

# **Therapeutisches Klettern zur unterstützenden Behandlung von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

**Diplomarbeit**

im Fach  
Sozialwesen  
Studiengang Soziale Arbeit

Hochschule Neubrandenburg – University of Applied Science  
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Christina Tiedemann**

Erstprüfer: Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab  
Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

Angefertigt in der Zeit vom 1. November 2009 bis 1. Februar 2010

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis

Stuttgart, Januar 2010

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>I. Krankheitsbild</b>	<b>4</b>
<b>2. Begriffsbestimmung</b>	<b>5</b>
2.1. Zwangsgedanken . . . . .	6
2.2. Zwangshandlungen . . . . .	7
2.3. Zwangsspektrumsstörungen . . . . .	8
<b>3. Häufigkeit des Vorkommens</b>	<b>9</b>
<b>4. Verlauf der Zwangserkrankung</b>	<b>10</b>
4.1. Auswirkungen der Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen . .	11
<b>5. Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen</b>	<b>13</b>
5.1. Neurobiologische / genetische Aspekte . . . . .	14
5.2. Lerntheoretische Aspekte . . . . .	15
5.3. Familiäre / soziale Aspekte . . . . .	16
<b>6. Therapie</b>	<b>18</b>
6.1. Pharmakologische Therapie . . . . .	19
6.2. Verhaltenstherapie . . . . .	19
6.2.1. Psychoedukation . . . . .	20
6.2.2. Familiäre Intervention . . . . .	20
6.2.3. Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung . . . . .	22
6.2.4. Kognitive Intervention . . . . .	23
6.3. Begleitende Therapie . . . . .	24

## *Inhaltsverzeichnis*

6.4. Kriterien für eine stationäre Behandlung . . . . .	25
6.4.1. Positive Aspekte der stationären Therapie . . . . .	26
<b>II. Therapeutisches Klettern</b>	<b>27</b>
<b>7. Vorbemerkungen</b>	<b>28</b>
<b>8. Begriffsbestimmung</b>	<b>30</b>
<b>9. Erlebnisfelder beim Klettern</b>	<b>31</b>
9.1. Vertrauen . . . . .	31
9.2. Selbstwertgefühl . . . . .	32
9.3. Freude . . . . .	32
9.4. Körpererfahrung . . . . .	33
9.5. Lernen . . . . .	33
9.6. Angst . . . . .	33
9.7. Leistung . . . . .	34
<b>10. Anforderungen an Sozialpädagogen in der KJP</b>	<b>35</b>
10.1. Allgemeine Anforderungen . . . . .	35
10.2. Spezielle Anforderungen . . . . .	37
10.3. Kompetenzen für das therapeutische Klettern . . . . .	37
<b>11. Konzept einer Klettertherapie</b>	<b>39</b>
11.1. Räumliche Bedingungen . . . . .	39
11.2. Vorbereitung . . . . .	40
11.3. Durchführung . . . . .	42
11.3.1. Kennenlernen der Örtlichkeit und des Materials . . . . .	42
11.3.2. Erste Übungen am Boden . . . . .	43
11.3.3. Arbeit an der Kletterwand . . . . .	44
11.3.4. Klettern mit dem Klettergurt . . . . .	46
11.4. Klettern in der Einzelsituation bzw. in der Gruppensituation . . . . .	47
11.4.1. Vor und Nachteile der Einzelsituation . . . . .	48
11.4.2. Vor und Nachteile der Gruppensituation . . . . .	48
11.4.3. Fazit . . . . .	49
11.5. Beendigung und Nachbereitung der Therapieeinheit . . . . .	49

## *Inhaltsverzeichnis*

<b>12. Einbindung in das multiprofessionelle Team</b>	<b>52</b>
12.1. Pflege- und Erziehungsdienst . . . . .	52
12.2. Therapeutisches Team . . . . .	52
12.3. Sozialarbeiter . . . . .	53
12.4. Eltern als Ko-Therapeuten ihres Kindes . . . . .	53
<b>13. Einbeziehung der Familie</b>	<b>54</b>
<b>III. Fallbeispiel</b>	<b>57</b>
<b>14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	<b>58</b>
14.1. Verlauf der multimodalen Therapie . . . . .	60
14.2. Zusammenfassung des Fallbeispiels . . . . .	63
<b>Abschlussbetrachtungen</b>	<b>65</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>68</b>

# Abbildungsverzeichnis

2.1. Zwangsspirale . . . . .	6
2.2. Psychische Störungen des Zwangsspektrums . . . . .	8
4.1. Verlaufsformen von Zwangsstörungen . . . . .	10
5.1. Einflussfaktoren auf die Entstehung von Zwangserkrankungen . . . . .	14
5.2. Entwicklung von Zwangsstörungen . . . . .	16

# 1. Einleitung

Aktuelle Studien gehen davon aus, dass in Deutschland bis zu 2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen unter Zwangsstörungen leiden (Hebebrand & Warnke, 2009). Manche waschen ständig die Hände, kontrollieren laufend, ob auch alle Türen geschlossen sind, oder ordnen, zählen und berühren immerfort bestimmte Dinge. Andere sind permanent in Sorge, mit Schmutz in Berührung zu kommen und sich mit Krankheiten anzustecken oder haben aggressive Gedanken gegen die sie sich nicht wehren können. Diese Zwangsgedanken und -handlungen, obwohl als unsinnig und quälend erfahren, drängen sich immer wieder auf und beeinträchtigen den normalen Tagesablauf und die sozialen Beziehungen erheblich.

Die Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt in der Regel als multimodale Therapie, wobei neben der Aufklärung der Eltern und des kindlichen Patienten sowie verhaltenstherapeutischer und familienzentrierter Intervention auch die Reizkonfrontation im Rahmen einer Expositionstherapie eingesetzt werden kann. In einigen Behandlungsfällen kann auch der Einsatz von Medikamenten notwendig werden, besonders dann, wenn zu der Zwangssymptomatik eine depressive Verstimmung hinzu kommt. Die Therapiemaßnahmen können alle, in Abhängigkeit von der Symptomschwere und der familiären Eingebundenheit, ambulant oder stationär durchgeführt werden, wobei das Vorgehen individuell mit dem Arzt oder Therapeuten abgestimmt wird.

Zur Unterstützung der allgemeinen Therapiemaßnahmen, die bei Kindern und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Zwangserkrankung empfohlen werden, gibt es noch eine Reihe ergänzender Behandlungsmöglichkeiten. Dazu zählen vor allem die Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Reittherapie und Musiktherapie. In zunehmenden Maße wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch das therapeutische Klettern angeboten, welches ursprünglich vor allem in der orthopädischen und neurologischen Fachdisziplin eingesetzt wurde.

Diese Arbeit verfolgt die Frage, ob und inwieweit therapeutisches Klettern speziell

## 1. Einleitung

bei Kindern und Jugendlichen mit einer Zwangserkrankung zur Unterstützung der eigentlichen Psychotherapie dienen kann. Dazu wird in Teil I das psychiatrische Krankheitsbild der Zwangsstörung näher erläutert. Es werden Ausführungen zum Begriff, zur Häufigkeit des Vorkommens, dem Verlauf der Erkrankung, zu theoretischen Erklärungsmodellen sowie zur Therapie gemacht.

Teil II beschäftigt sich dann mit dem Klettern in therapeutischer Form. Anhand von Literatur und persönlichen Erfahrungen aus der Arbeit mit psychisch kranken Kindern wird der Begriff des therapeutischen Kletterns erläutert und konzeptionell beschrieben, wie bei zwangskranken Patienten das Klettern als unterstützende Therapieform eingesetzt werden kann. Vorab wird die Wirkung des Kletterns anhand der wesentlichen Erlebnisfelder aufgezeigt. Wichtig für eine praktische Umsetzung des Kletterkonzeptes ist das Wissen bezüglich der Anforderungen an die Sozialpädagogen bzw. therapeutisch tätigen Mitarbeiter und die Einbindung in das multiprofessionelle Team.

Klettern alleine kann keinen wesentlichen therapeutischen Erfolg bei der Behandlung von Zwangserkrankungen haben. Es ist unabdingbar, die Psychotherapie als Hauptbestandteil der Behandlung zu verstehen und Klettern als eine unterstützende, begleitende Maßnahme. Generell macht der Beginn des therapeutischen Kletterns erst Sinn, wenn der Patient in seinem physischen und psychischen Zustand so stabilisiert ist, dass er einer solchen neuen Herausforderung grundsätzlich gewachsen ist.

Alle Mitarbeiter, die in irgend einer Form mit dem Patienten arbeiten, müssen in ständigem Austausch stehen. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass alle, unabhängig vom therapeutischen Konzept, die gleiche therapeutische Absicht verfolgen und sich im Laufe der Behandlung dem Fortschritt des Patienten anpassen.

Die Einbeziehung der Eltern, und gegebenenfalls Geschwister, in das therapeutische Klettern ist ein weiterer Aspekt, der Beachtung verdient. Gerade im Altersbereich der beschriebenen Patientengruppe (6 – 18-jährige) kann dies wesentlich zum Erfolg einer jeglichen Therapieform beitragen. Vorrangiges Ziel einer jeden Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist, unter Abwägung aller Umstände, ein Verbleib in ihrem familiären Umfeld. Dazu müssen häufig Anregungen zur Veränderung ungünstiger innerfamiliärer Strukturen gegeben werden. Dieser Aspekt bezieht sich auf das Klettern genauso wie auf die Gesprächspsychotherapie und andere unterstützende Behandlungsformen.

Zur Veranschaulichung der Thematik dient ein Fallbeispiel in Teil III dieser Arbeit. In den Grundzügen entstammt es den persönlichen Erfahrungen der Autorin aus beruf-

## *1. Einleitung*

licher Tätigkeit. Aus dem beschriebenen Fall wird noch einmal die Vielschichtigkeit einer multimodalen Therapie bei der stationären Behandlung von Zwangsstörungen ersichtlich.

Die Arbeit erhebt nicht den Anspruch eines statistischen Nachweises von Fallzahlen, bei therapeutischen Klettern. Sie ist vielmehr das Ergebnis von Literaturrecherchen, persönlicher Erfahrungen mit der Klettertherapie sowie Gesprächen mit Fachleuten sowohl aus dem klettertherapeutischen als auch dem psychotherapeutischen Bereich.



**Teil I.**

**Krankheitsbild**

## 2. Begriffsbestimmung

Die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in der dreistelligen Systematik F42 die Zwangsstörung wie folgt:

»Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Im allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.« (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2009, S. 193)

Wesentlicher Bestandteil der Zwangserkrankung ist demnach, dass die Betroffenen die Gedanken oder Handlungen als quälend erleben und dadurch in ihren normalen Aktivitäten erheblich gestört werden. Zwangshandlungen oder -gedanken sollten zumindest für zwei Wochen an den meisten Tagen auftreten, um eine eindeutige Diagnose zu begründen. (Knölker, 2005)

Die Zwangsstörung kann diagnostisch weiter in *vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang* und *vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]* unterteilt werden. Es gibt Erkrankungsformen, bei denen jeweils nur eine Ausprägung der Störung vorliegt

## 2. Begriffsbestimmung

oder die Betroffenen leiden an einer Kombination aus beiden Unterformen. Im Folgenden werden die beiden Erscheinungsformen kurz beschrieben.

### 2.1. Zwangsgedanken

Zwangsgedanken drängen sich den Betroffenen immer wieder gegen ihren Willen auf. Sie werden als unangenehm und störend empfunden und lösen negative Gefühle wie Unbehagen, Angst, aber auch Ekel aus. Der Unterschied zwischen einem Ohrwurm (einem Lied oder einer Melodie, welche einem plötzlich einfällt und dann nicht mehr aus dem Kopf geht) und Zwangsgedanken liegt darin, wie die Person das Auftreten dieser Gedanken erlebt und bewertet. Bei einem Ohrwurm sind es zumeist angenehme Gefühle, gegen die nicht angekämpft werden muss. Im Gegensatz dazu werden Zwangsgedanken als bedrohlich und schwer erträglich erlebt. Die Betroffenen versuchen, gegen diese Gedanken anzukämpfen und erfahren durch bestimmte »Gegengedanken« Erleichterung. Dies jedoch verstärkt die zukünftige Bewertung, da ja durch die offensichtliche Wirkung des »Gegengedanken« die Realität des Zwangsgedanken nachgewiesen scheint. Dies verschlimmert das Problem und hat zur Folge, dass der Gedanke verstärkt und in Folge auch gehäuft auftritt.

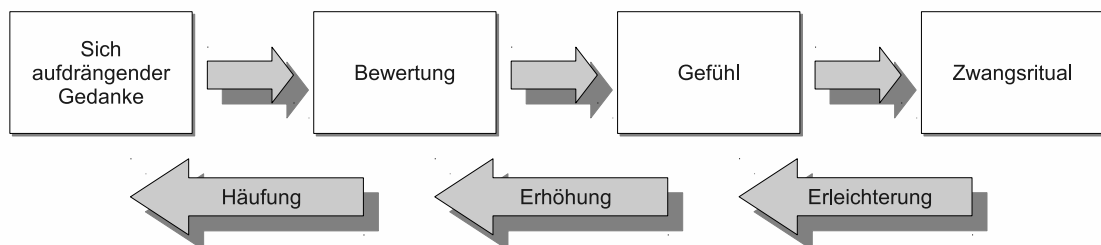


Abbildung 2.1.: Zwangsspirale

Zwangsgedanken können sein: (Hornung & Terbrack, 2004, S. 3)

- der dauernde und unlösbare Zweifel, bestimmte Dinge getan oder gelassen zu haben
- der Gedanke, sich bei jeglichem Kontakt mit anderen Menschen oder auch mit Objekten zu verschmutzen

## 2. Begriffsbestimmung

- der zwanghaft sich aufdrängende Gedanke, die eigene Gesundheit könnte gefährdet sein
- die Furcht vor eigenen aggressiven Impulsen
- religiöse Gedanken

### 2.2. Zwangshandlungen

Unter Zwangshandlungen werden wiederholte Handlungsabläufe, Verhaltensweisen und Rituale gefasst, die eigentlich als sinnlos oder mindestens als übertrieben empfunden werden. Durch das Ausführen dieser Handlungen, versuchen die Betroffenen Unheil, Schlimmes oder Katastrophales zu verhindern. Die Personen können sich nicht dagegen wehren, diese Handlungen immer wieder auszuführen. Sofort nach dem Ausführen der Handlungen stellen sich Entlastung, Erleichterung und sogar ein gutes Gefühl ein. Zwangshandlungen können einen großen Umfang erreichen und den Personen viel Zeit für die Gestaltung ihres eigentlichen Alltages rauben. Dazu benötigen sie enorm viel Energie, besonders wenn die Handlungen mit zunehmender Dauer der Erkrankung immer komplizierter werden und auch ständig neue Handlungsmuster hinzukommen.

Die Zwangsspirale aus Abbildung 2.1 gilt auch für Zwangshandlungen. Die durch eine Zwangshandlung erlangte Erleichterung verstärkt die zukünftige Bewertung und führt zu einem vermehrten Auftreten des auslösenden Gedankens.

Zwangshandlungen können sich auf verschiedene Inhalte beziehen. Mit abnehmender Häufigkeit ihres Auftretens sind im Folgenden einige aufgezählt. (Stengler, 2007, S. 23 f.)

- Kontrollzwänge (Sind die Türen verschlossen?, Ist der Herd ausgeschaltet?)
- Wasch- und Reinigungszwänge (Zwangshandlung bei Angst vor Verunreinigung, Beschmutzung oder Infektion)
- Symmetrie- und Ordnungszwänge (Gegenstände müssen in einer genau festgelegten Ordnung aufbewahrt werden)
- Sammelzwänge (Sammlung von z.B. Zeitungen etc. aus Angst, man könnte sie später noch gebrauchen)
- Zählzwänge, Berührungszwänge, Wiederholungszwänge

### 2.3. Zwangsspektrumsstörungen

Unter Zwangsspektrumsstörungen werden in der neueren Literatur Erkrankungen zusammengefasst, die alle Ähnlichkeiten mit der zuvor beschriebenen Zwangsstörung haben. Bei allen diesen Erkrankungen können ebenfalls Zwangssymptome auftreten und das Verhalten der Personen ist durch eine gesteigerte Unruhe bzw. Anspannung geprägt. (Hornung & Terbrack, 2004, S. 13)

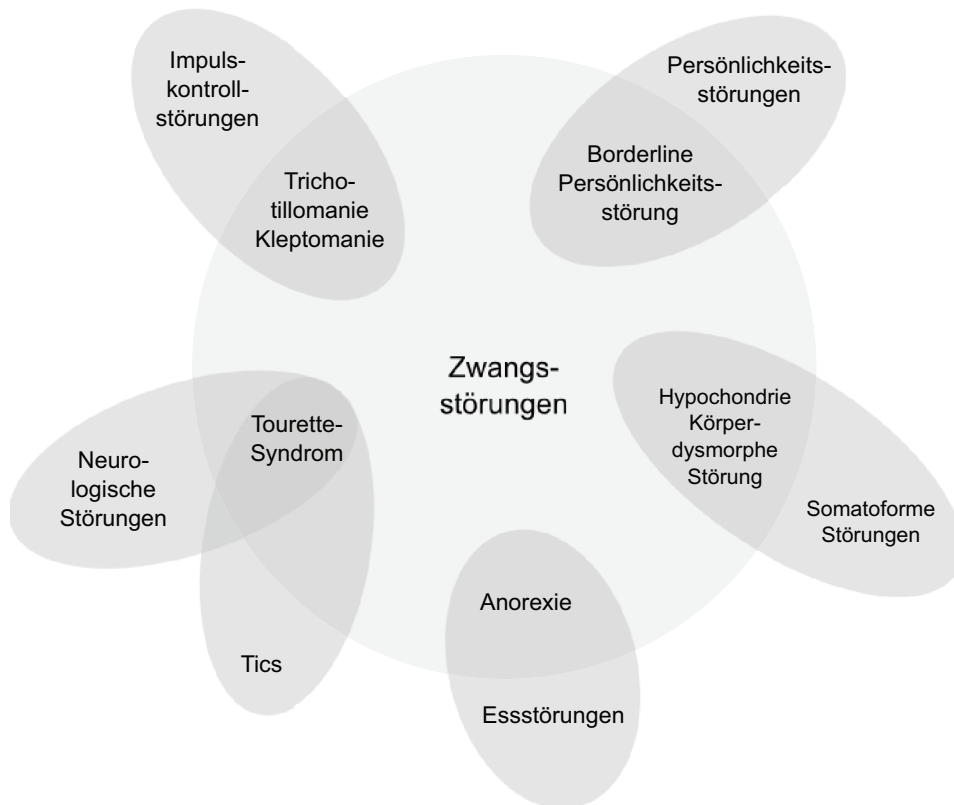


Abbildung 2.2.: Psychische Störungen des Zwangsspektrums

### 3. Häufigkeit des Vorkommens

In der Literatur findet man unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von Zwangserkrankungen. Die durchschnittlichen Zahlen rangieren zwischen 1% und 3% der Bevölkerung, die im Laufe ihres Lebens von einer Zwangserkrankung betroffen sind.

Auch bei Kindern und Jugendlichen ist diese Zahl nicht anders. Mit einer Prävalenz von ca. 2% wird die Zwangsstörung somit zu den häufigeren psychischen Erkrankungen im Kindes - und Jugendalter gezählt (Jans et al., 2008; Hebebrand & Warnke, 2009).

Bei Kindern treten häufig Verhaltensweisen auf, die an Zwänge erinnern - aber in ihrem Verlauf eher in die allgemeine Entwicklungspsychologie gehören, als das sie als Vorstufen einer drohenden Zwangserkrankung gesehen werden müssen.

Es gibt aber auch bei Kindern echte Zwänge. Bei Mädchen ist der Höhepunkt der Erkrankung in der Pubertät, während es bei Jungen häufig schon vor diesem Entwicklungsabschnitt liegt. Wasch- und Kontrollzwänge sind die bei Kindern am häufigsten anzutreffenden Formen der Zwangsstörung. Vermutlich ist auch von einer höheren Zahl der Erkrankten auszugehen, da eine Zwangsstörung lange Zeit verheimlicht werden kann. Kinder schaffen es z.B. über einen langen Zeitraum, ihre Zwangshandlungen nur im familiären Umfeld zu belassen.

## 4. Verlauf der Zwangserkrankung

Eine Zwangserkrankung beginnt in der Regel schleichend, selten wird auch ein plötzlicher Ausbruch nach einem besonders gravierenden Lebensereignis beschrieben. Der weitere Verlauf ist meist durch eine lange Erkrankungsdauer bestimmt, nur selten kommt es zu einer Spontanheilung. Die häufigste Verlaufsform wird von Patienten als ein ununterbrochenes, in der Intensität variierendes, Beschwerdebild beschrieben. Eine Untersuchung von 250 Zwangspatienten beschreibt die in Abbildung 4.1 mit der Häufigkeit ihres Auftretens dargestellten Verlaufsformen (Hornung & Terbrack, 2004, S. 16):

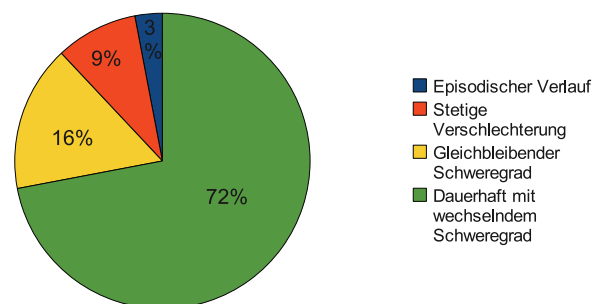


Abbildung 4.1.: Verlaufsformen von Zwangsstörungen

In verschiedenen Verlaufsstudien wird über eine ungünstige Prognose bei Zwangserkrankungen berichtet, die im Jugendalter beginnen (Jans et al., 2008). Bei einem Großteil der Patienten mit Zwangsstörungen haben sich im Laufe der Zeit noch andere klinische Störungen entwickelt. Vor allem traten Angststörungen und depressive Störungen auf. Als weitere ungünstige Faktoren für den Verlauf der Erkrankung sprechen neben dem frühen Beginn, »... eine längere Krankheitsdauer, eine stationäre Behandlungsnötigkeit, eine höhere Komorbidität und ein schlechteres Ansprechen der Behandlung« (Jans et al., 2008, S. 450). Eine Chronifizierung der Erkrankung ist in den meisten Fällen eher anzutreffen, als ein spontanes Verschwinden der Symptome.

## 4.1. Auswirkungen der Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen

Die Zwangsstörung erlangt in ihrem Verlauf bei den Betroffenen eine große Bedeutung. Zum einen im persönlichen Bereich (auf das Individuum selbst bezogen) und auch auf die direkte Umgebung, wie die Familie, Schule und Freunde. Im Folgenden sollen die Bereiche kurz stichpunktartig umrissen werden, um in den folgenden Kapiteln wieder aufgegriffen zu werden, wenn es um die Möglichkeiten der Therapie geht.

### Auswirkungen auf die Person

- Beeinträchtigung im Leistungsbereich
- Sozialer Rückzug und Inaktivität
- Schulleistungsstörungen bis zur Schulunfähigkeit
- Geringe Frustrationstoleranz
- Reduzierte emotionale Belastungsfähigkeit
- Häufige Wutausbrüche
- Depressive Verstimmung
- Zeitmangel durch aufwendige Zwangshandlungen
- Gewichtsabnahme und Dehydrierung durch Mangelernährung
- Hautirritationen durch Waschrituale

### Auswirkungen auf den familiären Bereich

- Konflikte im Familienleben durch Einbeziehung der Eltern und Geschwister in zwanghafte Kontrollgänge
- Übernahme von Zwangshandlungen des erkrankten Kindes bezüglich Hygiene
- Familienmitglieder müssen immer wieder Rückversicherungen geben
- Familienangehörige erleben die Aggressionen der betroffenen Person auf sich gerichtet (Wewetzer et al., 2003)



#### 4. Verlauf der Zwangserkrankung

- Isolation der Familie, da kaum oder keine sozialen Aktivitäten mehr gemacht werden können
- Benachteiligung von älteren bzw. jüngeren Geschwistern, da der Fokus der Eltern auf dem erkrankten Kind liegt
- Erkrankung des Kindes ist mit Scham besetzt
- Gedanken über eigene Erziehungsfehler etc.
- Verzweiflung, Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit
- Frustration, da das Kind Hilfsangebote ständig ablehnt
- Berufliche Einschränkungen durch zeitaufwendige »Fahrdienstleistungen«, weil z.B. öffentliche Verkehrsmittel nicht mehr genutzt werden können

## 5. Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen

In der Vielzahl der Literatur über Zwangserkrankungen sind meist drei Aspekte zur Entstehung dieser psychischen Störung erwähnt. Das sind:

- neurobiologische / genetische Aspekte
- entwicklungspsychologische / lerntheoretische Aspekte
- familiäre und soziale Aspekte

Im Folgenden werden diese Aspekte kurz vorgestellt, um im weiteren Verlauf der Arbeit ein besseres Verständnis der Komplexität dieser Krankheit zu erreichen. Desweiteren dienen die Ausführungen zur Ätiologie zum besseren Verständnis der derzeit angewendeten Therapiemethoden. Man weiß heute, dass nicht ein Faktor alleine der Auslöser einer Zwangserkrankung ist. Für die Entwicklung und auch das Fortbestehen dieser Erkrankung sind die oben genannten lerntheoretischen, sozialen und auch biologischen Faktoren von großer Wichtigkeit.

Es gibt Situationen, die führen bei Menschen mit einer erhöhten erblichen Disposition zum Auftreten von zwanghaften Symptomen, während sie bei nicht vorbelasteten Personen keinerlei Auswirkungen haben. Erhöht wird die Krankheitswahrscheinlichkeit noch, wenn biologische und / oder soziale Aspekte hinzukommen. Die verschiedenen Einflussfaktoren müssen zusammenwirken, um eine Zwangserkrankung entstehen zu lassen.

## 5. Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen

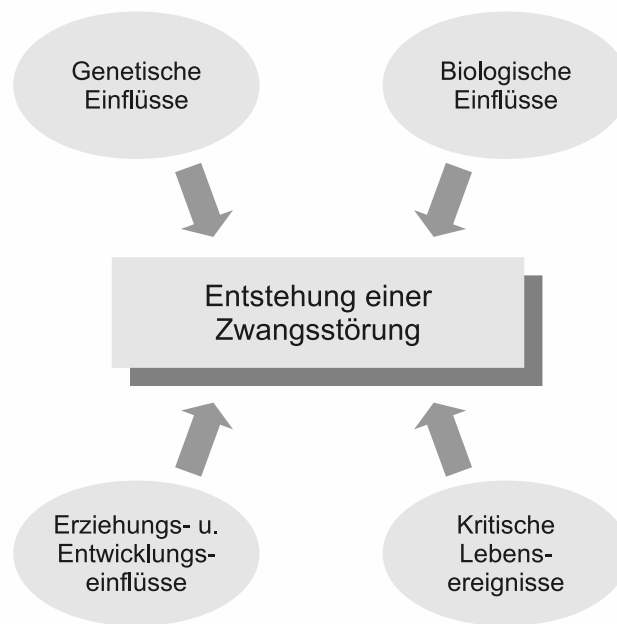


Abbildung 5.1.: Einflussfaktoren auf die Entstehung von Zwangserkrankungen

### 5.1. Neurobiologische / genetische Aspekte

Es gibt einige deutliche Hinweise, dass biologische Veränderungen einen Einfluß auf die Entstehung einer Zwangsstörung haben. Es gibt z.B. eine erhöhte genetische Anfälligkeit für diese Erkrankung. Diese tritt bei eineiigen Zwillingen häufiger auf, als bei Zweieiigen (Ecker, 2005).

Des Weiteren geht man von einer genetischen Disposition aus, da das Erkrankungsrisiko im familiären Umfeld deutlich erhöht ist (Jans et al., 2008, S. 443).

Rückschlüsse aus der Pharmakotherapie bei zwangskranken Patienten ergaben, dass es einen Zusammenhang zwischen chemischen Prozessen an den Nervenenden und der Erkrankung geben muß (Benkert & Lenzen-Schulte, 1997). Es wurde festgestellt, dass sog. Serotoninwiederaufnahmehemmer einen positiven Effekt auf die Besserung der Zwangssymptome haben. Die Erhöhung der Serotoninkonzentration zwischen den Nervenzellen ist schon nach sehr kurzer Zeit messbar, allerdings tritt die therapeutische Wirkung für den Patienten erst nach ein paar Wochen ein. Diese Erkenntnis führt

zu der Schlussfolgerung, dass der Botenstoff Serotonin eine Rolle bei der Entstehung von Zwangserkrankungen spielt (Stengler, 2007, S. 60 ff.).

## 5.2. Lerntheoretische Aspekte

Auf Grund dessen, dass man mit verhaltenstherapeutischen Methoden gute Erfolge in der Behandlung dieser Erkrankung erzielt hat, gewinnt der lerntheoretische Aspekt zur Erklärung der Entstehung immer mehr an Bedeutung. »Das der Verhaltenstherapie zugrunde liegende Modell sieht Zwangsverhalten als eine gelernte Reaktion.« (Benkert & Lenzen-Schulte, 1997, S. 69). Alle Menschen haben mal unangenehme, aggressive oder auch aufdringliche Gedanken, die aber im Alltagsleben als nicht relevant eingestuft werden. So schnell, wie solche Gedanken kommen, gehen sie bei gesunden Menschen auch wieder. Beispiel:

An einem verregneten Herbsttag in einer vollen U-Bahn, denken bestimmt viele Menschen, hoffentlich werde ich nicht krank, wenn so viele Mitfahrende schon erkältet sind. Nach dem Aussteigen und dem normalen weiteren Verlauf des Alltages treten diese Gedanken wieder ganz schnell in den Hintergrund und ziehen keine weiteren Konsequenzen nach sich.

Anders sieht diese Situation bei zwangskranken Menschen aus. Auch diese Personen haben die Vorstellung, dass Krankheitskeime auf sie übertreten können. Dieser Gedanke löst dann aber eine enorme Angst aus. Angst vor Verunreinigung, Krankheit, im schlimmsten Fall sogar Angst, dadurch zu sterben. Diese Gedanken werden als sehr gravierend erlebt und können nicht mehr, in einen der Realität angemessenen Bezug gebracht werden. Die ausgelöste enorme Angst hat zur Folge, dass die Menschen Handlungen ausführen, die ihnen helfen, ihre Angst zu neutralisieren und sich anschließend, wenn auch nur für relativ kurze Zeit, besser zu fühlen.

Zwangshandlung = Angstreduktion.

Die Handlungen können in dem geschilderten Beispiel ganz facettenreich sein. Sehr häufig ist das extreme Hände waschen (Waschzwang) anzutreffen oder das Sammeln von Speichel im Mund, um etwaige Keime nicht in den Körper zu bringen, oder aber auch das Berühren der Haltestangen in der Bahn nur noch mit bekleideten Körperteilen, wie dem Ellenbogen, sowie das Betätigen des Türöffners in gleicher Weise.

## 5. Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen

Getragene Kleidung muss sofort und mehrmals gewaschen werden, um die Wohnung nicht zu verunreinigen.

Alle diese Handlungen dienen der kurzfristigen Entlastung, »...die Betroffenen merken, das durch die Neutralisationshandlungen ... die unangenehme Gefühlslage reduziert wird ...« (Stengler, 2007, S. 49).

Schematisch kann der Prozeß aus aufdringlichen Gedanken, Widerstandsversuchen und Neutralisierungen wie folgt dargestellt werden (Döpfner et al., 2007, S 354):

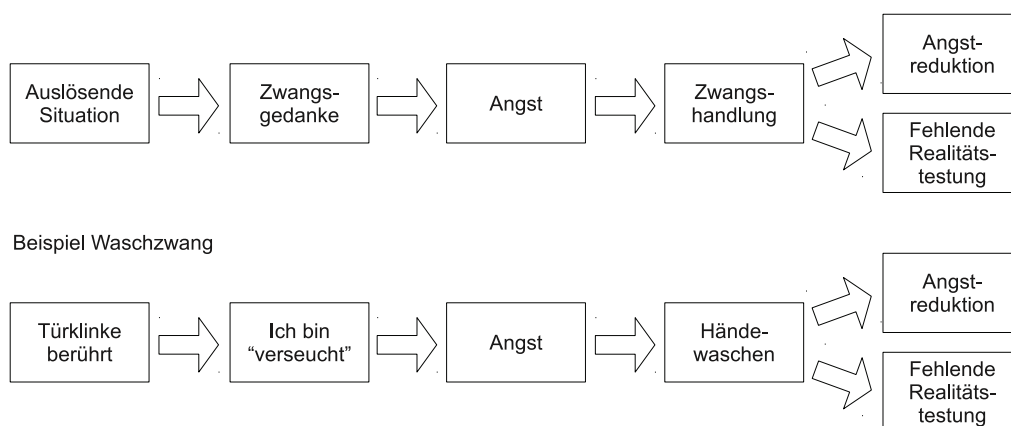


Abbildung 5.2.: Entwicklung von Zwangsstörungen

Die Zwangshandlungen wirken bei den Patienten als negative Verstärker, was eine erhöhte Intensität und Frequenz der zwanghaften Handlungen zur Folge hat. Im Laufe der Krankheit kommen auch immer wieder neue Zwangshandlungen hinzu, während andere in den Hintergrund treten. Die Patienten sind dann nicht mehr in der Lage (=fehlende Realitätstestung) sich mit der angstausslösenden Situation und den erwarteten schlimmen Konsequenzen auseinander zu setzen. Es kommt nicht zu der Feststellung, dass diese real gar nicht eintreten.

### 5.3. Familiäre / soziale Aspekte

Auch bestimmte familiäre Situationen können auf die Ausprägung einer Zwangserkrankung Einfluß haben. Man hat festgestellt, dass das direkte Modelllernen (ein Kind

## 5. Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen

lernt durch Nachahmung der zwanghaften Verhaltensweisen seiner Elternteile) die Ausprägung der Zwangsstörung begünstigen kann (Ecker, 2005, S. 28).

Des Weiteren werden familiäre Einflüsse als maßgeblich auf die Entwicklung einer Zwangserkrankung mitwirkend angenommen (Barnow et al., 2003). Durch übertriebene Sauberkeits- und Ordnungserziehung sowie Genauigkeit und intensive Auseinandersetzungen mit Schuld können Gedanken oder bestimmte Situationen als beängstigend, gar bedrohlich und als nicht mehr auszuhalten, erlebt werden. Es fehlt in der Familie »... an spontannatürlichem Gefühlsausdruck, zweckfreiem Spiel und motorischer Aktivität, dagegen werden verbales Ausdrucksvermögen, analytisches Denken, Leistung, Anstrengungsbereitschaft, Prinzipien, absolute Standards und Werte hochgeschätzt.« (Ecker, 2005, S. 29)

In der Fachliteratur werden auch belastende Lebensereignisse und Krisen sowie enorme Stresssituationen als Einflussfaktoren genannt, die begünstigend auf die Entstehung der Zwangserkrankung wirken können. Dazu zählen z.B. Krankheit und Tod von Angehörigen, Probleme in der Partnerschaft, Gefühl von Überforderung aber auch Umzug, plötzliche Arbeitslosigkeit oder die Geburt eines Kindes. Bei Kindern kann z.B. ein Schulwechsel oder die Trennung von Freunden durch Umzug, erste längere Trennung von der Familie durch mehrtägige Schulausflüge oder auch Missbrauchserfahrungen Anlaß für die Ausprägung von zwanghaften Verhaltensweisen sein.

## 6. Therapie

Die Therapie von zwangserkrankten Kindern und Jugendlichen gestaltet sich sehr komplex und langwierig. Wie auch bei den Ursachen der Entstehung der Erkrankung, gibt es auch bei der Therapie nicht eine alleinige Behandlungsmethode. Seit längerem beruhen die Erfolge in der Behandlung auf einer Kombination aus Verhaltenstherapie, sowie aus begleitenden Therapieformen wie Bewegungs-, Musik- oder Kunsttherapie. In besonders ausgeprägten Fällen der Zwangsstörung erfolgt ergänzend eine Pharmakotherapie.

Desweiteren gibt es noch erlebnistherapeutische Ansätze sowie das therapeutische Klettern als Möglichkeit einer positiven therapeutischen Beeinflussung der Zwangsstörung. In Teil II dieser Arbeit wird auf den Bereich der Klettertherapie näher eingegangen. Diese begleitenden Therapieangebote werden größtenteils von den pflegerisch-pädagogisch betreuenden Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrien, dem Pflege- und Erziehungsdienst, durchgeführt, während die Psychotherapie und Pharmakotherapie von Therapeuten und Ärzten angewendet wird.

Bei der Behandlung von Zwangsstörungen ist es wichtig, folgende Therapieziele anzustreben: (Knölker, 2005)

- entwickeln und fördern von Autonomiebestrebungen, Spontanität, Kreativität, Eigeninitiative, Entscheidungsfähigkeit und körperlich-sinnlicher Ausdrucksfähigkeit
- zulassen können von Hass, Liebe, Sinnlichkeit und Aggression (im Sinne der Abwehr)
- lernen, die Wirklichkeit ohne Verzerrung zu sehen, Realitätsbezug verbessern (Selbsteinschätzung und Beurteilung von Interaktionen)
- lernen, Probleme zu lösen und eigene Handlungskonsequenzen erkennen
- lernen, Widersprüche und Gegensätze auszuhalten und eigene Misserfolge und Fehler zuzulassen

## 6. Therapie

Im Folgenden werden Ausführungen zu den unterschiedlichen Ansätzen in der Therapie dieser Erkrankung gemacht.

### 6.1. Pharmakologische Therapie

Da diese Form der Therapie keine große Relevanz für das Thema dieser Arbeit hat, wird nur der Vollständigkeit halber kurz darauf eingegangen. Es kann im Verlauf der Behandlung von Zwangsstörungen notwendig werden, die eigentliche Psychotherapie mit Medikamenten zu unterstützen. Dazu werden dem Patienten (bei besonders schweren Fällen auch schon im Kindes- und Jugendalter) Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bzw. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer verabreicht. Die zweite Medikamentengruppe ist deutlich besser verträglich, da sie »außer dem Serotoninstoffwechsel keine weiteren Botenstoffe beeinflussen« (Barnow et al., 2003, S. 67). Trotz einer besseren Verträglichkeit muß bei der Pharmakotherapie mit Nebenwirkungen wie Übelkeit, Appetitverlust, Nervosität und Kopfschmerzen gerechnet werden. Mit einer Verbesserung der Symptome ist erst nach ca. 4 - 10 Wochen zu rechnen. Die Patienten sind durch die Medikamente nicht völlig frei von den Zwangsgedanken bzw. Handlungen, aber sie fühlen sich nicht mehr so bedrängt von ihnen und sind innerlich ruhiger.

### 6.2. Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie stellt bei Zwangserkrankungen die am häufigsten beschriebene Therapieform aus dem Bereich der Psychotherapie dar. »Sie geht davon aus, dass jedes Verhalten – also auch problematisches – gelernt wird und demzufolge wieder verändert werden kann.« (Ambühl, 2008a, S. 81)

Die Verhaltenstherapie umfaßt bei Kindern und Jugendlichen:

- Psychoedukation
- Familiäre Intervention
- Expositionsbehandlung und Reaktionsverhinderung
- Kognitive Intervention (besonders bei Zwangsgedanken)



## 6. Therapie

Des Weiteren werden in der Literatur die Familientherapie sowie die psychoanalytische Therapie als mögliche Behandlungsformen beschrieben (Stengler, 2007).

Da sich die Verhaltenstherapie als sehr wirksam bei Zwängen herausgestellt hat, wird an der Stelle etwas detaillierter auf diese Methode eingegangen. Wie kann eine Verhaltenstherapie bei einer Zwangserkrankung konkret aussehen?

### 6.2.1. Psychoedukation

Zuerst geht es in der Therapie darum, das die Patienten über die grundsätzlichen Dinge ihrer Erkrankung informiert werden. Dieser Punkt ist sehr stark abhängig vom Alter des Patienten. Bei Kindern werden die Eltern sehr stark in die Therapie mit einbezogen werden müssen. Somit wird die Wissens- und Informationsvermittlung hauptsächlich mit bzw. über die Eltern erfolgen.

Jugendliche hingegen verstehen meist schon sehr viel über die Erkrankung, sodass diese Informationsgespräche auch alleine mit ihnen durchgeführt werden können. Andere Bezugspersonen, wie Geschwister oder die Großeltern sind in die Beratung zu integrieren, wenn sie von den Patienten in die Symptomatik einbezogen sind.

Als nächster Schritt ist die gemeinsame Erarbeitung einer Angsthierarchie von großer Bedeutung. Die Patienten fertigen eine Aufstellung an, in der sie aufschreiben (kleinere Kinder können es eventuell auch malen), welche Situationen ihnen am meisten Angst machen und wie sie in dem jetzigen Zustand ihrer Erkrankung auf die Angst reagieren, d.h. welche Zwangshandlungen führen sie aus, damit die Angst abgeschwächt wird bzw. erträglich für sie wird.

Diese Informationen werden dann vom Therapeuten in der weiteren Therapie aufgegriffen.

### 6.2.2. Familiäre Intervention

Da Kinder und Jugendliche ihr Leben eingebettet in den Familien verbringen, erklärt es sich von selbst, dass die Familie auch stärker auf die zwanghaften Verhaltensweisen Einfluss nimmt. Aber auch anders herum. Die Symptome werden von den Verhaltensweisen der Familienmitglieder beeinflusst. »Wirkungen elterlichen Verhaltens auf die Symptomatik des Kindes und Wirkung der Symptomatik des Kindes auf elterliches

## 6. Therapie

Verhalten sind nicht isoliert zu sehen. Es handelt sich vielmehr um Wechselwirkungen und Rückkopplungen zwischen Symptomen und Familie.« (Altherr, 2007, S. 718)

Die familiäre Intervention geht davon aus, dass alle in der Familie ein großes Interesse an der Beendigung der Zwangsstörung haben und somit sich auch aktiv in den therapeutischen Prozess einbringen. Es wird herausgearbeitet, welche Auswirkungen die Zwangsstörung auf die einzelnen Familienmitglieder hat und was bisher unternommen wurde, um die Auswirkungen der Symptome zu bewältigen. Im Laufe der Therapiesitzungen, die sehr gut ambulant durchgeführt werden können, wird versucht, Faktoren innerhalb der Familie abzuleiten, die eventuell krankheitsauslösend sein können. Dieses können Paarkonflikte, Verlust von Personen durch Tod etc. sein (s. a. Kapitel 5.3).

Nach Sammlung aller dieser Aspekte wird mit der Familie gemeinsam nach Veränderungsmöglichkeiten gesucht. Wichtig ist, dass sich alle Mitglieder mit der neuen Situation arrangieren wollen, d.h. es besteht auch bei den Eltern ein Konsens über die anstehenden Methoden. Die Familienmitglieder müssen die Einsicht gewinnen, dass sie dem Kind langfristig nicht helfen, indem sie auf seine Forderungen bezüglich von Zwangshandlungen, etwaigen Kontrollen und Bestätigungen eingehen.

»Aller Anfang besteht darin, dass die Eltern die absurde Situation, in die sie geraten sind, dem Therapeuten und der Verwandtschaft gegenüber offen eingestehen. Nur so können sie auch ihre Scham über die durch das Kind erlittenen Demütigungen überwinden.« (du Bois & Resch, 2005, S. 147)

Die betroffene Person (Kind / Jugendlicher) wird sich anfangs nicht über die geplanten Veränderungen freuen, da es ja um eine Eingrenzung seiner bewährten Zwangshandlungen geht. Mit dem Kind wird in der Therapie besprochen, dass die Mitglieder der Familie ihre bisherigen »zwangsunterstützenden« Verhaltensweisen langsam reduzieren, z.B. werden die Türen in der Wohnung wieder bewußt geschlossen, damit das Kind in die Situation kommt, die Klinke zu benutzen. Gelingt es dem Kind, Dinge zu tun, ohne anschließende Zwangshandlungen, wird es entsprechend belohnt (= positive Verstärkung).

Parallel zur Therapie des Kindes ist häufig eine Paartherapie als hilfreiche Ergänzung in Erwägung zu ziehen. In vielen Fällen reicht die Therapie in Form der beschriebenen Punkte aus, um eine deutliche Besserung der Symptome zu erzielen. Ein weiterer Aspekt in der familiären Intervention liegt im erneuten Lernen bzw. Erleben von gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Häufig ist der ganze Familienalltag ein Konstrukt um die Symptome des Kindes herum (s. a. Kapitel 4.1).

## 6. Therapie

Zusammenfassend können familiäre Interventionen wie folgt beschrieben werden: »Die familienzentrierten Interventionen bauen zunächst ein gemeinsames Verständnis der Störung auf, das die Ansatzpunkte für die Veränderungen aufzeigt. Weiter haben sie zum Ziel, mögliche aufrecht erhaltene systemische Bedingungen zu entkräften ... dienen sie ... die Ressourcen des Systems zu nutzen, dem Zwang zu widerstehen, ihn zu bekämpfen und ... anderen Erfahrungs- und Bewältigungsmöglichkeiten ... Platz zu verschaffen.« (Ambühl, 2008b)

Bei manchen Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Zwangserkrankung wird in der Therapie eher auf die Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung zurückgegriffen. »Die Psychotherapie ... gestaltet sich je nach dem Schweregrad der Störung, der Therapiemotivation der jungen Patienten und seiner Eltern und der Qualifikation und Erfahrung der Therapeuten als unterschiedlich.« (Knölker, 2005, S. 5)

### 6.2.3. Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung

Die Patienten werden hierbei bewußt der angstausslösenden Situation ausgesetzt, um zu erfahren, dass die befürchteten Folgen ausbleiben, auch wenn sie keine Vermeidungsstrategien und Neutralisierungsversuche anwenden. Dieses Vorgehen im therapeutischen Sinn nennt man auch Konfrontation (Exposition) mit Reaktionsverhinderung. Die entstehende Angst und die innerliche und äußerliche Unruhe soll ganz bewußt erlebt werden.

Die Patienten sollen erkennen, dass die Anspannung abnimmt, auch wenn sie keine Zwangshandlungen (zur kurzfristigen Beruhigung) durchführen (dürfen). Die Patienten müssen dafür allerdings auch selber entschieden haben, dass sie die Handlungen nicht mehr ausführen wollen, da sie ja an ihrer derzeitigen Situation etwas ändern wollen. Es erfolgen meist Absprachen darüber, wie lange nach der Angst auslösenden Situation, der Patient sich z.B. nicht waschen, duschen oder desinfizieren darf. »Wenn der Patient etwas für sich erreichen will und auf der anderen Seite der Therapeut Ermutigung und Unterstützung vermittelt, kann Erstaunliches möglich werden.« (Hornung & Terbrack, 2004, S. 48)

Diese Form der Therapie sollte nur von ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden. Für Übungen dieser Art zu Hause erhalten die Eltern vorab ganz genaue Anleitungen und haben im Hintergrund bestenfalls eine Telefonnummer, die sie bei einer Eskalation anrufen können. Am besten ist es, wenn der Therapeut für solche Übungen

## 6. Therapie

im häuslichen Umfeld mit nach Hause gehen kann (Home Treatment). Für den Patienten gibt es die Möglichkeit in der Therapie mit der Situation zu beginnen, die für ihn die größte Angstintensität bedeutet. Diese Form ist sehr anstrengend und belastend.

Die andere Variante ist die schrittweise Steigerung der Angst auslösenden Situationen. Hierzu wird gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet, welche Situation am einfachsten zu probieren wäre und welche am meisten »Überwindung« kostet. Nach Bewältigung einer Situation ohne nachfolgende Zwangshandlungen, wird zur nächst schwierigeren Aufgabe übergegangen. Auch schon mit Kindern ist es möglich, die wichtigsten Punkte dieser Therapieablaufplanung schriftlich festzuhalten und sie dem Kind auch als Richtschnur für seinen stationären Aufenthalt mitzugeben.

Gerade in der Therapie mit Kindern kann auch sehr gut mit verhaltenstherapeutischen Verstärkerplänen gearbeitet werden. Wenn das Kind es z.B. geschafft hat, dass es seine Hände nur 3 mal mit Seife gewaschen hat, anstatt 10 Mal, bekommt es einen Vermerk auf einem ihm zugänglichen Plan. Das kann ein Stempel, ein gemalter Smiley, ein Aufkleber o.ä. sein. Bei Erreichen einer vorher vereinbarten Anzahl dieser »Punkte«, erhält der Patient eine Belohnung. Das kann im Falle einer stationären Therapie eine nette Einzelaktivität mit einem Betreuer sein oder eine Süßigkeit, eine materielle Kleinigkeit oder andere denkbare Sachen aus einem großen Repertoire an Möglichkeiten. Ziel ist dabei die positive Verstärkung. Sie dient der Motivation des Kindes dieses Verhalten auch weiterhin beizubehalten und es noch zu verbessern. Als eindrucksvolles Beispiel soll folgendes Zitat dienen: »Ich habe ... vereinbart ... nach jedem Händewaschen auf den Fußboden in meinem Zimmer zu fassen. ... Langsam erscheint mir der Fußboden gar nicht mehr als so bedrohlich. ... Nach und nach traue ich mich sogar ... auf den Fußboden im Flur zu fassen, über den ... mehr Leute laufen. ... Aber vor dem Boden draußen habe ich noch immer Angst.« (Beckmann, 2008, S. 105)

### 6.2.4. Kognitive Intervention

Diese Therapiemethode wird hauptsächlich bei Zwangsgedanken angewendet. Grundsätzlich sind Zwangsgedanken schwerer zu behandeln, da die Gedanken für Außenstehende nicht zu verfolgen sind und somit auch keiner Kontrolle unterliegen. Die Patienten sprechen dazu diese Gedanken (Angst jemandem etwas anzutun, Angst vor Verschmutzung, Angst vor Ungenauigkeiten u.a.) auf ein Endlosband und können es sich so immer wieder anhören. Sie werden also ständig mit diesen, für sie schlimmen

## 6. Therapie

Gedanken konfrontiert. Gleichzeitig merken sie aber dadurch auch, dass die befürchteten Konsequenzen gar nicht eintreten. Die Folge ist eine langsam abnehmende Angst (Goletz & Döpfner, 2008). »Angsterzeugende Gedanken sollen also möglichst lange im Bewußtsein gehalten werden (Exposition in der Vorstellung), während auf angstreduzierende Neutralisierungsversuche (Unterdrückung, Ablenkung . . . ) verzichtet werden sollte (Reaktionsverhinderung).« (Ecker, 2005, S. 83)

Der Patient gewinnt die Kontrolle über etwas, was ihm vorher unkontrollierbar erschien. Ihm wird bewußt, das sein Problem nur in den Gedanken vorhanden ist und es keine wirkliche Gefahr für ihn oder andere Personen besteht. Die Gedanken werden so an Macht und Bedrohung verlieren und auch immer seltener auftreten. (Ambühl, 2008a, S. 82)

»Die Patienten sollen lernen, dass sie niemals eine absolute Sicherheit erreichen können, und es hilfreicher ist, die Fähigkeit zu entwickeln, Unsicherheit zu ertragen.« (Zaborowski, 2002, S. 259)

### 6.3. Begleitende Therapie

Um die Therapie von zwangskranken Kindern und Jugendlichen (Pharmakotherapie, Psychotherapie) zu unterstützen, bieten sich noch verschiedene andere - ausschließlich als Ergänzung anzusehende Methoden - an. Dazu zählt in erster Linie die Bewegungstherapie. Außerdem kann die Teilnahme an einer Musik- oder Kunsttherapie sehr sinnvoll sein (Barnow et al., 2003).

Eine weitere mögliche Ergänzung zur eigentlichen Behandlung ist die Erlebnistherapie. Hierbei geht es um Erfahrungen (einzeln oder in der Gruppe) die hinsichtlich spezieller (gemeinsamer) Erlebnisse gemacht werden. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das soziale Lernen. Bei der Erlebnistherapie werden Situationen geschaffen, die außerhalb des geschützten Umfeldes (in dem Fall: die Kinder- und Jugendpsychiatrie) »gemeistert« werden müssen. Eine jährlich in der KJP Stuttgart durchgeführte erlebnispädagogische Maßnahme ist eine einwöchige Freizeit außerhalb der Klinik. Diese Freizeit hat den Hintergrund, die Patienten in ihrem bisher Gelernten weiter zu fördern und ihnen durch neue Situationen zu ermöglichen, dass sie ihre neu erworbenen oder zurück gewonnenen Handlungsfähigkeiten ausprobieren können. Hinzu kommt der positive Aspekt des Gruppenerlebnisses. Die Patienten erleben so auch mal

## 6. Therapie

die Betreuer / Therapeuten in Lebenssituationen, die ihnen im Klinikalltag verborgen bleiben. Die Erfahrungen zeigen, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen gerade auf so einer Freizeit sehr intensiviert werden. Das schließt nicht aus, das auf das professionell notwendige Nähe – Distanzverhältnis zwischen Patient und Therapeut geachtet wird. Diese Freizeiten, verbunden mit einem enormen Aufwand in der Vor- und Nachbereitung sowie der verwaltungstechnischen und rechtlichen Organisation, stellen auch besonders für die zwangskranken Kinder eine enorme Herausforderung dar. Für deren Therapieprozeß waren sie immer sehr voranbringend und unersetzlich durch viele Therapieeinheiten in der Klinik.

Im erlebnistherapeutischen Bereich gibt es die verschiedensten Varianten mit den Kindern einer psychiatrischen Station zu arbeiten. Alle sind mit einem gewissen Organisationsaufwand verbunden, da sie meist außerhalb der Klinik stattfinden. Es kann dazu gezählt werden:

- Freizeitmaßnahmen
- Klettern
- Wandern
- Gruppendynamische Spiele

Eine weitere begleitende Therapiemaßnahme ist das therapeutische Klettern, was im weitesten Sinne Aspekte der Bewegungstherapie sowie der Erlebnispädagogik enthält. Umfassende Ausführungen zu dieser Thematik, wie die Erlebnisfelder, die Voraussetzungen, das Konzept etc. folgen in Teil II dieser Arbeit.

### 6.4. Kriterien für eine stationäre Behandlung

Da die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie und der begleitenden therapeutischen Maßnahmen in den letzten Jahren stark voran geschritten sind, kann man alle die o.g. Therapiemaßnahmen ambulant oder stationär durchführen. Da sich diese Arbeit eher auf den stationären Bereich bezieht, werden an dieser Stelle kurz die Faktoren aufzählen, die für eine Behandlung von Zwangsstörungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik sprechen:

- besondere Schwere der Zwangserkrankung
- begleitende andere psychische Erkrankungen (Depression, ADHS ...)

## 6. Therapie

- mangelnde ambulante Therapieerfolge
- geringe Behandlungsmotivation
- massive Probleme zwischen Patient und Eltern

### 6.4.1. Positive Aspekte der stationären Therapie

Im Zuge moderner Entwicklungen in der medizinischen Betreuung, werden immer mehr Erkrankungen ambulant behandelt. Dieses ist in vielen Fällen, vor allem in der Therapie von Kindern sinnvoll. Trotz allem gibt es Aspekte, die für den stationären Aufenthalt sprechen und die für die möglichen Entwicklungen des Kindes von großer Bedeutung sein können. Dazu zählen nach (Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., 2007):

- Möglichkeit der Entlastung der Eltern / Geschwister
- Trennung des Patienten von Interaktionssystemen in der Familie, die die Krankheit aufrecht erhalten
- Kontrolle der zwangsauslösenden Reize
- Expositionsbehandlung kann sehr gezielt und kontrolliert ablaufen
- Station dient als Übungsfeld für Patienten mit Problemen im sozialen Bereich
- breites Spektrum begleitender Therapien ohne lange Warteliste
- Kontrolle der Pharmakotherapie
- Verbesserung der Medikamentencompliance

## **Teil II.**

# **Therapeutisches Klettern**



## 7. Vorbemerkungen

Teil II dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem therapeutischen Klettern als eine mögliche therapiebegleitende Maßnahme bei Zwangserkrankungen. Nach der Begriffsbestimmung werden die verschiedenen Erlebnisfelder des Kletterns näher erläutert. Da das Therapieklettern keine Freizeitaktivität mit Spaßfaktor ist, sondern als Therapieform mit kranken Kindern durchgeführt wird, werden darauf folgend die allgemeinen und speziellen Anforderungen an Sozialpädagogen im stationären Setting einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die spezifischen Anforderungen für das therapeutische Klettern beschrieben. Als Handlungsanleitung wird ein Ablauf beschrieben, wie bei zwangskranken Kindern das Klettern in die Therapie eingebunden werden kann.

Es gibt die Möglichkeit, mit einem Kind alleine zu klettern, oder eine Gruppe mit Patienten zusammenzustellen, in der alle Kinder vom Klettern profitieren können. Es wird die Einzel- und die Gruppensituation gegenübergestellt und herausgearbeitet, wo die jeweiligen Vor- und Nachteile der beiden Varianten liegen. Ein unerlässlicher Punkt beim Klettern mit den Patienten ist die Reflexion des Erlebten, sowie die Einbindung der Ergebnisse in den gesamten Therapieprozess.

Ein spannender Punkt wird zum Ende aufgegriffen. Er beschäftigt sich mit der Möglichkeit und Sinnhaftigkeit, die Eltern der Patienten in das therapeutische Klettern einzubeziehen.

Am Schluss der Arbeit wird ein Resümee gezogen, ob gerade das Klettern eine empfehlenswerte Möglichkeit ist, zwangskranke Kinder und Jugendliche in ihrem Therapieprozess voranzubringen. In der Folge könnte gegebenenfalls die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzt werden, was wiederum Einsparungen für die Krankenkassen bedeuten würde.

Gleich an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es zum therapeutischen Klettern sehr wenig Literatur gibt. Schon im Vorfeld der Diplomarbeit bestand Kontakt zu einem Institut für therapeutisches Klettern in Österreich sowie zu anderen Kinder-

## *7. Vorbemerkungen*

und Jugendpsychiatrien in Deutschland, die aber auch keine ausführliche Literatur haben, die bestimmte Annahmen bestätigen oder widerlegen würden.

## 8. Begriffsbestimmung

Therapeutisches Klettern oder Klettertherapie hat sich in den vergangenen Jahren aus dem Sportklettern heraus entwickelt. Es waren vor allem Ergotherapeuten, die die Besonderheiten des Kletterns im Bereich Wahrnehmung, Motorik und Psyche verwendeten (Zajetz, 2008). Besondere Anwendung findet das Klettern im Bereich der Kinderheilkunde - Ergotherapie bei Kindern mit Konzentrationsschwäche, der Orthopädie - Physiotherapie bei Rückenproblemen und Gelenkerkrankungen, der Neurologie - bei Patienten nach einem Schlaganfall oder Multipler Sklerose sowie in Bereichen der Psychotherapie bei Patienten mit Depressionen, Angststörungen und Essstörungen oder im Suchttherapiebereich. (Wikipedia, 2009; Zajetz, 2008, S. 5)

Therapeutische und rehabilitative Ansätze stehen bei diesem Klettern im Vordergrund. Die sportliche Seite kann eher vernachlässigt werden. »Durch die Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl, Vertrauen, Verantwortungsbewusstsein und Selbsteinschätzung wird der Sozioemotionale Bereich angesprochen und gestärkt.« (Wikipedia, 2009)

# 9. Erlebnisfelder beim Klettern

In Anlehnung an (Zajetz, 2008, S. 19 - 29).

## 9.1. Vertrauen

Vertrauen ist einer der grundlegenden Faktoren beim Klettern. Es geht darum jemandem zu vertrauen. Zum Klettern bedarf es immer zwei Personen. Der Kletterer legt sein Leben in die Hände des Sichernden, d.h. er vertraut ihm, dass er im Fall eines Sturzes gehalten wird. Aber nicht nur in der Absturzsituation ist Vertrauen wichtig, sondern auch beim eigentlichen Klettern. Der Kletterer muss sich sicher sein können, dass sein Partner sich voll und ganz auf ihn konzentriert, ihn zu jeder Zeit richtig sichert und ihn auch wieder richtig abseilt.

Vertrauen geht aber auch noch in die andere Richtung. Der Sichernde erlebt, dass ihm jemand vertraut. Der Kletterer lässt sich von seinem Partner sichern – er vertraut ihm und der Sichernde erfährt – mir wird vertraut. Zu diesem Erlebnisfeld gibt es verschiedene Übungen, die je nach Ausprägung des gegenseitigen Vertrauens eingesetzt werden können. Die Übungen zur Vertrauensbildung können intensive Gefühle hervorrufen, die der Patient erspürt und im Anschluss mit dem Therapeuten reflektieren sollte. Folgende Fragen können zur Unterstützung der Reflexion dienen:

Wie fühlt sich das Aufgefangen werden an? War es angenehm oder eine Überwindung (sich fallen zu lassen, sich abseilen zu lassen)? Wie fühlten sich die Hände an? Wie wurde der Partner erlebt/wahrgenommen? Ist der Patient lieber der Sichernde oder wird er lieber gesichert? (Zajetz, 2008)

Es ist anzustreben, die Inhalte der Reflexion in den stationären Alltag zu übertragen.

## 9.2. **Selbstwertgefühl**

Klettern bietet sich durch die gute Dosierbarkeit der Schwierigkeiten und Anforderungen sehr gut zur Verbesserung der Selbstwertgefühles an. Die Patienten erleben, dass sie etwas besonderes leisten. Sie balancieren, sie klettern, sie seilen sich ab und erleben dabei, dass sie etwas erfolgreich können. Gerade bei Zwangspatienten ist das erfolgreiche Tun aufgrund der Symptomatik sehr eingeschränkt. Sie können eben nicht die Türklinke anfassen oder nicht mit der Bahn fahren, aus Angst krank zu werden. Beim Klettern aber können sie etwas. Dieses Erleben baut sich in kleinen Schritten auf. Hat der Patient es am Anfang nicht geschafft, die Wand zu berühren, gelingt es ihm eventuell in den nächsten Therapiestunden, nachdem er festgestellt hat, dass negative Folgen ausgeblieben sind. Seine Selbstwirksamkeitserwartung wird durch Wiederholungen und Übungen in kleinen Etappen erhöht. Vielleicht ist er anschließend auch in der Lage, seine Erfahrungen auf seinen Alltag zu übertragen, d.h. er versucht die Türklinke wieder mit der Hand und nicht mehr mit dem Arm zu betätigen.

## 9.3. **Freude**

In der Therapie von Zwangserkrankungen gibt es viele Situationen, die mit Angst, Anspannung, Ärger und Wut zu tun haben. Der Patient muss z.B. Dinge berühren, die ihm Angst machen und anschließend wird ihm das Hände waschen untersagt. Dieses führt zu Frust und Ärger über den Therapeuten aber auch auf sich selbst. Beim Klettern sind die Anforderungen durch die gut dosierbaren Abstufungen nicht so hoch. Das Kind kann sich über kleine und kleinste Erfolge freuen und erntet Anerkennung seitens des Therapeuten. Der Patient erlebt, dass etwas, was mit seinem Körper zu tun hat, Spaß machen kann. Alleine die Bewegung außerhalb der Station kann Freude bereiten und Erlebnisse in der Gruppe können positive Stimmungen hinterlassen. So wird es in der Therapie von Zwangsstörungen Abschnitte geben, die sich ganz auf das Problem beziehen und es darf solche geben, die dem Patienten Freude und Spaß vermitteln.

## 9.4. Körpererfahrung

Beim Klettern, wie auch bei anderen bewegungstherapeutischen Angeboten, macht der Patient Erfahrungen mit seinem Körper. Er spürt die Anspannung und Entspannung, die Schmerzen in den Muskeln, wenn er zu schnell geklettert ist oder die Anforderung im Moment für ihn zu hoch war. Erfahrungen können hinsichtlich bestimmter Klettertechniken gemacht werden. Ist es leichter, wenn man sich mit den Armen hochzieht oder spart man Kraft, wenn man sich mit den Beinen hoch drückt? Auch die verschiedenen Übungsmöglichkeiten, wie blind klettern, mit Schuhen oder barfuß etc. gehören in das Erlebnisfeld der Körpererfahrung hinein und lassen sich entsