der Entgiftungsphase steht der Entzug der Droge im Vordergrund. Je nach Art der konsumierten Droge wird der Entzug medikamentös unterstützt. Lange Zeit galt der sog. „kalte Entzug“ als Mittel der Wahl. Doch um, unter anderem, die Therapiemotivation zu erhöhen kamen medikamentöse Entzugsprogramme immer mehr zum Einsatz (Möller, et al., 2015, S. 377). Psychologische Unterstützung, z.B. im Sinne von Gesprächen oder Erlernen von verhaltenstherapeutischen Techniken, kann die Therapiemotivation verbessern und den Patienten unterstützen. Ebenfalls wird versucht den Patienten einen gewisse Tagesstruktur zu geben und ihn mittels Aufgaben (wie z.B. Küchendienst) an die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen (Deimel, 2011, S. 409). Nach dem Entzug kann eine Entwöhnung von der Droge stattfinden („Langzeittherapie“). Dies geschieht entweder im stationären, oder im ambulanten Setting. Bei einer stationären Entwöhnung kann sich der Patient für einen Zeitraum von seinem belastenden Umfeld distanzieren. So ist diese stationäre Methode vor allem indiziert bei unzureichender Unterstützung von Zuhause, oder etwa bei einer unklaren Wohnsituation (Deimel, 2011, S. 405). Die Phase der Nachsorge kann aus Teilnahme bei Selbsthilfegruppen, einem betreuten Wohnen, Anbindung an einen speziell beschützenden Arbeitsplatz („Werkstatt“) und aus der Betreuung durch einen Hausarzt oder Psychiater bestehen (Möller, et al., 2015, S. 377). Drogenabhängige, die Opiate konsumieren, können mitunter eine Substitutionsbehandlung bekommen. Hier werden den Patienten Ersatzopioide, wie Methadon, Levomethadon und Buprenorphin verschrieben. Ziel ist hier eine Überleitung vom illegalen Konsum in eine ärztlich kontrollierte Abhängigkeit. Dadurch sollen unter

anderem Beschaffungskriminalität, Prostitution und mögliche Infektionen (HIV) reduziert werden und somit den Betroffenen eine Rückkehr in ihr berufliches Umfeld ermöglicht werden. Die Substitutionstherapie unterliegt klaren Indikationsregelungen (Abhängigkeit mehr als zwei Jahre, mehrere gescheiterte Abstinenzversuche, Schwangerschaft) und wird immer zusätzlich psychosozial, bzw. psychologisch betreut (Möller, et al., 2015, S. 379).

3 Klettern

Im Folgenden Abschnitt wird der Begriff des Kletterns, sowie die unterschiedlichen Disziplinen und die Möglichkeiten von Klettern als therapeutisches Medium kurz dargestellt.

3.1 Begriffsbestimmung und Historie

Als Klettern bezeichnet man im Allgemeinen das Erklimmen von Felswänden oder Felsformationen. Anhand von Strukturen, Leisten oder Löchern im Felsen wird die meist senkrechte Wand erklettert (Kluckner, 2014, S.13). Mit etwas Geschick und Übung können hier Wände erklettert werden, die im ersten Moment unmöglich zu erklimmen scheinen. Eine bestimmte, vorab festgelegte, Kletterstrecke wird Route genannt. Eine Route besteht aus verschiedenen Zügen, also Bewegungsabfolgen.

Die Geburtsstunde des Klettersports war Mitte des 19. Jahrhunderts im Elbsandsteingebirge in Sachsen. Nach und nach wurde versucht die Wand ohne technische Hilfsmittel (wie z.B. Strickleitern etc.) zu bezwingen. HEPP et al. Der Begründer des Freikletterns (ohne Technische Hilfsmittel) ist Kurt Albert, ein Franke. Er prägte auch das Sportklettern, wie man es heute kennt. HEPP Durch die Verbesserung der Sicherungsmethoden und Materialien, wurde der Klettersport immer sicherer und gilt mittlerweile, unter Berücksichtigung der entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen als objektiv relativ ungefährlich (Heckmair & Michl, 2018, S. 185). Dadurch, sowie den Bau von Kletterhallen, wurde Klettern im Laufe der Jahre zu einem Breitensport für alle Altersklassen (Kümin, et al., 1997, S. 43).

Laut dem Deutschen Alpenverein suchen die Menschen im Klettern verschiedene Dinge: Die sportliche Herausforderung, Abenteuer, inneres Gleichgewicht und den Naturgenuss. Beim Klettern müsse man sich stark auf das Hier und Jetzt konzentrieren, gehe an und verschiebe die eigenen Grenzen (Deutscher Alpenverein e.V., 2019).

3.2 Unterscheidung der verschiedenen Disziplinen

Beim Klettern wird zwischen den verschiedenen Disziplinen unterschieden. Im Folgenden werden die drei häufigsten kurz vorgestellt: Sportklettern, Alpinklettern und Bouldern.

3.2.1 Sportklettern

Als Sportklettern wird das Klettern mit Sicherungsmitteln (Haken, Gurt, Seil), aber ohne technische Hilfsmittel (z.B. Strickleitern) verstanden. Der Sport wird mindestens zu zweit ausge-

führt, wobei immer einer von beiden den Kletternden mit Hilfe einer bestimmten Technik sichert, sodass dieser nicht bzw. nicht weit stürzen kann. Sportklettern kann an Felsen mit entsprechenden Hakenvorrichtungen (sog. Klettergärten), oder an einer künstlich angelegten Kletterwand mit Kunststoffgriffen in einer Kletterhalle betrieben werden (Deutscher Alpenverein e.V., 2019). Beim Sportklettern ist es möglich eine Route „toprope“ zu klettern. Davon wird gesprochen, wenn das Seil bereits oben, am Routenende, umgelenkt wird. An dem einen Seilende ist der Sichernde mit einem Sicherungsgerät, am anderen befindet sich der Kletternde. Diese Methode ist einfacher und erfordert weniger Mut, da das Seil nicht während dem Klettern in Zwischensicherungen eingehängt werden muss, sondern bereits in der Route hängt. Somit eignet es sich perfekt für Anfänger und zum Üben (Hepp, et al., 1992, S. 65).

3.2.2 Alpinklettern

Alpines Klettern findet im Gebirge statt. Die Kletterstrecken können somit mehrere hundert Meter lang sein (Deutscher Alpenverein e.V., 2019). Auch hier wird meist zu zweit geklettert. Es wird eine sog. Seilschaft gebildet. Der Kletternde wird vom Sichernden mit Seil und Ausrüstung gesichert. Nach ca. 30 bis 50 Metern wird gewechselt. Durch eine spezielle Technik muss nicht zum Boden zurückgekehrt werden, sondern der Sichernde ist durch seinen Klettergurt an speziellen Standplätzen (Hakenvorrichtungen) gesichert. So wird abwechselnd geklettert und gesichert, bis schließlich der Gipfel erreicht ist (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020). Diese Form des Kletterns sollte ausschließlich von erfahrenen Kletterern ausgeführt werden.

3.2.3 Bouldern

Diese Bezeichnung kommt vom englischen Wort „boulder“, welches mit „Felsbrocken“ übersetzt werden kann. Als Bouldern wird das Klettern ohne Seil und Gurt in Absprunghöhe (bis etwa max. vier Metern) bezeichnet. Zum Bouldern ist deswegen auch nicht zwingend ein Partner notwendig. Es werden nur kurze Strecken geklettert, die aber meist viel Kraft, Flexibilität und Kreativität erfordern. Ursprünglich diente Bouldern als Training für das Sport- und Alpinklettern. Mittlerweile hat sich daraus aber eine eigene Disziplin mit Kultstatus entwickelt (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020). Inzwischen gibt es eine Vielzahl an Boulderhallen in Deutschland. In diesen Hallen wird an Kunstgriffen, ähnlich wie in den Kletterhallen, auf Absprunghöhe „gebouldert“. Bouldern in der Natur ist ebenso möglich. Einen bestimmte festgelegte Boulderroute wird kurz „Boulder“ genannt.

3.3 Klettern als therapeutisches Medium

Dass Sport förderlich für die Gesundheit ist, ist schon seit Jahrzehnten in der somatischen Medizin bekannt. So übernehmen mittlerweile sogar viele Krankenkassen die Kosten für ein Sportprogramm für ihre Versicherungsteilnehmer (Lukowski, 2018). Klettern bietet ausgezeichnete Möglichkeiten in der Physio- und Ergotherapie. Dies wird vor allem mit der Ursprünglichkeit der Bewegungsabfolge beim Klettern begründet. So ist zum Beispiel zu beobachten, dass bereits Kleinkinder, welche gerade erst mit dem Laufen beginnen, äußerst geschickt an der Sprossenwand klettern können. Bei einer Patientin mit neurologischer Beeinträchtigung, in Folge eines Schlaganfalls, konnte ein instinktives Greifen an der Kletterwand beobachtet werden. Obwohl ihr das Greifen nach Gegenständen, platziert auf einem Tisch, nicht gelang (Zajetz, 2015, S.42f). Greifbewegungen werden bereits in den ersten Lebenstagen von Säuglingen gezeigt und gezieltes Greifen ist ca. ab dem vierten Monat zu beobachten. Weil Klettern eine Abfolge von Greifbewegungen ist, kann Klettern somit als fundamentale Bewegungsform gesehen werden (Leichtfried, 2015). Da beim Klettern der ganze Körper eingesetzt und beansprucht wird, stellt es auf physiologischer Ebene eine einzigartige Belastungsform dar (Sheel, 2004;38:355-359).

Aber nicht nur in der somatischen Medizin kann sich Bewegung förderlich auf die Genesung auswirken. Klettern nimmt in den letzten Jahren nicht nur als Breitensport immer mehr zu, sondern gilt zunehmend als effektive Therapiemöglichkeit bei psychiatrischen Krankheitsbildern. Laut Lukowski ist Klettern eine „nahezu ideale therapeutische Sportart“. Beim Klettern werden Kognition, Emotion, Kondition, Beweglichkeit und motorische Koordination gefordert (Lukowski, 2017, S.34). Laut Thomas Lukowski, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellt Bewegungstherapie die dritte Säule der Behandlung dar, vor allem bei an Schizophrenie und Depression erkrankten Patienten (Lukowski, 2018). Bereits eine geringe Integration von Bewegung im Alltag hat eine Verbesserung der Lebensqualität zu Folge. Durch die verschiedenen Erlebnisqualitäten des Kletterns werden viele Themen angesprochen, die für Menschen mit psychischen Störungen oder Krankheiten im Vordergrund stehen.

So kann Klettern das Selbstwertgefühl, Vertrauen zu sich und anderen Personen, sowie die Wahrnehmung des eigenen Körpers fördern (Kowald & Zajetz, 2015, S.20ff). Durch den starken Aufforderungscharakter beim Klettern findet eine Aktivierung statt, welche sehr gut therapeutisch genutzt werden kann (Zajetz, 2015).

Eine Untersuchung von Doll et al. aus dem Jahre 2013 zeigt, dass durch therapeutisches Klettern Veränderungen bei psychiatrisch Kranken beobachtet werden können. Die Studie schließt auch speziell Patienten mit Suchtproblematik ein. Vor allem die Aspekte Mut, Stimmung,

Freude, Körpergefühl, Freiheitsgefühl und Vertrauen werden durch das therapeutische Klettern beeinflusst. Die negative Ausprägung des Aspekts Angst erklärt sich durch einen Intensitätsrückgang, also eine Verringerung der Angst und ist somit positiv zu werten.

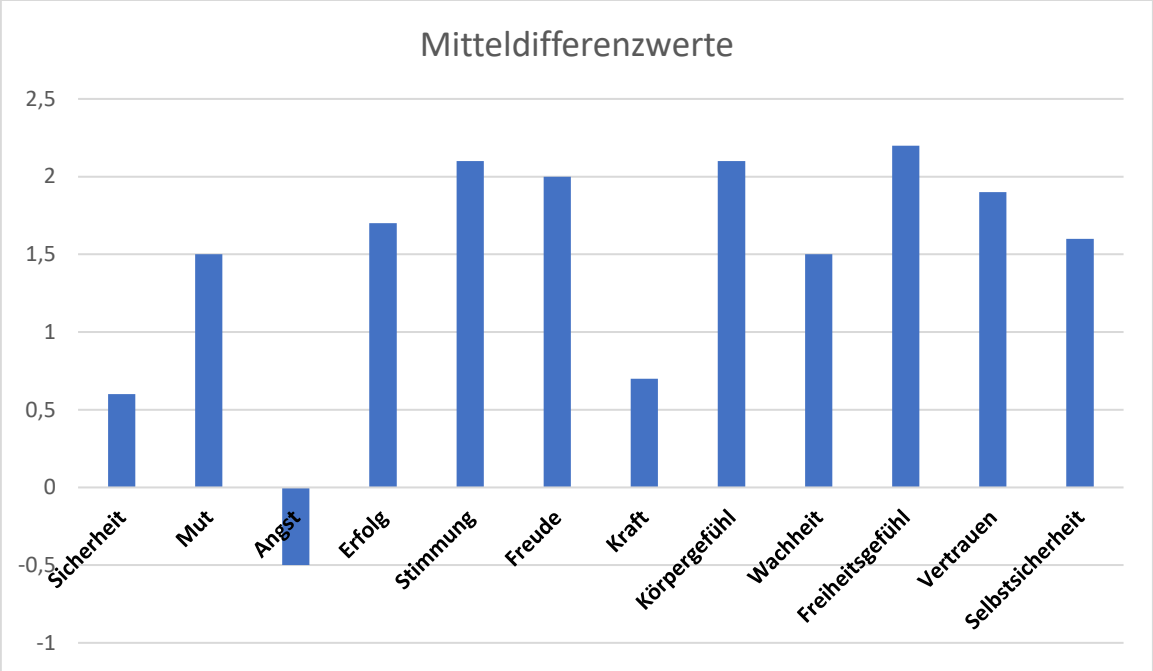

Abbildung 4: Auswirkungen von therapeutischem Klettern auf Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern (in Anlehnung an Doll et. al)

4 Methodik

Im folgenden Kapitel wird auf die verwendete Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage eingegangen.

4.1 Empirische Untersuchung

Auf den folgenden Seiten wird das Studiendesign, die Wahl der Interviewpartner, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Befragung der Teilnehmer und die Auswertung der gewonnen Daten dargestellt.

4.1.1 Qualitative Untersuchung

Ziel dieser Arbeit ist es die möglichen Auswirkungen von Klettern und Bouldern auf den Therapieerfolg bei Abhängigkeitserkrankten darzustellen. Um eine authentische und praxisnahe Darstellung zu erhalten wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Qualitative Erhebungsmethoden eignen sich besonders um neue Hypothesen aufzustellen und Zusammenhänge zu erkennen (Mayring, 2015, S. 22f). Im Zentrum der Erhebung stand das subjektive Erleben der Befragten und die erlebten Auswirkungen vom Klettersport auf sich und ihre Suchterkrankung.

4.1.2 Wahl der Interviewpartner

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwei Interviews mit Abhängigkeitserkrankten durchgeführt. Die Interviewpartner wurden anhand folgender Kriterien ausgewählt:

- Konsum und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (illegalen Drogen) in der Vergangenheit und
- Klettern bzw. Bouldern als Hobby.

Im Vorfeld nahm die Autorin Kontakt zum Mountain Activity Club e.V. in Nürnberg auf. Der Verein hat es sich zum Ziel gemacht Menschen mit Suchthintergrund das Klettern und Bouldern näher zu bringen, sowie einen Begegnungsort und eine Gemeinschaft zu schaffen.

Der Kontakt zu den interviewten Personen entstand durch eine Schlüsselperson des Mountain Activity Clubs in Nürnberg. Diese übernahm die Vermittlung der Teilnehmer an die Interviewerin. Nach der Vorstellung der Forschungsfrage und der Auswahlkriterien durch die Interviewerin wurden eine Vorauswahl an Kandidaten durch die Schlüsselperson getroffen und diese nach ihrer Bereitschaft befragt. Durch das gute Vertrauensverhältnis zwischen der Schlüsselperson und den Teilnehmern konnten schneller Freiwillige für das Interview gefunden werden

(Helfferich, 2009, S. 175). Bei einem gemeinsamen Bouldern hatten die potenziellen Teilnehmer die Möglichkeit die Interviewerin kennenzulernen, ihr Fragen zu stellen und Vertrauen aufzubauen. Danach konnte, mit Einverständnis der Kandidaten, Kontaktdaten ausgetauscht werden, um schließlich einen gemeinsamen Termin für das Interview zu finden, sowie den Teilnehmern abermals den Forschungsgegenstand und Ablauf des Interviews zu erläutern.
Der eine Interviewpartner lebt bereits schon seit über zehn Jahren abstinent, ist selbst als „Peer" tätig und kann auch als Experte verstanden werden, der andere erst seit kurzem. Leider war es nur möglich zwei männliche Interviewpartner zu befragen.
Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse kann somit als limitiert betrachtet werden, auch durch die geringe Anzahl an durchgeführten Interviews. Allerdings wurde bei beiden Interviews eine große Anzahl an ähnlichen Informationen gewonnen. Somit kann die Stichprobe als bedingt saturiert bezeichnet werden, da bei weiteren durchgeführten Interviews der Erkenntnisgewinn weitestgehend gesättigt wäre und im Verhältnis zum Aufwand in keiner erstrebenswerten Relation stünde (Helfferich, 2009, S. 174f).

4.1.3 Interviewleitfaden

Als Instrument zur Durchführung des Interviews wurde ein Leitfaden erstellt (teilstrukturiertes Leitfaden-Interview). Dieser Leitfaden orientiert sich an Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2018), sowie an Helfferich (Helfferich, 2009). Vor der Erstellung des Leitfadens wurde eine Literaturrecherche zum Themenbereich durchgeführt, um den theoretischen Rahmen und den bisherigen Forschungsstand zu bestimmen. Daraufhin wurden Interviewfragen erstellt, welche die Befragten dazu anregen sollten, aus ihrem eigenen Erleben zu erzählen. Aus den erstellten Fragen wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Den Einstieg soll eine sehr offene Fragestellung darstellen, danach dem natürlichen Erzählfluss gefolgt bzw. gezielt nachgefragt oder zum Weitererzählen angeregt werden. Der Leitfaden soll lediglich zur Erzählstimulation und zur Beantwortung der vorab festgelegten Fragen, jedoch ohne Beachtung der Reihenfolge, dienen. Hierzu wurden die Fragen in verschiedene Themenkomplexe unterteilt, welcher jeweils mit einer offenen Frage eingeleitet wurde. Die drei Themenkomplexe beinhalten Fragen zum Konsum der Teilnehmer, zum abstinent werden und bleiben, sowie zum Thema Klettern (und Klettern statt Drogen) (vgl. Anhang 1 Interviewleitfaden). Neben den jeweiligen Haupt- bzw. Einleitungsfragen diente eine „Memospalte" zur Kontrolle welche Punkte bereits genannt wurden und an welcher Stelle die Interviewerin nachfragen musste. In einer weiteren Spalte wurden mögliche konkrete Zwischenfragen festgehalten. Die letzte Spalte führte Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung des Gesprächsverlauf, sowie Steuerungsfragen auf. Zum Abschluss sollte durch eine

Frage der Erzählperson die Gelegenheit geben eigene Relevanzen zu setzten bzw. noch ein für sie wichtiges Thema anzusprechen. Durch die flexiblen Vorgaben des Fragebogens und die mehr oder weniger ausführlichen und offenen Fragen sollte sich ein angenehmer Redefluss zwischen den Interviewpartnern und eine vertraute und offene Atmosphäre bilden.

4.1.4 Durchführung

Beide Interviews erfolgten mündlich. Das eine Interview wurde telefonisch durchgeführt, das andere bei einem persönlichen Gespräch an einem neutralen Ort, welchen der Interviewteilnehmer bestimmen durfte. Durch das persönliche Gespräch entstand eine vertrauliche Ebene zwischen Interviewerin und Interviewten, was die Bereitschaft zu erzählen erhöht. Beide Interviews dauerten in etwa je eine Stunde. Der Einstieg in das Interview stellte die Begrüßung dar, sowie die schriftliche Einverständniserklärung seitens der Interviewpartner.
Bei beiden Interviews wurde eine Tonaufnahme aufgezeichnet, welche im Anschluss an das Interview transkribiert wurde. Diese Aufzeichnung ermöglichte es sich vollständig auf die Interviewteilnehmer und den Gesprächsverlauf zu konzentrieren.

4.1.5 Transkription

Aufgrund des engen Zeitrahmens für diese Arbeit lag die Priorität bei der Transkription auf dem semantischen Inhalt des Gesprächs und es wurde auf die Transkription von para- und nonverbalen Ereignissen verzichtet (Dresing & Pehl, 2018, S. 19ff). Hierzu wurden Aussagen in Dialekt und Umgangssprache geglättet und dem Schriftdeutsch angepasst. Angefangene Sätze wurden mit dem Abbruchzeichen „/“ versehen. Die Interviewerin wurde mit dem Buchstaben „I“ abgekürzt und die Befragten mit „B“ gekennzeichnet. Die Namen der Interviewten, sowie die genannter Personen während der Interviews, wurden anonymisiert und mit „(())“ ersetzt.

4.1.6 Datenauswertung

Zur Auswertung der Daten wurde sich an der Fragestellung dieser Arbeit orientiert. Da sich diese Arbeit mit den Auswirkungen und Chancen von Klettern und Bouldern bei Abhängigkeitserkrankten beschäftigt und mittels der Interviews versucht wurde das Erleben dieser Personen zu untersuchen, konzentriert sich die Auswertung der Daten auf alles Aspekte, welche im Bezug hierzu stehen. Durch die Literaturrecherche kann das subjektive Erleben der Befrag-

ten in Beziehung zu dem vorhandenen Forschungsstand und Theorien gesetzt werden. Mögliche Zusammenhänge können so näher beleuchtet und erweitert werden. Somit kann ein Überblick über das gesamte Themenfeld gegeben werden.
Nach der Transkription wurde für jedes Interview eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Unwesentliches und unwichtige Aussagen wurden so von der Inhaltsanalyse ausgeschlossen (Mayring, 2015, S. 86f). Zu den Selektionskriterien zählten alle Aussagen mit Bezug auf:

- Klettern und Bouldern
- Auswirkungen von Bouldern und Klettern
- Sport
- Schwierigkeiten nach der aktiven Konsumzeit
- Mountain Activity Club
- Therapie.

Im Ersten Schritt wurden alle relevanten Textstellen gesammelt. Anschließend wurden diese Textstellen paraphrasiert. Für diesen Schritt wurde die Software MAXQDA20 als Arbeitshilfe verwendet. Um die Aussagen zu verallgemeinern wurden die Paraphrasen im nächsten Schritt generalisiert. Durch eine schrittweise Verallgemeinerung wurde das Abstraktionsniveau erhöht. Bei Textstellen mit ähnlichen, oder identischen Inhalt wurden auf eine Aussage reduziert. Die Kategorienfindung und -definition fand induktiv statt, was als eine sehr fruchtbare Vorgehensweise bei der qualitativen Forschung gilt (Mayring, 2015, S. 85). Im nächsten Schritt wurden die Kategorien am Interviewtransskript rücküberprüft.
Zudem wurde darauf geachtet, dass die Inhaltsanalyse nicht zu starr wird und somit mögliche interessante Punkte ausgegrenzt werden, welche interessant für den Forschungsgegenstand sind (Mayring, 2015, S. 131).

4.1.7 Ergebnisdarstellung

Aus der Inhaltsanalyse gingen neun Kategorien heraus. Auf die einzelnen Kategorien mit ihren Unterpunkten wird im Kapitel fünf näher eingegangen. Um die Ergebnisse aussagekräftig darzustellen werden sog. „Ankerbeispiele“ verwendet. Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde sich dazu entschieden einzelne Punkte aus verschiedenen Kategorien zu integrieren, um Zusammenhänge zu bilden, sodass das Thema als großes Ganzes verstanden werden kann. Die vollständige Inhaltsanalyse kann im Anhang eingesehen werden.

Es haben sich folgende Kategorien gebildet:

- Sozialer Aspekt
- Schwierigkeiten nach der Sucht
- Natürliches „High-Gefühl“
- Klettern in der Natur als Erlebniserfahrung
- MAC
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Klettern als Achtsamkeitserfahrung
- Grenzerfahrung beim Klettern
- Körperliche Auswirkungen

4.2 Literaturrecherche

Um einen Überblick zum aktuellen Forschungsstand über die Auswirkungen von Klettern und Bouldern bei Abhängigkeitserkrankten zu erhalten wurde, eine Literaturrecherche durchgeführt. Bei der Literaturrecherche wurden, neben der Freihandsuche in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule Nürnberg, die folgenden Datenbanken benutzt:

- CINAHL
- PSYINDEX
- PsycINFO
- Brockhaus
- Statista
- Google Scholar.

Die folgenden Suchbegriffe wurden verwendet:

- „Klettern“,
- „Bouldern“,
- „climbing“,
- „rock-climbing“,
- „Abhängigkeit“,
- „Sucht“,
- „Drogen“,
- „drug abuse“
- „drugs“.

Ein- und Ausschlusskriterien stellten zum einen die kostenlose Verfügbarkeit und zum anderen die Qualität und Aktualität der Literatur dar.
Darüber hinaus wurde Literatur zum Thema „Achtsamkeit in der Suchttherapie“, sowie „Auswirkungen von Natur auf den Menschen“ und „Sport in der Suchttherapie“ miteinbezogen.

5 Auswirkungen von Klettern bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Im Folgenden werden die möglichen Auswirkungen und der Nutzen von Klettern bzw. Bouldern bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beschrieben. Dazu wird in den verschiedenen Bereichen physisch, psychisch und sozial unterschieden. Außerdem wird das Thema Erlebniserfahrung durch Klettern in der Natur als zusätzlicher Punkt beleuchtet.

Abbildung 5: Übersicht der Auswirkungen von Klettern und Bouldern bei Abhängigkeitserkrankungen

5.1 Auf physischer Ebene

Auf den nächsten Seiten sollen zuerst die Auswirkungen auf der physischen Ebene aufgezeigt werden.

5.1.1 Verbesserung der körperlichen Fitness

„Klettern kann (…) als gesundheitsrelevante Freizeitbeschäftigung und zur Erhaltung von Gesundheit und körperlicher Fitness empfohlen werden.“ (Leichtfried, 2015, S. 171). Da sich beim Klettersport die Intensität der Belastung sehr gut steuern lässt, zum Beispiel durch verschiedene Wandneigungen und die Größe der Griffe und Tritte, ist es nicht nur eine Sportart für bereits sportliche und gesunde Menschen, sondern kann auch für Menschen mit Vorerkrankungen empfohlen werden. Beim Klettern werden außerdem die koordinativen Fähigkeiten (Gleichgewicht, Orientierung etc.) gefordert (Leichtfried, 2015, S. 172).

Je nach Alter und Länge des Drogenkonsums sind bei Abhängigkeitserkrankten teilweise ausgeprägte Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie internistische, neurologische und orthopädische Einschränkungen vorhanden. Zudem haben viele Betroffene Begleiterkrankungen wie HIV oder Hepatitis (Deimel & Niggenhoff, 2015, S. 215). Aber auch bei jungen Suchtpatienten, welche noch vergleichsweise wenig ernsthafte körperliche Auswirkungen durch ihren Drogenkonsum aufzuweisen haben, leidet die körperliche Fitness. Der Mittelpunkt ihres Lebens ist die Beschaffung und der Konsum der Droge. Für Sport und körperliche Beschäftigung bleiben oft nur wenig Zeit und Motivation. Häufig sind Menschen, welche an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, in einem schlechten körperlichen Allgemeinzustand (Möller, et al., 2015, S. 366).

Durch Klettern können Suchtpatienten wieder an ihre körperlichen Grenzen kommen und sich auslasten, was als positiv erlebt wird (Interview B, Z. 123f; Interview A, Z. 165ff). Die individuelle physische Fitness kann gesteigert werden. Je nach Verfassung können leichtere, oder schwerere Kletterrouten ausgewählt werden, und somit die Belastungs- und Trainingsintensität optimal angepasst werden. Die verbesserte körperliche Konstitution wirkt sich außerdem positiv auf die Psyche aus. Ein Betroffener beschreibt es folgendermaßen: „Und vor allem merkt man auch, dass es körperlich Berg auf geht. Dass man Stück für Stück schwerere Routen klettern kann, ein bisschen mehr Kraft bekommt. Und das ist auch eine Sache, die total aufbaut. Damals, während der Konsumzeit war sowas unmöglich.“ (Interview B, Z. 131ff). Somit kann die verbesserte körperliche Konstitution durch Klettern, oder Sport im Allgemeinen, die Abstinenz und Therapie positiv beeinflussen. Abhängigkeitserkrankte berichten davon, dass Klettern und Bergsport helfen kann clean zu bleiben. Dies ließe sich aber schlecht verallgemeinern (Interview A, Z. 162ff). Es komme vor allem darauf an, dass man seine individuell favorisierte Sportart finde und diese ausübe (Interview A, Z. 183). Was für den einen das Klettern und Bouldern ist, kann für einen anderen Yoga oder Boxen sein. Eine Kombination aus verschiedenen Sportdisziplinen wird außerdem als positiv erlebt (Interview A, Z. 168ff).

5.1.2 „Natürliches Highgefühl“

Bei Suchterkrankungen spielt das dopaminerge Belohnungssystem, also das körpereigenen neuronale Belohnungssystem, eine zentrale Rolle. Es wird aktiviert durch Endorphine, das Encannabinoidsystem und neurotrophe Faktoren. Es kommt unter anderem zur Produktion von Neurohormonen wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Durch den Konsum von Drogen wird das neuronale Belohnungssystem stimuliert. Dadurch wird ein euphorisierendes Gefühl ausgelöst. Es kommt zum sog. „High-Gefühl“ (Lukowski, 2017, S. 15ff).

Wenn die Droge nicht mehr konsumiert wird fehlt diese Stimulation und es kommt zu Craving (missmutige Stimmung, Verlust der Lebensfreude), sowie zu Depressionen (Interview A, Z. 230ff). Eine Aktivierung des Belohnungssystems ist aber auch durch sportliche Aktivität, wie zum Beispiel Klettern möglich. Zusätzlich dazu wird laut Lukowski durch Gemeinschaftssport das Opioid-System im Körper aktiviert und somit das dopaminerge Belohnungssystem noch weiter stimuliert (Lukowski, 2017, S. 18). Weil zum Klettern mindestens ein Sicherungspartner erforderlich ist und auch meist in einer Gruppe gebouldert wird, kommt es beim Klettern und Bouldern zu einer starken Stimulation des Belohnungssystems. Das Glücksgefühl durch Klettern wird als „natürliches High-Gefühl“ beschrieben (Interview A, Z. 223f). Nach dem erfolgreichen Klettern einer Route stelle sich ein Gefühl von Stolz und Glück ein. Dieses Glücksgefühl könne zwar nicht direkt mit dem durch Drogenkonsum ausgelöstes verglichen werden, dennoch wird das Glücksgefühl, welches durch Klettern ausgelöst wird als langanhaltender beschrieben (Interview B, Z. 149ff). Auch Heckmair und Michl sprechen von einem kurzfristigen Kick, der Adrenalinstöße freisetzt, beim Klettern (Heckmair & Michl, 2018, S. 185). Ebenso wird das Glücksgefühl durch Klettern von Abhängigkeitserkrankten als ein Glücksgefühl ohne Konsequenzen erlebt. „Und das Unglückliche, das kommt beim Klettern nicht. Wenn das Glücksgefühl weg ist, dann fühlt man sich höchstens wieder normal, aber nicht schlechter wie vorher. (Interview B, Z. 163ff). Nach dem Konsum von Drogen folge oftmals ein „Down“-Gefühl, wenn die Wirkung der Droge nachlasse (Interview B, Z. 163ff). „Down“ (engl.) kann mit „nach unten“ übersetzt werden und meint somit eine extreme Niedergeschlagenheit, die sich durch den Wegfall der Stimulation des Belohnungssystems erklären lässt (Pons Lexikon Online, 2020). Diese extreme Niedergeschlagenheit tritt nach dem Hochgefühl beim Klettern nicht auf. Und auch sonst sind nach dem Klettern mit keinen negativen Konsequenzen zu rechnen, welche durch regelmäßigen Drogenkonsum zu erwarten wären. Diese Aspekte führen dazu, dass das Glücksgefühl, welches durch Klettern ausgelöst wird, für Abhängigkeitserkrankte eine Alternative zum Konsum darstellen kann. Das vorher bekannte „High-Gefühl“ kann nun durch das Klettern hervorgerufen werden. Es wird zudem erkannt, dass die durch den Konsum indizierten Nachteile (Konsequenzen und „Down-Gefühl“) beim Klettern ausbleiben. Zudem kann Klettern eine Prophylaxe für die oftmals auftretenden Depressionen durch die Abstinenz darstellen. Es werden beispielsweise die positiven Effekte des Dopamins in der Behandlung von Depressionen genutzt. Durch sportliche Betätigung kann die Produktion von Dopamin aber auch angeregt werden. Auch Serotonin, welches umgangssprachlich als Glückshormon bezeichnet wird, wirkt antidepressiv und kann durch Sport stimuliert werden (Lukowski, 2017, S. 12ff).

5.2 Auf psychischer Ebene

Zunächst werden die möglichen Auswirkungen auf der psychischen Ebene näher erläutert.

5.2.1 Steigerung der Frustrationstoleranz

Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, weisen oftmals eine gestörte Impulskontrolle und eine verminderte Frustrationstoleranz auf (Lukowski, 2017, S. 97). Als Frustrationstoleranz bezeichnet man im Allgemeinen die (meist erlernte) Fähigkeit mit Frustrationen umgehen zu können und diese, zumindest zeitweise, ertragen zu können (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020). Suchtpatienten befriedigen ihre negativen Gefühle meist durch den Konsum von Drogen. Sie benötigen oft eine sofortige Bedürfnisbefriedigung und haben nur wenig Durchhaltevermögen. Menschen mit Suchterkrankungen leiden zudem oft an Überlegenheits- und Größenphantasien. Die eigenen Ziele und Anforderungen werden oft zu hoch gesetzt. Werden diese dann verfehlt kommt es zu Wut, Ärger und Frustration. Oftmals wird von Abhängigkeitserkrankten die Schuld nicht bei sich selbst, sondern bei den Anderen, oder in Situationen und Gegebenheiten gesucht (Lukowski, 2017, S. 97).

Beim Klettersport kommt es neben Erfolgen natürlich auch oft zu Misserfolgen. Eine Kletterroute kann nicht immer beim ersten Anlauf geklettert werden. Manchmal fehlt es an Technik, an Kraft oder an Konzentration. Mit diesen Misserfolgen gilt es nun umgehen zu können. Für den Erfolg oder Misserfolg der Kletterroute ist allein der Kletternde selbst verantwortlich. Es kann niemand anderes dafür verantwortlich gemacht werden. Somit ist er selbst für sein Agieren und dessen Konsequenzen verantwortlich. Beim Klettern kann genau das geübt und erlernt werden. Durch die Konfrontation mit den eigenen körperlichen Grenzen und Ängsten wird die Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung gefördert (Leichtfried, 2015, S. 172). An die eigenen Grenzen zu gehen wird auch von Betroffenen als hilfreich beschrieben, um sich selbst besser kennenzulernen (Interview B, Z. 129ff). Nach der aktiven Konsumzeit müssen Abhängigkeitserkrankte sich und ihren Körper erst wieder neu kennen und einschätzen lernen. Suchtpatienten können üben sich realistische Ziele zu setzen, also eine Route an der Leistungsgrenze und nicht eine viel zu schwere Route klettern zu wollen. Außerdem kann der Umgang mit Niederlagen und Misserfolgen verbessert werden. Zum Beispiel kann die Einsicht erlangt werden, dass es besser ist einen Plan zu entwickeln, um die Route schließlich zu meistern, anstatt Groll und Wut zu hegen, oder gar andere für das eigene Versagen verantwortlich zu machen (Lukowski, 2017, S. 98). So kann durch den Klettersport die, meist durch den Konsum

niedrige, Frustrationstoleranz gesteigert werden und die Betroffenen können lernen mit Misserfolgen umzugehen. Diese Eigenschaften können auch nützlich für ihre Therapie sein. Da es bei Suchtpatienten häufig zu Rückfällen kommt, sind sie auch in diesen Situationen mit einem Misserfolg konfrontiert. Wenn mit Rückfällen richtig umgegangen werden kann, sie also nicht als Willensschwäche gesehen werden, sondern akzeptiert und überwunden werden, kann es sich positiv auf den Therapieerfolg auswirken (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014).

5.2.2 Verbesserung der Selbstwirksamkeit/Verbesserung des Selbstwertgefühls

Eine Schwierigkeit nach der aktiven Konsumzeit, die von Abhängigkeitserkrankten beschrieben wird, ist ein geringes Selbstwertgefühl (Interview B, Z. 82f). Durch fehlende soziale Kontakte, Verlust des Jobs und möglichen Schulden mangelt es ihnen an einer Perspektive. Ein neues Leben, fernab von Drogen, aufzubauen erscheint schwierig und wie ein zu hoch gestecktes Ziel (Interview B, Z. 79f). Es fehlt an Hoffnung und Sinn im Leben. Und somit auch an den Glauben an sich selbst es aus der Abhängigkeit heraus zu schaffen. Die Betroffenen haben das Gefühl „jeden Tag nur zu überstehen“ (Interview A, Z. 24). Es mangelt an einem Auftrag, bzw. einem Lebensinhalt. Zu Konsumzeiten stellt die Beschaffung und der Konsum der Droge den Lebensinhalt eines Abhängigkeitserkrankten dar. Nach der aktiven Konsumzeit ist auf einmal viel Freizeit vorhanden, aber oft keine Arbeit und wenig soziale Kontakte. Aus diesen Gründen ist es unerlässlich für eine erfolgreiche Suchttherapie, dass die Betroffenen ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstwirksamkeit stärken, sowie einen neuen Lebensinhalt finden.

Klettern hat ein großes Potential, das Selbstwertgefühl zu steigern. Wenn man eine Kletterroute geschafft hat, ist man selbst dafür verantwortlich (Kowald & Zajetz, 2015, S. 37). Man hat dies aus eigenen Kräften geschafft. Bei einer Teamsportart, wie Fußball, ist ein Sieg ein Resultat aus dem Zusammenwirken der verschiedenen Spieler. Beim Sportklettern, oder Bouldern, hingegen hat man sich den Sieg selbst zu verdanken. Wenn zum ersten Mal eine schwierige Kletterroute geklettert wird, kommt oft der Gedanke auf, dass die Route zu anspruchsvoll sein könnte. Aber durch mehrmaliges Versuchen oder regelmäßiges Training können nach und nach immer schwierigere Routen geklettert werden. Es werden neue Techniken erlernt und neue Bewegungsabläufe einstudiert bis schließlich die anfangs einschüchternde Route geklettert werden kann. Diese Erlebnisse im Klettersport stärken den Selbstwert und das Selbstvertrauen (Interview B, Z. 136ff). Die Betroffenen erleben, dass sie selbst zu etwas fähig sind, das für sie anfangs undenkbar war. Durch die Investition von Kraft, Mut, Ausdauer und Motivation können sie ihre eigenen Kompetenzen erweitern. Sie erleben, dass sie selbst es in der Hand haben

etwas an der Situation zu verändern. Diese erfahrene Selbstwirksamkeit könnte auch auf die Herausforderung abstinent zu leben übertragen werden.
Vor allem bei dem gemeinsamen Bouldern gibt es viel gegenseitige Unterstützung (Interview B, Z. 199ff). Gemeinsam wird versucht eine Boulderroute zu meistern. Dabei wird derjenige der gerade bouldert von den anderen Personen unterstützt. Er bekommt positive und wertschätzende Rückmeldung, aber auch Vorschläge für neue Bewegungsabläufe. Durch den Zuspruch von anderen Personen kommt es zu einer Korrektur negativer Glaubenssätze von sich selbst und das Selbstwertgefühl wird gestärkt (Kowald & Zajetz, 2015, S. 38).

5.2.3 Klettern als Achtsamkeitsübung

Ein wichtiger Punkt beim Klettern ist es, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Also auf die Route, die gerade geklettert wird und welche Bewegungskombination notwendig ist, um sie zu meistern, anstatt auf einen möglichen Sturz oder gar andere Dinge (Hepp, et al., 1992, S. 144). Während des Kletterns und Boulderns ist kognitive Flexibilität gefragt. Es gilt sich selbst und die eigenen Grenzen und Gegebenheiten gut einzuschätzen und das eigene Verhalten daran anzupassen (Lukowski, 2017, S. 26). Es ist also wichtig genau in den Körper hineinzuspüren um abschätzen zu können, wie viel Kraft noch vorhanden ist, oder ob man sicher mit dem Fuß auf dem Tritt steht. Dieses Hineinspüren erfordert maximale Konzentration auf den Augenblick. Ein kurzer unachtsamer Moment beim Klettern könnte einen Sturz zur Folge haben. Unachtsamkeit während man den Kletterpartner sichert kann zu schweren Verletzungen des Kletternden und auch des Sichernden führen. Anfängern des Klettersports kann es noch schwer fallen sich zu konzentrieren. In diesem Fall sollten die Gedanken immer wieder bewusst auf die Route, deren Bewegungsabfolgen und die Signale des eigenen Körpers gerichtet werden. Wenn jedoch beim Klettern und Bouldern Interesse und Motivation vorhanden ist (die Route zu klettern, oder den schwierigen Zug zu meistern) konzentriert man sich automatisch (Hepp, et al., 1992, S. 148).
Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind kognitive Beeinträchtigungen in Form von Konzentrationsstörungen oder Wahrnehmungsstörungen keine Seltenheit. Es fehlt ihnen oft ein (gesunder) Bezug zum eigenen Körper und sie schätzen sich oft falsch ein (Deimel & Niggenhoff, 2015, S. 215). Ein übermäßiger Substanzkonsum kann auch als Vermeidung von den direkten Erfahrungen im Hier und Jetzt gesehen werden (Mundle, et al., 2014). Viele Abhängigkeitserkrankte konsumieren, um eben nicht den Moment und alle Emotionen wahrzunehmen und sich mit diesen auseinandersetzen zu müssen. Beim therapeutischen Klettern kön-

nen Suchtpatienten die Wahrnehmung ihrer Umgebung und die Eigenwahrnehmung wieder erlernen und verbessern (Deimel & Niggenhoff, 2015, S. 216). Die intensive Selbstwahrnehmung, im Idealfall ohne zu werten, kann sich durchaus positiv auf die Therapie auswirken. Achtvoller Umgang mit sich selbst ermöglicht ein besseres Suchtmanagement, vor allem bei Gefühlen wie Suchtmittelverlangen (Craving) (Mundle, et al., 2014).

„Während dem Klettern, wenn man an der Wand ist, da hat man einfach den Kopf frei.“ (Interview B, Z. 118-119), beschreibt es ein Betroffener. Beim Klettern und Bouldern sind die Gedanken nur auf den jetzigen Moment gerichtet. Die volle Konzentration gilt dem nächsten Zug, den man klettern möchte (Interview B, Z. 127f). Klettern stellt damit eine gute Möglichkeit dar sich in Selbstachtsamkeit zu üben, ohne dass es beabsichtigt ist. Es wird außerdem beschrieben, dass man beim Klettern gut vom Alltag „abschalten“ könne, da eben alle Gedanken nur im Moment sind (Interview B, Z. 122f). Die Sorgen und Probleme, die sonst allgegenwärtig sind, werden beim Klettern ausgeblendet. Gerade Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sehen sich am Anfang ihrer Therapie mit vielen Schwierigkeiten konfrontiert. Oft herrschen finanzielle Probleme, Wohnungsnot und ein schwaches soziales Netzwerk (Interview A, Z. 64f). Durch die zahlreichen Probleme fühlen sie sich oft hoffnungslos und leiden an depressiven Gedanken. Für einen kurzen Moment die Belastungen des Alltags ausblenden zu können, kann eine Erleichterung darstellen und Kraft geben für den weiteren Therapieverlauf.

5.2.4 Umgang mit der Angst

Der Tiefenpsychologe Helmut Schulze hat bereits in den 1970er Jahren das therapeutische Potenzial der Angst erkannt. Er nannte seinen Ansatz Grenzsituationstherapie (Michl, 2006, S.89). Er knüpfte dazu sowohl an das Konzept des Selbstwertgefühls von Adler, als auch an den Ansatz des Verhaltensbiologen Lorenz. Laut Lorenz steigt das Selbstwertgefühl mit der Zahl der überwundenen Hindernisse. In der Grenzsituationstherapie sollen die Klienten Angst erleben. Dadurch wird objektlose Angst zu definierter Angst und kann so besser therapiert werden. Angst ist für Schulze ein Dialog zwischen Ich und Umwelt. In seiner Grenzsituationstherapie werden die Patienten vor Probleme gestellt, welche Angst auslösen können, die es zu lösen gilt. Durch ihr bewusstes Handeln stellen sie sich der Angst und lösen so das Problem. Schulze setzte dies um, indem er seine Patienten z.B. mit auf eine Gletscherwanderung nahm, oder ihnen kleine Mutproben (z.B. Sprung vom Felsen ins Wasser) stellte. Ein wichtiger Punkt hierbei ist, dass der Patient sich freiwillig zum Risiko bzw. zur Angst entscheiden soll. Durch diese Entscheidung wird der ganze Mensch (physisch und psychisch) gefordert.

Beim Klettersport wird der Kletterer immer wieder mit Angst konfrontiert. „Keine Frage, die Angst ist das Salz in der Suppe des Kletterers“ so beschreiben es Hepp et al (Hepp, et al., 1992, S. 142). Die Angst wird als ein wichtiges Warnsignal beschrieben, was zur Vorsicht anhalten soll. Die Angst gehört somit zum Klettern dazu. Angstfreiheit beim Klettern ist nicht das erstrebenswerte Ziel, sondern den Umgang mit ihr zu erlernen. Mit Hilfe von inneren Dialogen mit sich selbst, oder Atemübungen kann gelernt werden die Angst bewusst wahrzunehmen, ohne dass man durch sie gelähmt wird, oder in Panik verfällt. Angst beim Klettern kann wie folgt differenziert werden in:

- Angst vor Versagen,
- Angst vor Versagen des Materials,
- Angst vor Versagen das Sichernden,
- Höhenangst,
- Angst vor dem Loslassen,
- Angst vor Schmerzen,
- Todesangst (Kowald & Zajetz, 2015, S. 22).

Durch diese Differenzierung ist das Bearbeiten des zugrundeliegenden Problems möglich. Die objektlose Angst wird somit zu definierter Angst.
Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen können diverse Ängste vorliegen. Zum Beispiel die Angst vor einem Rückfall oder Zukunftsängste. Durch ihren vorangegangenen Lebensstil sind finanzielle Probleme und fehlende soziale Kontakte häufig (Interview A, Z. 24ff). Beim Klettern werden sie automatisch mit dem Thema Angst konfrontiert. Es wird als positiv erlebet sich seiner Angst zu stellen und an seinen persönlichen Grenzen zu gehen (Interview B, Z. 129ff). Durch Klettern und Bouldern kann der Umgang mit der Angst erlernt und erfahren werden und, dass der Mut sich seinen Ängsten zu stellen belohnt wird. Diese wichtigen Erfahrungen können auf den Alltag transferiert werden. Und aus der überwundenen Angst beim Klettern kann Mut geschöpft werden und Selbstvertrauen. Angst beim Klettern kann mit Hilfe von Psychoedukation überwunden werden. Hierbei wird den Teilnehmern Wissen über die angstauslösenden Faktoren bereitgestellt (Material etc.). Diese Informationen können zu einer kognitiven Umstrukturierung und somit zum sukzessiven Abbau der Angst führen. Ebenso kann eine Liste mit angstauslösenden Situationen erarbeitet werden, die einzelnen Punkte werden je

nach Angstintensität von 1 (keine Angst) bis 10 (überwältigende Angst) bewertet. Beim anschließenden Konfrontationstraining wird mit der Exposition bei der geringsten bewerteten Situation begonnen und sich dann langsam gesteigert (Madlener & Anderegg, 2015).

5.3 Auf sozialer Ebene

Im folgenden Abschnitt sollen die positiven Auswirkungen von Klettern und Bouldern auf der sozialen Ebene näher beleuchtet werden.

5.3.1 Neue soziale Kontakte

Von Betroffenen wird mehrfach beschrieben wie schwierig es ist sich ein neues soziales Umfeld aufzubauen. Die meisten vorhandenen Bekanntschaften sind Suchtbekanntschaften (Interview A, Z. 28f und Interview B, Z. 76ff). Das bedeutet, dass es sich um Personen handelt, welche ebenfalls süchtig sind. Diese Bekanntschaften und Freundschaften haben oft ohne den gemeinsamen Konsum keinen Bestand mehr. Für den einen dreht sich das ganze Leben noch um den Konsum, wohingegen der andere sich mit ganz neuen Problemen konfrontiert sieht und sich einen anderen Lebensmittelpunkt als die Droge wünscht. Wenn derjenige, der mittlerweile clean ist, sich mit dem noch Konsumierenden trifft, besteht ebenfalls eine große Gefahr wieder rückfällig zu werden. Deshalb ist es wichtig neue soziale Kontakte zu knüpfen. Dies ist für Betroffene leider meist erschwert möglich, aufgrund ihres Konsums in der Vergangenheit. (Interview A, Z. 26ff und 103ff und Interview B, Z. 80f). „Also wenn ich versucht hab neue Leute kennenzulernen, draußen, dann haben die gesoffen, oder die fragen dich ‚Was machst du beruflich?‘. Dann erzählst du: ‚Ich war im Knast, weil eineinhalb Kilo Speed‘. Dann war es das schon wieder mit dem Kennenlernen“ (Interview A, Z. 101-106). Wenn ein Mensch von seiner Abhängigkeitserkrankung erzählt wirkt das auf die neue Bekanntschaft erschreckend und ihm wird womöglich mit vielen Vorurteilen begegnet. Er wünscht sich Verständnis und Akzeptanz, aber erfährt oft Ablehnung und Voreingenommenheit. Auf dieser Basis ist ein Knüpfen von neuen Kontakten somit nur erschwert möglich. Durch die fehlenden sozialen Kontakte stellt sich das Gefühl ein auf sich gestellt zu sein (Interview A, Z. 29ff). Doch gerade in der ersten Phase der Abstinenz braucht ein Betroffener Unterstützung und Rückhalt. „Weil wenn man keine neuen Leute kennenlernt, und nicht weiß was man tut und keine Chance bekommt, dann ist es im Prinzip nur eine Frage der Zeit, bis du irgendwie schwach wirst und wieder konsumierst“ (Interview A, Z. 92ff). Somit steigt durch die fehlenden sozialen Kontakte auch das Risiko wieder rückfällig zu werden.

Durch den Klettersport, welcher meist als Gemeinschaftssport betrieben wird, können neue Kontakte geknüpft und gefestigt werden. Im Rahmen einer Kletter- bzw. Bouldergruppe für Abhängigkeitserkrankte kann ein Raum geschaffen werden, in welchen sich Betroffene begegnen und sich als Teil einer Gruppe fühlen können (Interview B, Z. 83ff). Durch das regelmäßige gemeinsame Klettern oder Bouldern können die Bekanntschaften gefestigt werden und Freundschaften und Gemeinschaften entstehen. Beim gemeinsamen Bouldern wird sich meist viel unterhalten und gegenseitig unterstützt (Interview B, Z. 119ff). Man verbringt oftmals mehrere Stunden oder den ganzen Tag als Gruppe zusammen in der Boulderhalle oder am Felsen in der Natur. Aber auch beim Sportklettern werden meist einige Stunden mit dem Kletterpartner verbracht und es findet ein gegenseitiges Kennenlernen der Stärken und Schwächen statt. Die Kletterpartner werden sensibilisiert für die Fähigkeiten, Ängste, Probleme und Bedürfnisse des anderen (Deimel, 2011, S. 437). Das gemeinsame Erfolgserlebnis, wenn eine Kletterroute gemeistert wurde, schweißt zusammen. Genauso wie Misserfolge. „Und Klettern, das ist für mich eine Sache, die man zusammen macht. Man ist mit Freunden zusammen, mit denen man sich über alles unterhält“ (Interview B, Z. 116ff). Hierdurch wird noch einmal deutlich wie stark der Klettersport mit Gemeinschaft assoziiert wird. Anders, als bei alten Suchtbekanntschaften, steht mehr das gemeinsame Ziel (Boulder, Kletterroute) und das Gruppengefühl im Vordergrund und weniger der Konsum. Bei einer Klettergruppe für Abhängigkeitserkrankte stellt außerdem der Konsum in der Vergangenheit kein Problem für die anderen Gruppenmitglieder dar.

5.3.2 Vertrauen und soziale Interaktion

Da Klettern zumeist als Tandem, also zu zweit durchgeführt wird, ergibt sich ein hohes Maß an sozialer Interaktion (Interview B, Z. 119ff). Beim Sport- und Alpinklettern sind die Kletterpartner durch das Seil miteinander verbunden bzw. an einander gebunden. Die Sicherheit ergibt sich durch den sichernden Partner, dadurch erfährt dies Beziehung eine enorme Wichtigkeit. Um sich sicher zu fühlen sollte ein gutes Vertrauensverhältnis zum Kletterpartner bestehen (Kowald & Zajetz, 2015, S. 24). Der Sichernde muss stets konzentriert sein beim Einholen und Ausgeben des Seils. Er sollte den Kletternden stets genau beobachten, damit er ihm weder zu viel, noch zu wenig Seil gibt. Nur durch das richtige Dosieren des Seils kann garantiert werden, dass der Kletternden, im Falle eines Abrutschens, nicht zu weit fällt. Außerdem gilt es die Sicherungsvorrichtung richtig zu bedienen (Heckmair & Michl, 2018, S. 186). Auf all diese Handlungen des Sichernden hat der Kletternden, wenn er in der Route ist, keinen Einfluss und keine Kontrolle. Er muss sich vollkommen auf den Partner und dessen Können und Konzentration verlassen können. Für den Sichernden bedeutet das umgekehrt, dass er für die Zeit des

Kletterns für seinen Partner von existentieller Bedeutung ist (Gilsdorf, 2004). Das Leben des anderen liegt sprichwörtlich in seinen Händen. Dieser hohen Verantwortung gilt es sich bewusst zu sein und dementsprechend zu versuchen dem Kletterpartner ein sicheres Gefühl zu geben. Der Kletternde hat im Idealfall das Gefühl, dass sein Sicherungspartner die ganze Zeit mit all seiner Konzentration bei ihm ist.

Das Kletterduo muss für einen reibungslosen Ablauf während des Kletterns miteinander kommunizieren. Dies geschieht mittels sog. Kommandos. Diese sind im Klettersport klar und allgemeingültig definiert (z.B. „Seil ein!“, „Stand!“). Sie dienen der optimalen Verständigung zwischen den Kletterpartnern. Es soll auf zusätzliche Erklärungen verzichtet werden, da diese nur zur Verwirrung beitragen und schwerer verständlich sind als einzelne Wörter (Hepp, et al., 1992, S. 60f). Die klare Verständigung beim Klettern ist beim Sport- und Alpinklettern unverlässlich. Die Route kann nur gut abgesichert werden, wenn die Kommandos klar und eindeutig sind. Eine gute Kommunikation zwischen den Kletterpartnern ist also während des Kletterns enorm wichtig für die Sicherheit.

Vor dem gemeinsamen Klettern soll stets ein sog. Partnercheck durchgeführt werden. Hier wird jeweils gegenseitig die Richtigkeit des Gurtverschlusses, des Knotens, des Karabiners und des Seils kontrolliert. Vorher darf nicht geklettert werden (Deutscher Alpenverein e.V., 2011, S. 44f). Ein vor dem Klettern falsch eingelegtes Sicherungsgerät, in einem Moment der Unkonzentriertheit, würde einen Sturz des Kletterpartners bedeuten. Der gegenseitige Partnercheck symbolisiert das aufeinander Achten und ebenso kritisch wie wohlwollend voneinander beachtet zu werden.

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen liegt häufig eine Beziehungsstörung vor. Durch die Erfahrung von wenig Kontinuität und Verlässlichkeit in früheren Beziehungen haben sie oft Probleme Vertrauen aufzubauen, wodurch die Bedeutung des therapeutischen Kletterns nochmal deutlich wird (Niggenhoff, 2015, S. 284). Die Übernahme der Verantwortung für einen Anderen, sowie die vollständige Konzentration auf etwas fällt Suchtpatienten häufig schwer am Anfang. Auch das Lernen einer klaren und einfachen Kommunikation untereinander, durch die Seilkommandos, kann übertragen werden in das Erlernen sich mitzuteilen. Und zwar so einfach und unkompliziert, dass es für den Kommunikationspartner eindeutig zu verstehen ist. Diese und weitere soziale Kompetenzen können beim Klettern ohne weitere spezielle Intervention gefördert werden. Die Interaktion der Kletternden ist von Anfang an präsent. Das Klettern, v.a. in der Gruppe, schult die soziale Wahrnehmung und die Sozialkompetenz (Kowald & Hufnagl, 2015, S. 137).

5.3.3 Peerarbeit und Gruppenerfahrung

Durch das gemeinsame Klettern in der Gruppe entsteht ein Zugehörigkeitsgefühl (Interview B, Z. 83ff). Die Teilnehmer unterstützen sich gegenseitig. Die Unterstützung kann auch von sog. Peers erfolgen. Als Peer werden Personen bezeichnet, welche selbst betroffen sind, also selber an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und idealerweise schon lange abstinent leben, sodass sie anderen Personen schulen bzw. unterstützen können (Bacher-Gneist, 2016). Peerarbeit in der Suchttherapie wirkt sich nach aktuellem Forschungsstand nicht nur positiv auf den Therapierfolg aus, sondern kann auch zur Endstigmatisierung und Enddiskriminierung von Abhängigkeitserkrankten beitragen (Mahlke, et al., 2015). Durch die Unterstützung und das entgegengebrachte Verständnis der Peers profitieren Menschen, die noch nicht lange abstinent leben (Interview B, Z. 228f). Es ist eine Ansprechperson da, mit der man über alles sprechen kann und von der man Unterstützung erfährt, z.B. nach einem möglichen Rückfall. „Ja das hat mir auf jeden Fall geholfen mit der Situation klar zu kommen. Und überhaupt darüber zu sprechen, das war ganz wichtig in dem Moment.“ (Interview B, Z. 225ff). Durch die akzeptierende Haltung der Peers und deren eigene Erfahrungen können Gespräche auf Augenhöhe stattfinden. Einem möglichen Rückfall wird mit Verständnis begegnet. Es kann durch die besondere Beziehung zwischen Teilnehmer und Peer auch die Notwendigkeit der Abstinenz vermittelt werden, ohne auf Widerstand zu stoßen (Bacher-Gneist, 2016). So kann durch das gemeinsame Klettern und Bouldern von Abhängigkeitserkrankten, durch die soziale Ähnlichkeit, der Erfolg für Abstinenz und Therapie positiv beeinflusst werden.

5.4 Erlebniserfahrung Klettern (Faktor Natur)

Klettern in seiner ursprünglichsten Form ist das Klettern in der Natur an einem echten Felsen. Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden immer mehr künstliche Kletteranlagen geschaffen, welche sich durchaus großer Beliebtheit erfreuen (Heckmair & Michl, 2018, S. 185). Doch das Klettern an einem echten Felsen inkludiert das subjektiv empfundene Naturerlebnis.

In der frühen Erlebnispädagogik kam das Wirkungsmodell „The Mountains Speaks for Themselves“ auf. Hier wird davon ausgegangen, dass lediglich durch die Konfrontation mit herausfordernden Situationen in der Natur ein Lernerfolg eintritt. Durch die Erlebnisse in der Natur tritt demnach automatisch eine Wirkung ein (Michl, 2015, S. 66). Bei dem oben genannten Model wird vollständig auf eine Auswertung der sportlichen Aktivitäten in der Natur verzichtet. Spontane Gespräche zwischen Teilnehmern und Pädagogen stehen stattdessen im Vordergrund. Es wird auf eine automatisch prägende Wirkung von Erlebnissen in der Natur gesetzt. Die positiven Erfahrungen sollen automatisch in den Alltag transferiert werden (Heckmair & Michl,

2018, S. 59). Ein erfahrenes Erfolgserlebnis beim Klettern, trotz anfänglicher Schwierigkeiten oder Zweifel, wird so zum Beispiel in den Alltag übertragen. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das Gefühl etwas erreichen zu können, was man sich vorgenommen hat, kann demnach in Alltagssituationen übertragen werden. Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kann bei prägenden Erlebnissen in der Natur von einer Übertragung in ihren Alltag und die Therapie ausgegangen werden.

Das Spüren der Natur, zum Beispiel beim Klettern, wird von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als positiv beschrieben. Der Aufenthalt in der Natur löst ein Gefühl der Freiheit aus (Interview B, Z. 143). Das Gefühl der Freiheit und Selbstbestimmtheit ist gerade für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bestärkend. Früher bestimmte die Droge und deren Beschaffung ihr Leben und schränkte somit ihre subjektiv empfundene Freiheit ein.

Von Suchtpatienten wird das Gefühl beschrieben, ohne den Konsum nichts mehr zu erleben, oder weniger zu erleben, wenn sie nicht intoxikiert sind (Interview A, Z 42ff). Zu Zeiten des aktiven Konsums wurde der Tag damit verbracht die Droge zu beschaffen und zu konsumieren. Nach dem aktiven Konsum fällt somit der ganze Tagesinhalt weg. Darüber hinaus erleben Betroffene durch den akuten Rausch auch alltägliche Situationen und Gefühle sehr intensiv. Mit dem Wegfall der Droge entsteht somit das Gefühl nun weniger zu erleben. Genau dem entgegen kann Klettern in der Natur wirken. Die Betroffenen erkennen, dass auch jenseits des Konsums von Drogen Erlebnisse möglich sind. „Er hat mich genommen und hat mir einfach gezeigt, dass es Dinge gibt, die einfach toll sind, ohne Drogen. Dieses echte Erleben am Felsen, Klettern, Wandern (…)“ (Interview A, Z. 126ff). Es ist vor allem das Naturerlebnis beim Klettern, welches besonders betont wird (Interview A, Z. 191). Aus diesen Gründen wird das Klettern und Bouldern an einem echten Felsen, dem Klettern an einer künstlichen Wand auch oftmals vorgezogen (Interview B, Z. 139). Die Direktheit des Felsens bringt auch noch einen anderen Aspekt mit sich. Der Fels und damit auch die Boulder- oder Kletterroute ist nicht veränderbar. Sie wurde von der Natur so geschaffen. Ob eine Route geklettert werden kann hängt also nur vom Kletterer und dessen Können ab. Es kann niemand anderem die Schuld gegeben werden, da diese Route nicht von jemandem künstlich erstellt wurde, sondern die natürliche Struktur des Felsens ist. Der Fels ist einfach da, und zur Bestreitung der Route muss der Kletterer sich voll und ganz darauf einlassen (Niggenhoff, 2003).

Eine Untersuchung, welche die Auswirkungen körperlicher Aktivität in alpinem Gelände auf die Lebensqualität unter anderem bei Patienten mit psychosomatischen Störungen, untersucht, bestätigt ebenfalls den positiven Einfluss auf das mentale Wohlbefinden beim Sport in der Natur. Durch die körperliche Betätigung in den Alpen, zum Beispiel in Form von Wandern, kann

ein positiver Einfluss auf die emotionale Verfassung entstehen. Bei den Teilnehmern der Studie handelte es sich um Patienten mit diversen psychiatrischen Krankheitsbildern u.a. auch Abhängigkeitserkrankungen. Da es nur begrenzt möglich ist Bewegungs- und Sporttherapie ausschließlich in den Alpen durchzuführen, wird die Empfehlung ausgesprochen den positiven Einfluss des Naturraums „Alpen“ auf den allgemeinen Aufenthalt in der Natur zu übertragen (Ower, et al., 2019). Durch diese Studie wird der positive Einfluss der Natur auf den Menschen belegt. Durch Klettern oder Bouldern in der Natur können die positiven Auswirkungen von Klettern bzw. Bouldern und die positiven Auswirkungen durch den Aufenthalt in der Natur zusammenwirken.

6 Chancen von Klettern in der Suchtarbeit

Die im Kapitel fünf genannten positiven Auswirkungen von Klettern bei Abhängigkeitserkrankten können durch ein geleitetes Setting mit Klettertherapeut, oder durch ein niederschwelliges Angebot erzielt werden.

6.1 Therapeutisches Klettern mit einem Klettertherapeuten

Zuerst soll ein mögliches Vorgehen im Rahmen einer geführten und regelmäßigen Klettereinheit, geleitet durch einen Klettertherapeuten, vorgestellt werden. Diese Klettereinheiten können sowohl ambulant, als auch im stationären Bereich stattfinden.

6.1.1 Möglicher Aufbau und Ablauf einer therapeutischen Kletterstunde

Da Bouldern ohne Sicherungstechnik auskommt und auf Absprunghöhe stattfindet, eignet es sich sehr gut als Einstieg und erster Berührungspunkt mit dem Klettersport. Dadurch, dass alleine gebouldert wird, also kein Sicherungspartner notwendig ist, können sich die Gruppenmitglieder zunächst kennenlernen. Es ist nicht notwendig einer fremden Person „sein Leben anzuvertrauen“. Der Vertrauensaufbau zwischen den Mitgliedern und dem Klettertherapeut kann prozessartig aufgebaut werden (Deimel & Niggenhoff, 2015, S. 217). Da Bouldern weniger Gruppenbezogen ist, wird geraten der Vereinzelung der Teilnehmer etwas entgegenzuwirken. Durch Übungen bzw. Spiele kann das Kennenlernen zwischen Teilnehmern untereinander und zwischen dem Therapeuten gefördert werden.

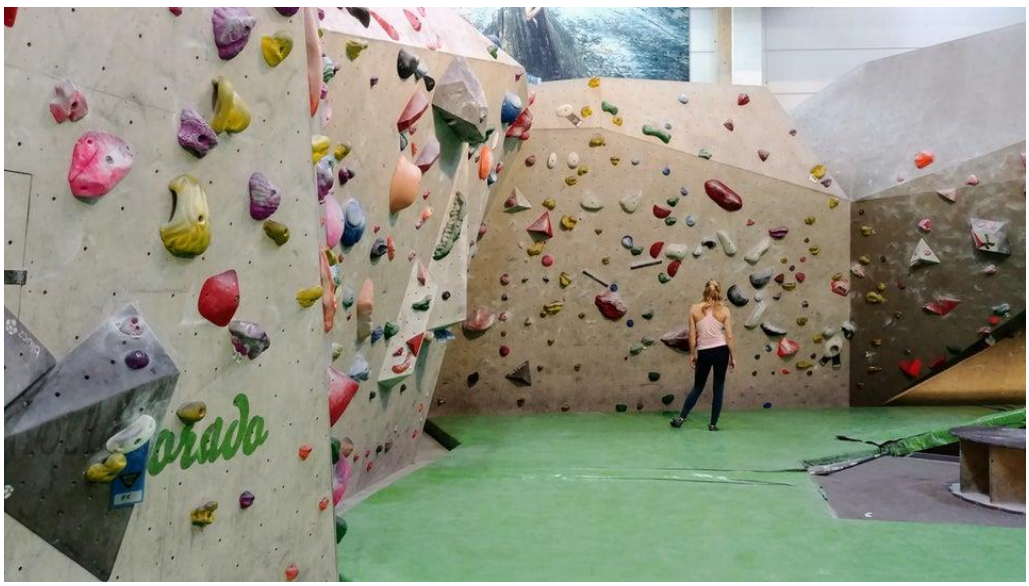

Abbildung 6: Beispiel einer künstlichen Boulderwand

Beispiel Übung: Boulder vorgeben

Diese Übung findet paarweise statt. Ein Teilnehmer bouldert. Der andere steht neben ihm und gibt stets den nächsten Griff vor, der benutzt werden muss. Die Tritte können frei gewählt werden. Die Schwierigkeit besteht darin, denjenigen der gerade bouldert zu fordern, aber nicht zu überfordern. Alternativ dazu kann diese Übung in der Gruppe durchgeführt werden, z.B. indem sich die Gruppe eine eigene Boulderroute ausdenkt. Ziele dieser Übung sind u.a. die Erweiterung der Problemlösungskompetenz und die Förderung der sozialen Kompetenz (Kowald & Zajetz, 2015, S. 255).

Sportklettern in der Halle kann ideale Bedingungen für einen Einstieg ins Seilklettern bieten. Gut eingerichtete Kletterrouten, in welchen manchmal schon ein Seil vorhanden ist, sodass sofort toprope losgeklettert werden kann, sowie bunt gekennzeichnete leichte Kletterrouten. Eine Einweisung in Material, sowie Sicherungstechnik durch den Klettertherapeuten an alle Teilnehmer ist die obligatorische Grundvoraussetzung zum Sportklettern. Am Anfang sollte eine leichte Route ausgewählt werden, sodass die Teilnehmer sich langsam an die Höhe gewöhnen können (Heckmair & Michl, 2018, S. 186). Neben der Erfahrung der Exponiertheit und der damit eventuell verbundenen Angst, kommt hier außerdem das vertrauen müssen in Sicherungspartner und Material zu tragen. Beim Sportklettern in der Halle sind das Gefühl von Begeisterung, sowie das Kompetenzerleben jedoch höher, als beim Bouldern. Dies begründet sich in der erhöht empfundenen Schwierigkeit auf Grund der Höhe (Deimel & Niggenhoff, 2015, S. 217). Auch hier kann der Klettertherapeut mit Übungen spielerisch den Aufbau des Vertrauens zwischen den Partnern, sowie in die Sicherungstechnik und das Material fördern.

Beispiel Übung Sturztraining

Beim sog. Sturztraining wird neben dem Vertrauen in Material und Partner, auch das Stürzen gelernt. Kontrolliertes Stürzen zählt beim Klettersport zu einer wichtigen Fähigkeit. Die richtige Körperhaltung beim Sturz muss geübt werden. Und je häufiger der Sturz geübt wird, desto weniger Angst hat man vor einem Sturz. Es wird generell jedem Kletterer empfohlen ein Sturztraining einige Male in der Saison durchzuführen (Hepp, et al., 1992, S. 147). Im therapeutischen Setting sollte dies zunächst vereinfachter geübt werden. Der Kletternden klettert ca. 1 Meter hoch, ruft dann den Namen seines Sicherungspartners, welcher daraufhin das Seil sehr fest zieht, daraufhin kann sich der Kletternde in seinen Klettergurt setzen und Arme und Beine von der Wand nehmen. So kann zunächst erfahren werden, dass er sich auf den Partner, sowie Material verlassen kann.

Das Selbstvertrauen wird außerdem gestärkt und es können Emotionen wie Mut und Angst erfahren werden. Im Laufe der Zeit kann die Höhe gesteigert werden (Lukowski, 2017, S. 263).

Nach den ersten Übungsrouten können nun anspruchsvollere Routen angegangen werden. Die Wandsteile kann zunehmen, sowie die Größe der Griffe und Tritte abnehmen. Da in einer Kletterhalle meist eine Vielzahl an Routen in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden angeboten wird, ist es möglich, dass jeder Teilnehmer eine Kletterstrecke entsprechend seines Leistungsniveaus findet (Heckmair & Michl, 2018, S. 187).
Nach einer gewissen Zeit des Trainings von Sportklettern in der Halle kann mit dem Sportklettern in der Natur begonnen werden. Wie bereits im Kapitel 5.4. beschrieben stellt die Natur einen speziellen Wirkfaktor dar. Durch den Wegfall der bunt markierten Griffe und Tritte (wie an einer künstlichen Kletterwand) kommen neue Schwierigkeiten hinzu. Die entsprechenden Griffe müssen zunächst als solche identifiziert werden, da sie nun nicht mehr bunt gekennzeichnet sind. Klettern in der Natur ist nur möglich, wenn der Klettertherapeut dementsprechende Ausbildung und Erfahrung besitzt.

Beispiel Übung: Abseilen
Bei dieser Übung steht der Umgang mit der Angst, sowie Selbstvertrauen im Vordergrund. Der Kletternde seilt sich, am Ende der Kletterroute, mittels Seil und Bremsvorrichtung selbst zum Boden ab. Abseilen ist technisch relativ einfach und es wird nicht viel Kraft benötigt. Der Abseilende wird von einem anderen (z.B. von dem Klettertherapeuten) nachgesichert, sodass es auch bei Kletterneulingen kein erhöhtes Risiko gibt (Heckmair & Michl, 2018, S. 187). Das Besondere ist, dass der Teilnehmer selbst die Ablassgeschwindigkeit steuern kann und damit sein Leben somit sprichwörtlich „selbst in der Hand hat“. Diese Übung wird subjektiv meist als sehr aufregend empfunden und stärkt das Selbstbewusstsein und die Selbstkontrolle.

6.1.2 Rolle, Aufgaben und Anforderungen an einen Klettertherapeuten

Im nächsten Absatz werden mögliche Anforderungen und Aufgaben, sowie die Rolle eines Klettertherapeuten beschrieben.

6.1.2.1 Anforderungen

Ein Klettertherapeut sollte viel Erfahrung mitbringen, also idealerweise selbst viel und regelmäßig klettern. Er sollte außerdem eine Übungsleiter-Ausbildung (z.B. bei dem Deutscher Alpenverein e.V.) absolviert haben (Heckmair & Michl, 2018, S. 188). Es geht weniger darum welche Schwierigkeit der Klettertherapeut klettern kann, sondern um seine Erfahrung und Wissen über aktuelle Sicherungsstandards. Das Absolvieren der DAV-Scheine „Toprope“ und „Vorstieg“ sind laut Lukowski die absolute Mindestvoraussetzung (Lukowski, 2017, S. 108). Allerdings ist die Tätigkeit des therapeutischen Kletterns nicht gesetzlich geregelt (Tanczos & Zajetz, 2015, S. 72). Auch der IKT empfiehlt dringend eine Kletterausbildung für Klettertherapeuten. Es werden unter anderem folgende Gründe genannt: Erhöhung der Sicherheit der Klienten, bessere rechtliche Absicherung für den Klettertherapeuten und Nachweisforderung seitens des Arbeitgebers. Neben der Kletterausbildung sollte der Klettertherapeut Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen (u.a. Abhängigkeitserkrankungen) vorweisen können. Es empfiehlt sich, dass der Klettertherapeut eine Ausbildung der folgenden Berufe vorweisen kann: Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Heilerziehungspfleger etc. (Lukowski, 2017, S. 105).

6.1.2.2 Aufgaben

Die Kletterzeit pro Einheit hängt von den einzelnen Teilnehmern ab und ist individuell anzupassen. So ist es am Anfang meist schwierig zwei Stunden ohne Pause (u.a. zum Rauchen) mit den Klienten zu trainieren. Im Laufe der Zeit wird aber die Konzentration, sowie die körperliche Leistungsfähigkeit zunehmen. Der Klettertherapeut sollte darauf achten, dass die Teilnehmer nicht überfordert werden und so durch ein empfundenes Trauma den Spaß am Klettersport verlieren. Ein empathisches und einfühlsames Vorgehen, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmer sollte angestrebt werden. Die Gruppen können auch nach Bedarf geteilt, oder neu gemischt werden, damit jeder die Ruhe und Zeit bekommen kann, die er benötigt (Heckmair & Michl, 2018, S. 282).

Der Therapeut sollte für eine entspannte und konzentrierte Grundatmosphäre in der Gruppe sorgen, die ein sicheres Arbeiten der Teilnehmer ermöglicht (Heckmair & Michl, 2018, S. 186). Nur in einer guten Grundstimmung ist es den Klienten möglich neue Herausforderungen anzugehen und an ihnen zu wachsen. Es bietet sich an eine Einführungs- und Abschlussrunde (sog. Blitzlicht) zu halten, in der jeder Teilnehmer die Möglichkeit hat sich mitzuteilen. Hier können Problemen angesprochen und auch die positiven Leistungen herausgehoben und reflektiert wer-

den. Diese Runden können außerdem zum Aufbau des Gruppengefühls beitragen. Laut Lukowski ist es den Teilnehmern oft möglich die neu gewonnenen Klettererfahrungen mit ihrer Erkrankung und Biografie in Verbindung zu bringen. Es ist ein erster wichtiger Schritt diese neue Erkenntnis verbalisieren zu können. Diese Aussagen und Erkenntnisse können auch gut als Grundlage für weitere Gespräche oder für die Therapie genutzt werden. Die Aufgabe des Klettertherapeuten kann somit darin bestehen die positiven Erfahrungen zu bestärken und die Teilnehmer zu ermutigen eventuelle negative Erfahrungen anzunehmen und deren Wirkmechanismus bei den nächsten Klettereinheiten zu beobachten (Lukowski, 2017, S. 72).
Nach einer gewissen Anzahl an Klettereinheiten wird zudem beobachtet, dass der Konsum und die Drogen zunehmend aus den Unterhaltungen zwischen den Teilnehmern verschwinden und andere Themen (Sorgen, Wünsche, Ziel etc.) in den Vordergrund rücken (Lukowski, 2017, S. 98). Somit findet eine schleichende Verlagerung des Lebensmittelpunktes statt. Wie im Kapitel 5.2.2 beschrieben dreht sich zu aktiven Konsumzeiten alles um die Beschaffung und den Konsum der Droge. Und auch in der ersten Zeit der Abstinenz ist dieses Thema sehr präsent. So kann es als durchaus positiv betrachtet werden, dass das zentrale Gesprächsthema unter Abhängigkeitserkrankten von der Droge weg, hin zu alltäglichen Wünschen und Problemen geht.

6.1.2.3 Rolle des Klettertherapeuten

„Wir waren klettern. Wir sind über den Berg gelaufen, haben so viel geile Sachen gemacht. Und am Schluss war ich so voller Glück, dass ich ihm einfach alles so erzählt habe“ (Interview A, Z. 114ff). So beschreibt ein Klient seinen Sozialarbeiter. „Indem er (…) keine Therapie gemacht hat“ brachte er seine Klienten dazu sich ihm zu öffnen (Interview A, Z. 120f). Die Aufgabe eines guten Klettertherapeuten besteht somit darin, zusammen etwas mit seinen Teilnehmern zu unternehmen und zu erleben. Er sollte kein Gespräch über die Vergangenheit erzwingen, sondern abwarten, bis sich die Klienten von selbst öffnen und auf ihn zukommen. Es sollte eine eher freundschaftliche Beziehung mit Vertrauensatmosphäre aufgebaut werden. Auch das Institut für Therapeutisches Klettern (ITK) betont die Wichtigkeit der Beziehung zwischen dem Betreuer und dem Klienten. Durch den Klettertherapeuten ist es dem Abhängigkeitserkrankten möglich neue Beziehungsmuster zu erleben und diese auf seinen Alltag zu übertragen. Je nachdem, wie viel Zeit mit dem Klienten verbracht wird, kann eine mehr oder weniger intensive Beziehung aufgebaut werden (Kowald & Zajetz, 2015, S. 66). Auf der anderen Seite sollte der Klettertherapeut ein gewisses Maß an Autorität haben, um stets an die Ernsthaftigkeit beim Klettern zu erinnern und dafür zu sorgen, dass seine Vorgaben strikt eingehalten werden, zur Sicherheit aller Teilnehmer (Heckmair & Michl, 2018, S. 187).

6.1.3 Kontraindikationen

Kontraindiziert ist die Teilnahme an klettertherapeutischen Maßnahmen für Personen, welche noch im akuten Entzug sind, oder an einer psychotischen Störung leiden (Deimel, 2011, S. 440). Der Entzug sollte vollständig abgeschlossen sein und die Vitalparameter unauffällig. Leidet ein Abhängigkeitserkrankter an einer psychotischen Störung in Folge seines Substanzkonsums ist von einer Klettertherapie abzuraten. Ebenfalls ein akuter Rausch durch psychotrope Substanzen stellt eine klare Kontraindikation dar. Personen, auf die die gerade genannten Eigenschaften zutreffen, können nicht die notwendige Konzentration mitbringen um zu klettern, oder gar eine andere Person zu sichern. Sie könnten den Ernst der Lage verkennen, was ein enormes Gefahrenpotential für alle Teilnehmer darstellen würde.

Ebenso gelten als Kontraindikationen: fehlende Absprachefähigkeit (akute Suizidalität), noch nicht verheilte Wunden und unzureichende psychische und physische Stabilität. Außerdem sollte die Klettertherapie nur mit Patientenzustimmung bzw. auf freiwilliger Basis angeboten werden (Doll, et al., 2015, S. 275).

6.2 Niederschwellige Suchtarbeit am Beispiel des Mountain Activity Clubs (MAC)

Im Rahmen dieser Arbeit entstand der Kontakt zum Mountain Activity Club in Nürnberg. Die Autorin hatte die Möglichkeit zum gemeinsamen Bouldern mit dem Mountain Activity Club und konnte sich so selbst ein Bild über die Gemeinschaft und deren Zusammenwirken machen. Der Mountain Activity Club, kurz MAC genannt, entstand durch ehemalige Teilnehmer des Projekts „Über den Berg“ des mudra e.V. (Drogenhilfe Nürnberg). In diesem Projekt überschritten im Jahr 2013 vornehmlich ehemalige Crystal Meth Konsumenten die Alpen. Die Gründungsmitglieder des MAC profitierten von der sportlich alpinen Unternehmung und wollten auch danach weiter aktiv bleiben (Wandern, Klettern etc.). Der Grundgedanke war, dass auch andere ehemalige Drogenkonsumenten von dieser Art der Freizeitbeschäftigung profitieren könnten. Der Leitsatz des MAC ist daher „Klettern statt Drogen“ (Mountain Activity Club e.V., 2020). Es sollte ein Begegnungsort für Menschen mit Suchtbiographie geschaffen werden und Spaß am Klettersport vermitteln (Interview A, Z. 80ff). Es wurde der sog. „Kraft-Montag“ etabliert (Interview A, Z. 85f). Immer montags treffen sich die Mitglieder zum gemeinsamen Bouldern in der Boulderhalle „Cafe Kraft“ in Nürnberg. Beim MAC sind neben ehemals Abhängigen auch Menschen ohne Drogenvorgeschichte willkommen. Der Mountain Activity Club

versucht somit auch den Berührungsängsten und der Stigmatisierung, mit welcher Abhängigkeitserkrankte oft zu kämpfen haben, entgegenzuwirken (Mountain Activity Club e.V., 2020). Das Wirkkonzept besteht neben den positiven Auswirkungen des Kletterns aus dem Konzept der Peerarbeit und der Prävention. Mitglieder, welche schon lange clean sind stellen die sog. „Peers“ dar (Mountain Activity Club e.V., 2020).

Durch die eigene Drogenvorgeschichte sind die Peers die idealen Ansprechpartner bei Sorgen und Ängsten. Durch den MAC können ehemalige Drogenkonsumenten Gemeinschaft und Unterstützung bei ihrem Weg zu einem abstinenten Leben erfahren. „Das hat mir in dem Moment gezeigt, dass ich Menschen habe, die hinter mir stehen. Ich habe Menschen, die mich unterstützen.“ (Interview B., Z. 232ff). Präventionsarbeit wird ebenfalls von den Peers durchgeführt. Es werden Vorträge an Schulen und bei Fachveranstaltungen, sowie Jugendeinrichtungen (wie Bundesfreiwilligendienst und freiwilliges soziales Jahr) gehalten. Bei den Vorträgen berichten die Peers von ihren Erfahrungen mit Drogen (Mountain Activity Club e.V., 2020).

Neben den regelmäßigen Bouldertreffen in der Boulderhalle (Kraft-Montag) gibt es noch weitere Aktivitäten, welche vom Mountain Activity Club organisiert werden. Es finden Ausflüge zum Klettern in der Natur statt. Das Erleben von Natur und das Spüren eines echten Felsens beim Bouldern ermöglicht die Nähe zum Sportklettergebiet in der Fränkischen Schweiz. Außerdem findet jedes Jahr im Sommer das sog. „Clean Climbing Camp“ (frei übersetzt: abstinentes Kletterlager) statt. Es ist vergleichbar mit einem Trainingslager. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit mit dem MAC eine Woche in ein weiter entfernteres Bouldergebiet (z.B. nach Fontainebleau in Frankreich) zu reisen. Die Gruppe verbringt so eine sehr intensive Zeit mit dem Klettern, aber auch miteinander.

Seit 2015 ist der Mountain Activity Club ein eingetragener gemeinnütziger Verein für Drogenprävention und Peerarbeit. Im selben Jahr startete außerdem ein Kooperationsprojekt „SPOTTING“ mit der mudra Drogenhilfe (Mountain Activity Club e.V., 2020). Hier werden ehemalige Abhängige, welche in der mudra Drogenhilfe angebunden sind, an den MAC vermittelt. Sie haben die Möglichkeit unverbindlich an einem „Kraft-Montag“ teilzunehmen und das Bouldern auszuprobieren, sowie die Gemeinschaft des MAC kennenzulernen.

Vereine, wie der MAC, wirken co-therapeutisch. Das bedeutet, sie können Abhängigkeitserkrankten helfen langfristig abstinent zu leben, ersetzen aber keine Therapie. Klettern während einer Drogenentzugstherapie kann unterstützend wirken (Interview B, Z. 7ff). Auf die Gründe hierfür wurde bereits im Kapitel fünf dieser Arbeit näher eingegangen. Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist allerdings nicht nach dem akuten Entzug, oder nach der Langzeittherapie in Form einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, abgeschlossen. „Wenn man

nach einer Suchterkrankung, das ist jetzt falsch gesagt. Wenn man seine Suchterkrankung im Griff hat. Dann ist es wichtig, dass man an dem Thema dran bleibt.“ (Interview B., Z. 246ff). Es gibt somit kein „nach“ einer Suchterkrankung, sondern ein „im Griff haben“ der Erkrankung. Genau deshalb ist es wichtig, dass durch einen Verein, wie den MAC, ein Raum entstehen kann, in welchem eine langfristige Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung möglich ist. Durch die regelmäßigen Treffen und durch die Einbindung in die Gemeinschaft, kann weiter an dem Ziel der lebenslangen Abstinenz gearbeitet werden. Nach der Anfangsphase und nach längerer Abstinenz (mehrere Jahre) können die Mitglieder als Peers auch andere unterstützen. Dadurch wird das Thema Sucht auch bei ihnen selbst immer wieder präsent und regt zur Selbstreflexion an.

7 Schlussbetrachtung und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit, die Auswirkungen und Chancen von Klettern und Bouldern bei der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen, differenziert darzustellen, kann anhand der in Kapiteln fünf und sechs erläuterten Punkte als erreicht betrachtet werden. Durch zwei qualitative Interviews ist ein Einblick in das Erleben der Personen möglich. Aufgrund des freien Interviewleitfadens gingen die Interviewpartner auf einige Auswirkungen mehr ein, als auf andere. Teilweise führt dies dazu, dass für manche Kategorien deutlich weniger Material bereitsteht, als für andere, welche dennoch nennenswert sind. Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass Klettern und Bouldern eine Reihe an positiven Auswirkungen auf die Abstinenz und Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen hat. Neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit hat Klettern einen Einfluss auf die Psyche. Durch die Auseinandersetzung mit der Angst und die Austestung der eigenen Grenzen beim Klettern, kann das Selbstbewusstsein gestärkt werden und das Gelernte auf Situationen im Alltag übertragen werden. Durch das Klettern und Bouldern in der Gruppe bzw. in einer Gemeinschaft können soziale Kompetenzen erlernt und geübt werden. Durch die gegenseitige Unterstützung und das entgegengebrachte Vertrauen können neue Kontakte entstehen. Hervorgehoben werden muss das Klettern und Bouldern in der Natur, welches ein Gefühl an Freiheit vermittelt und als Erlebnis beschrieben wird, wodurch Abhängigkeitserkrankte erkennen können, dass es mehr zu erleben gibt im Leben, außer bzw. ohne den Konsum der Droge.

Es ist denkbar, dass therapeutisches Klettern ins das Therapiekonzept von Langzeitentwöhnungstherapien, oder stationären Klinikstationen, miteinbezogen wird. Durchgeführt von Gesundheits- und Krankenpflegern, ggf. mit Fachweiterbildung, oder Hochschulabschluss, und einer Kletterausbildung, kann therapeutisches Klettern oder Bouldern in den Klinikalltag integriert werden. Auf psychiatrischen Stationen gibt es bereits ein Angebot an Gruppen- und Sporttherapien, welches mit Klettern erweitert werden könnte. Ein wie unter Kapitel 6.1 beschriebenes Vorgehen im Gruppentherapiesetting wäre denkbar. Mit Hilfe eines Klettertherapeuten kann gezielt an Schwächen gearbeitet und die Gruppe gefördert werden. So können Teilnehmer eine neue Sportart entdecken und je nach Motivation und Interesse Zuhause weiter trainieren.

Durch selbstorganisierte Vereine, wie den MAC, kann auf einer niederschwelligen Ebene das therapeutische Wirkkonzept von Klettern und Bouldern an Menschen mit Suchtbiographie herangetragen werden. Durch das Konzept der Peerarbeit kann den Teilnehmern ein hohes Maß an Verständnis und Unterstützung entgegengebracht werden, was durch einen externen Therapeuten nicht möglich wäre. Durch die Unterstützung der Peers können Probleme und eventuelle

Rückfälle besprochen werden, was sich positiv auf die Abstinenz auswirkt. Es ist laut Auffassung der Autorin wünschenswert, dass Vereine wie der MAC finanzielle Unterstützung erhalten und gefördert werden. Ebenso wie eine Förderung der Zusammenarbeit mit Drogenhilfestellen. Drogenhilfestellen können ihre Klienten an selbstorganisierte Vereine vermitteln. Die Klienten können von dem gezielten Setting der Drogenhilfestellen, in Kombination mit dem Konzept der Peerarbeit, bei selbstorganisierten Vereinen profitieren.

Allerdings hat Klettern und Bouldern nicht per se bei allen Abhängigkeitserkrankten die gleichen Auswirkungen. Nur wenn Gefallen an der Sportart vorhanden ist hat das Klettern auch einen therapeutischen Nutzen.

Es ist zudem wünschenswert weitere Studien in diesem Themenbereich durchzuführen. Durch neue empirische Studien, idealerweise auch quantitativer Art, könnte der Nutzen von Klettern in der Therapie anerkannt und weiter verbreitet werden (Albrecht, 2017). Nur so kann therapeutisches Klettern auch finanziell unterstützt werden, zum Beispiel durch eine Kostenübernahme der Krankenkassen (Grzybowski & Eils, 2011). Schlussendlich wird durch Klettern und Bouldern ein therapeutischer Mehrwert erzielt, welcher in die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen integriert werden sollte.

IV Literaturverzeichnis

Bacher-Gneist, C., 2016. Der Peer-Ansatz in der niederschwelligen Suchtberatung. Erfahrungen aus dem Bereich Arbeitsmarktpolitik. Psychologie & Gesellschaftskritik, 40(4), S. 49-59.

Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020. Bergsteigen.
https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/permalink/A6D3F85BABAD9297953788BE98C350F6.pdf
[Zugriff am 04.04.2020].

Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020. Bouldern.
https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/permalink/0C9B08DF9CE304B6E7AF432626387E25.pdf
[Zugriff am 04.04.2020].

Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020. Frustration.
https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/frustration-psychologie
[Zugriff am 27.04.2020].

Brockhaus Enzyklopädie Online, 2020. Sucht.
http://brockhaus.de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/sucht
[Zugriff am 03.04.2020].

Bucher, T., 2019. Deutsche Alpenverein e.V.
https://www.alpenverein.de/wettkampf/climb-to-tokyo/climb-to-tokyo_aid_31263.html
[Zugriff am 08.06.2020].

DBDD, 2019. Der Reitox Jahresbericht für Deutschland 2019. Workbook Behandlung.
https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/WB_05_Behandlung_2019.pdf
[Zugriff am 08.08.2020].

Deimel, H., 2011. Abhängigkeitserkrankungen. In: G. Hölter, Hrsg. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 376-447.

Deimel, H. & Niggenhoff, S., 2015. Abhängigkeitserkrankungen. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 212-223.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Kritische_Situationen.pdf
[Zugriff am 27.04.2020].

Deutscher Alpenverein e.V., 2011. Indoor-Klettern beim DAV. 2. Auflage Hrsg. München: BLV.

Deutscher Alpenverein e.V., 2019. Deutscher Alpenverein e.V.
https://www.alpenverein.de/geschichte/blog/geschichte-klettern-freiklettern/
[Zugriff am 08.08.2020].

Deutscher Alpenverein e.V., 2019. Deutscher Alpernverein e.V. https://www.alpenverein.de/bergsport/aktiv-sein/kunstwand-und-fels_aid_10452.html [Zugriff am 24.03.2020].

Deutscher Alpenverein e.V., 2020. Deutscher Alpenverein. https://www.alpenverein.de/der-dav/presse/hintergrund-info/klettern-in-deutschland-zahlen-daten-fakten_aid_31813.html [Zugriff am 08.08.2020].

Doll, N., Renz, P., Dalferth, G. & Mollenhauer, A., 2015. Psychiatrische Krankenpflege - Klettertherapie und erste wissenschaftliche Ergebnisse. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern. Stuttgart: Schattauer, S. 273-278.

Dresing, T. & Pehl, T., 2018. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage Hrsg. Marburg: Eigenverlag Marburg.

Feuerlein, W., 1989. Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. o.O.: Thieme.

Gilsdorf, R., 2004. Von der Elebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernensauf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze. Bergisch Gladbach: EHP.

Heckmair, B. & Michl, W., 2018. Erleben und Lernen - Einführung in die Erlebnispädagogik. 8. Auflage Hrsg. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Helfferich, C., 2009. Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage Hrsg. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hepp, T., 2004. Wolfgang Güllich: Leben in der Senkrechten: Eine Biographie. 3. Auflage Hrsg. Stuttgart/Nürnberg: Boulder Verlag.

Hepp, T., Güllich, W. & Heidron, G., 1992. Faszinations Sportklettern - Ein Lehrbuch für Therapie und Praxis. München: Heyne.

Kümin, C., Kümin, M. & Lietha, A., 1997. Sportklettern: Einstieg zum Aufstieg. Bern: Verlag SVSS.

Kluckner, F., 2014. Die Kunst der empfindsamen Bewegung beim Klettern. o.O.: Lammers-Koll-Verlag.

Knoll, A., 2002. Sucht - Was ist das?. o.O.: Blaukreuz-Verlag.

Kowald, A.-C. & Hufnagl, J., 2015. Therapeutisches Klettern mit Kindern und Jugendlichen. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern. Stuttgart: Schattauer, S. 115-149.

Kowald, A.-C. & Zajetz, A., 2015. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Kowald, A.-C. & Zajetz, A. K., 2015. Erlebnisqualitäten des Kletterns. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern- Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 20-40.

Kowald, A.-C. & Zajetz, A. K., 2015. Klettertherapeutische Übungen und Spiele. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 249-272.

Kowald, A.-C. & Zajetz, A. K., 2015. Warum wirkt therapeutisches Klettern? Effekte und Wirkfaktoren. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 51-70.

Leichtfried, V., 2015. Therapeutisches Klettern – eine Extremsportart geht neue Wege. In: B. F. e. al., Hrsg. Alpin- und Höhenmedizin. Wien: Springer Verlag, S. 107-117.

Lukowski, T., 2017. Bewegung auf Rezept. DNP - Der Neurologe & Psychiater, 18(3), S. 15.

Lukowski, T., 2017. Klettern in der Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Lukowski, T., 2018. Bewegungstherapie als dritte Säule der Behandlung. DNP - Der Neurologe und Psychiater, 19(4), S. 44-49.

Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A., 2015. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. Auflage Hrsg. Stuttgart: Thieme.

Madlener, G. & Anderegg, J., 2015. Trainingszentrum für Sportkletterer. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 298-302.

Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R. & Becker, T., 2015. Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: eine Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde, 34(4), S. 235-239.

Mayring, P., 2015. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage Hrsg. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Michl, W., 2015. Erlebnispädagogik. 3. Auflage Hrsg. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Michl, W., 2006. Verwilderungswünsche, Abenteuerlust und Grenzerfahrungen – Anmerkungen zu Kurt Hahns Begriff der Erlebnistherapie. Spektrum Freizeit, 30(2), S. 83-91

Mountain Activity Club e.V., 2020. Mountain Activity Club e.V.
http://www.mountain-activity-club.de/entstehung.html
[Zugriff am 06.08.2020].

Mountain Activity Club e.V., 2020. Mountain Activity Club e.V.
www.mountain-activity-club.de
[Zugriff am 06.08.2020].

Mundle, G., Bowen, S., Heinz, A. & Kienast, T., 2014. Praktische Anwendung von Achtsamkeit in der Suchttherapie am Beispiel des MBRP Programms und der DBT-Sucht. Sucht, 60(1), S. 29-36.

Neumeier, E. et al., 2019. Kurzbericht. Situation illegaler Drogen in Deutschland., o.O.: DBDD.

Niggenhoff, S., 2003. Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger. Praxis der Psychomotorik, 28(3), S. 191-195.

Niggenhoff, S., 2015. Therapeutisches Felsklettern und Erlebnispädagogik in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 279-286.

Ower, C. et al., 2019. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269, S. 543–553.

Pons Lexikon Online, 2020. down.
https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/englisch-deutsch/down
[Zugriff am 04.04.2020].

Schneider, R., 2017. Was versteht man unter Sucht?. 19. Auflage Hrsg. o.O.: Schneider Verlag.

Sheel, A. W., 2004;38:355-359. Physiology of sport rock climbing. British Journal of Sports Medicine, 38, S. 355-359.

Tanczos, D. & Zajetz, A. K., 2015. Ausbildung, Sicherheit und rechtliche Fragen. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern - Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer, S. 71-80.

WHO, 2015. In: D. Horst, W. Mombour & M. H. Schmidt, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien. o.O.:Hogrefe.

Zajetz, A. K., 2015. Warum eignet sich Klettern als therapeutisches Medium?. In: A. Kowald & A. K. Zajetz, Hrsg. Therapeutisches Klettern. Stuttgart: Schattauer, S. 41-43.

V Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Interviewleitfaden

Anhang 2: Qualitative Inhaltsanalyse

Anhang 3: Transkription Interview A und B (auf CD)

Interviewleitfaden

Leitfrage (Erzählaufforderung)	*Check - Was wurde erwähnt? Memo für mgl. Nachfragen*	*Konkrete Fragen*	*Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen*
Teil I: Konsum Wie war das damals, als Sie noch konsumiert haben?	• Welche Substanzen • Wie lange • In welchem Alter • Mögl. Ursache		Nonverbale Aufrechterhaltung Können Sie mir dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann, wie ging es weiter?
Teil II: Clean werden und bleiben Wie kam es dazu, dass Sie aufgehört haben Drogen zu nehmen?	• Therapie/Entzug • Auslöser • Rückfälle	Was war das Schwierigste am clean bleiben? Gab es Rückfälle? Und wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?	
Teil III: Klettern statt Drogen Inwiefern hat Ihnen das Klettern aus der Sucht geholfen?	• Gemeinschaft • Neuer Lebensinhalt • Abenteuer • Selbstbewusstsein • Umgang mit Ängsten • Eigenwahrnehmung	Wieso Klettern/Bouldern und nicht eine andere Sportart? Was macht Bouldern/Klettern für Sie so besonders?	

Gibt es noch irgendetwas worüber wir noch nicht gesprochen haben, was Ihnen aber noch wichtig wäre zu erwähnen?

Qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	*Interview und Zeilen-angabe*	*Paraphrase*	*Generalisierung*	*Reduktion*	*zweite Reduktion*
sozialer Aspekt	A.Interview, Z. 59-62	Gemeinschaft und körperliche Betätigung halfen ihm beim clean bleiben	Gemeinschaftssport hilft clean zu bleiben	Gemeinschaftssportarten wirken positiv auf Therapieerfolg.	Der Gemeinschaftsaspekt beim Klettern wirkt sich positiv auf Abstinenz aus. Beim Klettern erfährt man gegenseitige Unterstützung und hat viele soziale Kontakte. Es können schnell neue Kontakte geknüpft werden.
	A.Interview, Z. 106-109	gemeinsamer Sport war förderlich für die Therapie	Gemeinschaftssport wirkt positiv auf Therapierfolg		
	B.Interview, Z. 119-122	Bei Boulderprojekten unterstützen sie sich gegenseitig	Gegenseitige Unterstützung bei einem Projekt	Viel Unterstützung und Kommunikation während dem gemeinsamen Klettern	
	B.Interview, Z. 117-118	Während dem Klettern unterhält er sich mit Freunden	Hoher kommunikativer Anteil während dem Klettern		
	B.Interview, Z. 83-88	Durch das gemeinsame Klettern fiel es ihm leicht neue Kontakte zu knüpfen	leichte Knüpfung von soz. Kontakten	Einfache Knüpfung von neuen sozialen Kontakten	
	B.Interview, Z. 221-222	Er konnte mit einem Peer beim Bouldern über den Rückfall sprechen	Durch Peernetzwerk Ansprechpartner bei Rückfällen	Unterstützung und Verständnis durch Peernetzwerk, sowie Ansprechpartner bei Rückfällen, was sich positiv auf Abstinenz auswirkt.	Unterstützung und Verständnis durch Peernetzwerk, sowie Ansprechpartner bei Rückfällen, was sich positiv auf Abstinenz auswirkt.
	B.Interview, Z. 228-230	Durch Peernetzwerk hat er sich verstanden gefühlt	Durch Peernetzwerk Gefühl von Verständnis		

	B.Interview, Z. 232-234	Das Auffangnetz nach dem Rückfall zeigte ihm, dass er Menschen hat die ihn unterstützen	Durch die Gemeinschaft und Peernetzwerk Erfahrung von Unterstützung (bei Rückfällen)		
	B.Interview, Z. 225-227	Es tat gut mit jemandem über den Rückfall zu sprechen	Mit Peer über Rückfall sprechen wirkt sich positiv nach Rückfall aus		
Schwierigkeiten nach der Sucht	A.Interview, Z. 24	Er hatte wenig Hoffnung und Sinn im Leben	Wenig Hoffnung und Sinn im Leben	Schwierigkeiten nach der Sucht: Wenig Sinn und Lebensinhalt, neue Kontakte können erschwert geknüpft werden wegen Vergangenheit, soziales Umfeld besteht aus Suchtbekanntschaften, Gefühl der Einsamkeit, kaum soz. Kontakte außerhalb der Therapie, finanzielle Schwierigkeiten, Gefahr des Rückfalls wegen Einsamkeit	Schwierigkeiten nach der Sucht: wenig Sinn und Lebensinhalt, wenig soziale Kontakte außer Drogenbekanntschaften, erschwertes Knüpfen von neuen Kontakten, Gefühl auf sich gestellt zu sein, geringes Selbstwertgefühl, finanzielle und berufliche Schwierigkeiten, ggf. Vorstrafen, Gefahr des Rückfalls
	A.Interview, Z. 26-28	Problem neue soziale Kontakte zu knüpfen wegen der Vergangenheit	Schwierigkeit Kontakte zu knüpfen wegen Vergangenheit		
	A.Interview, Z. 28-29	Es sind ausschließlich Suchtbekanntschaften vorhanden	Soziale Kontakte bestehen aus Suchtbekanntschaften		
	A.Interview, Z. 29-31	Gefühl auf sich gestellt zu sein	Gefühl auf sich gestellt zu sein		
	A.Interview, Z. 52-53	Er war einsam	Gefühl einsam zu sein		
	A.Interview, Z. 64	Er hatte keine soziale Kontakte nach bzw. außerhalb der Therapie	Kaum soziale Kontakte außerhalb Therapie		
	A.Interview, Z. 64-65	Er hatte finanzielle Schwierigkeiten	Finanzielle Schwierigkeiten		
	A.Interview, Z. 92-95	Durch fehlende soziale Kontakte kommt es schnell zum Rückfall	Gefahr für Rückfall wegen fehlender soz. Kontakte		

	A.Interview, Z. 101-103	Schwierigkeiten Bekanntschaften mit Nicht-Abhängigen zu machen	Schwierigkeit Kontakte zu knüpfen mit Nicht-Süchtigen		
	A.Interview, Z. 103-106	Schwierigkeiten neue Bekanntschaften zu machen aufgrund der Dorgenvorgeschichte	Schwierigkeit Kontakte zu knüpfen wegen Vergangenheit		
	A.Interview, Z. 141-144	Es ist wichtig eine neue Leidenschaft/Aufgabe/Lebensinhalt zu finden	Neuer Lebensinhalt muss gefudnen werden		
	B.Interview, Z. 19-24	Seine erste Therapie ist gescheitert, da er noch nicht bereit war	Notwendigkeit der Bereischaft für Therapie ist essentiel	Schwierigkeiten nach der Sucht: Wenig soziale Kontakte außer Drogenbekanntschaften, wegen Vergangenheit schwierig neue soz. Kontakte zu knüpfen, beruflich wieder Fuß fassen, Selbstwertgefühl gering, Kriminalität und Vorstrafen, wirkliche Bereitschaft für Abstinenz	
	B.Interview, Z. 38-41	Durch Job-, und Wohnungsverlust wurde er kriminell	Kriminalität		
	B.Interview, Z. 76-78	Durch Wohnortwechsel hatte er keine sozialen Kontakte, sonst nur Drogenbekanntschaften	Wenig soziale Kontakt außer Drogenbekanntschaften		
	B.Interview, Z. 79-80	Er fand es schwierig sich ein neues Leben aufzubauen	Schwierigkeit ein neues Leben aufzubauen		
	B.Interview, Z. 80-81	Es war schwierig neue Kontakte zu knüpfen wegen seiner Vergangenheit	Schwierigkeit neue Kontakte aufzubauen wegen Vergangenheit		

	B.Interview, Z. 81-82	Es war schwierig beruflich wieder Fuß zu fassen	Schwierigkeit wieder beruflich Fuß zu fassen		
	B.Interview, Z. 82-83	Sein Selbstwertgefühl wieder aufbauen war sehr wichtiges Thema	Selbstwertgefühl muss erst wieder aufgebaut werden		
natürliches Highgefühl	A.Interview, Z. 223-224	Die Suche nach dem natürlichem "Highgefühl" im Sport	Suche nach natürlichem Highgefühl beim Sport	Das Glücksgefühl beim Klettern als ein natürliches Highgefühl. Es kann Depressionen vorbeugen, welche durch das ausbleibendes Glücksgefühl von Drogen entstehen können.	Das Glücksgefühl durch Klettern als natürliches "High-Gefühl" ist langanhaltender und ohne Konsequenzen und Downgefühl. Es kann sich positiv auf Depressionen auswirken (nach der Sucht). Das natürliche High-Gefühl und das Gefühl von Stolz tritt bei Erfolg beim Klettern ein.
	A.Interview, Z. 230-233	Wenn das Glücksgefühl von den Dorgen ausbleibt, kann es zu einer Depression kommen	Depression weil Glücksgefühl von Drogen ausbleibt		
	A.Interview, Z. 233-235	Mit Glücksgefühlen durch Erlebnisse lässt sich die Depression vermeiden	Mit Glücksgefühlen durch Sport lässt sich Deperssion vermeiden		
	A.Interview, Z. 112-117	Durch Wandern und klettern stellte sich ein Glücksgefühl ein	Glücksgefühl durch Klettern		
	B.Interview, Z. 149-153	Er hat ein Glücksgefühl und ist stolz, wenn er eine Route geschafft hat	Bei Erfolg Glücksgefühl und Stolz	Glücksgefühl durch Klettern: Bei Erfolg Stolz und Glücksgefühl, langanhaltender als das von Drogen und ohne Konsequenzen und Down	
	B.Interview, Z. 158	Glücksgefühl von Dorgen und Klettern nicht direkt verlgeichbar	Glücksgefühl von Klettern und Drogen nicht direkt vergleichbar		
	B.Interview, Z. 158-160	Glücksgefühl beim Klettern ist langanhaltender und ohne Konsequenzen	Glücksgefühl von Klettern langanhaltender und ohne Konsequezen		

	B.Interview, Z. 160-163	Glücksgefühl nach dem Konsumieren hält nicht lange an und man erlebt ein Down danach	Glücksgefühl von Drogen nicht langanhaltend und danach Down		
	B.Interview, Z. 163-166	Beim Glücksgefühl vom Klettern folgt kein Down	Beim Glücksgefühl von Klettern kein Down		
Klettern in der Natur als Erlebniserfahrung	A.Interview, Z. 128	Klettern und Wandern in der Natur als Erlebnis	Klettern in der Natur als Erlebnis	Besondere Erlebniserfahrung durch Klettern in der Natur	Klettern in der Natur als Erlebniserfahrung: Gefühl von Freiheit, intensives Spüren der Natur, besonderes Erlebnis. Klettern in der Natur wird deshalb bevorzugt.
	A.Interview, Z. 191	Naturerlebnis beim Klettern ist eine Besonderheit	Besonderes Naturerlebnis beim Klettern		
	B.Interview, Z. 139-141	Er bevorzugt das Klettern in der Natur	Bevorzugt Klettern in Natur	Klettern als Erlebniserfahrung in der Natur: Klettern in Natur wird bevorzugt, Gefühl von Freheit in der Natur, Spüren der Natur	
	B.Interview, Z. 142-143	Er ist sehr naturverbunden	Naturverbundenheit		
	B.Interview, Z. 143-145	In der Natur sein löst bei ihm ein Freiheitsgefühl aus	Freiheitsgefühl in Natur		
	B.Interview, Z. 145-148	Beim Klettern und Bouldern in der Natur kann er gut die Natur erleben	Erlebnis der Natur beim Klettern		
MAC	A.Interview, Z. 80-85	Durch Nachtreffen des Projektes "Über den Berg" kam es nach und nach zum "Kraft-Montag"	MAC entstand durch Klienten eines Mudra Projekts	MAC entstand durch ehmalige Drogenabhängige, die sich durch ein Mudra Projekt kennenlernen und anfingen gemeinsam Bouldern zu gehen (Kraft-Montag). Er ist ein	MAC entstand durch ehmalige Drogenabhängige, die sich durch ein Mudra Projekt kennenlernen und anfingen gemeinsam Bouldern zu gehen (Kraft-Montag). Er ist ein Begegnungsort für Menschen mit
	A.Interview, Z. 85-87	Der MAC entstand schließlich durch den Kraft-Montag	MAC entstand durch den "Kraft-Montag"		

	A.Interview, Z. 89-92	MAC als Begegnungsmöglichkeit für Menschen mit Drogenabhängigkeit	MAC Als Begegnungsort für Menschen mit Drogenabhängigkeit	Begegnungsort für Menschen mit Suchthintergrund und soll Abhängigkeitserkrankten das Klettern näher bringen und Impulsgeber für ein neues Hobby sein.	Suchthintergrund und soll Abhängigkeitserkrankten das Klettern näher bringen und Impulsgeber für ein neues Hobby sein. Vorteile MAC: leichte Knüpfung von soz. Kontakten, Kletternpartner, Peernetzwerk (Verständnis, Ansprechpartner bei Rückfällen), Unterstützung und Gemeinschaft. ABER MAC arbeitet nur co-therapeutisch, Bereitschaft für Abstinenz muss da sein.
	A.Interview, Z. 250-255	Ohne einen Impulsgeber wäre er nie zum Klettern gekommen	Ohne Impulsgeber fangen viele kein Hobby an		
	A.Interview, Z. 256-261	Der MAC kann den Menschen mit Abhängigkeitshintergrund Klettern näher bringen	MAC bringt Menschen mit Suchthintergrund das Kletter näher		
	B.Interview, Z. 83-88	Durch den MAC fiel es ihm leicht neue Kontakte zu knüpfen	Durch MAC leichte Knüpfung von soz. Kontakten	Vorteile MAC: leichte Knüpfung von soz. Kontakten, Kletternpartner, Peernetzwerk (Verständnis, Ansprechpartner bei Rückfällen), Unterstützung und Gemeinschaft. ABER MAC arbeitet nur co-therapeutisch, Bereitschaft für Abstinenz muss da sein.	
	B.Interview, Z. 215-219	Soziales Netzwerk des MAC hat ihm geholfen um jemanden zum Bouldern gehen zu finden nach Rückfall	Durch MAC findet man schnell Kletterpartner		
	B.Interview, Z. 221-222	Er konnte mit einem Mitglied das MAC beim Bouldern über den Rückfall sprechen	Durch Peernetzwerk des MAC Ansprechpartner bei Rückfällen		
	B.Interview, Z. 228-230	Durch Peernetzwerk des MAC hat er sich verstanden gefühlt	Durch Peernetzwerk des MAC Gefühl von Verständnis		

	B.Interview, Z. 232-234	Das Auffangnetz nach dem Rückfall zeigte ihm, dass er Menschen hat die ihn unterstützen	Durch MAC Unterstützung (bei Rückfällen)		
	B.Interview, Z. 255-257	Vereine wie der MAC wirklen co-therapeutisch	MAC arbeitet co-therapeutisch		
	B.Interview, Z. 260-264	Der MAC ist vor allem für Personen die bereits abstinet leben und/oder dies wirklich wollen	MAC für Personen die clean sind, oder werden wollen		
	B.Interview, Z. 225-227	Es tat gut mit jemandem über den Rückfall zu sprechen	Mit Peer über Rückfall sprechen wirkt sich positiv nach Rückfall aus		
Steigerung des Selbstwertgefühls	B.Interview, Z. 234-238	Durch die erfahrene Unterstützung erachtet er sein Leben als lebenswert und will weiterhin abstinent bleiben	Leben wird wieder als lebesnwert erachtet	Steigerung des Selbstwertgefühls durch Klettern. Dadurch wird Leben wieder als lebenswert erachtet.	Steigerung des Selbstwertgefühls durch Klettern, sowie Erkenntnis, dass es mehr gibt im Leben, also Drogen. Dadurch entsteht ein neuer Lebenssinn und -wille.
	B.Interview, Z. 136-138	Besseres Selbstwertgefühl durch Klettern	Besseres Selbstwertgefühl durch Klettern		
	A.Interview, Z. 125-127	Ihm wurde durch das Klettern bewusst, dass es andere schöne Dinge gibt außer Drogen	Durch Klettern Erkenntnis, dass es mehr gibt als Drogen.	Durch Klettern Erkenntnis, dass es mehr gibt im Leben als Drogen. Dadurch	

	A.Interview, Z. 285-286	Es ist ein gutes Gefühl, wenn man einen Sinn im Leben sieht und es als lebenswert erachtet	Durch Sinn im Leben wird Leben lebenswert erachtet	bekommt das Leben einen neuen Sinn/Inhalt.	
	A.Interview, Z. 42-44	Annahme, dass er mehr erlebt wenn er Drogen konsumiert hat	Annahme, dass mehr erlebt wird durch Konsum		
Klettern als Achtsamkeitserfahrung	B.Interview, Z. 9-11	Während dem Klettern hat er an nichts anderes gedacht	Während dem Klettern wird an nichts anderes gedacht	Klettern als Achtsamkeitserfahrung: Während dem Klettern sind Gedanken nur im Moment, Ausgleich zum Alltag, Erfahrung der eigenen Grenzen	Klettern als Achtsamkeitserfahrung: Während dem Klettern sind Gedanken nur im Moment, Ausgleich zum Alltag, Erfahrung der eigenen Grenzen
	B.Interview, Z. 118-119	Während dem Klettern denkt er an nichts anderes	Während dem Klettern wird an nichts anderes gedacht		
	B.Interview, Z. 122-123	Während dem Klettern kann er man vom Alltag entspannen	Klettern als Entspannung vom Alltag		
	B.Interview, Z. 127-128	Während dem Klettern denkt er nur an den nächsten Zug	Während dem Klettern denkt man an nichts anderes		
	B.Interview, Z. 11-13	Beschluss nach der Therapie wieder mit dem Klettern anzufangen, um den Kopf frei zu bekommen.	Klettern um den Kopf frei zu bekommen		
Grenzerfahrung beim Klettern	B.Interview, Z. 129-131	Er kann sich und seine Grenzen durch das Klettern erfahren	Eigene Grenzen können erfahren werden	Grenzerfahrung beim Klettern wird als hilfreich empfunden.	Grenzerfahrung beim Klettern wird als hilfreich empfunden.

Körperliche Auswirkungen	B.Interview, Z. 123-124	Er kann an seine körperlichen Grenzen gehen	Körperliche Grenzen werden erreicht	Körperliche Auswirkungen von Klettern: Körperliche Fittness nimmt zu, dadurch positive Auswirkungen auf Psyche. Körperliche Grezen können erreicht werden (wird als positiv wahrgenommen).	Körperliche Auswirkungen von Klettern: Körperliche Fittness nimmt zu, dadurch positive Auswirkungen auf Psyche. Körperliche Grezen können erreicht werden (wird als positiv erlebt).
	B.Interview, Z. 131-133	Die Körperliche Fittness nimmt zu	Körperliches Fittness nimmt zu		
	B.Interview, Z. 133-134	Bessere körperliche Fittness hat positiven Einfluss auf die Psyche	Körperliche Fittness wirkt positiv auf Psyche		

VI Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin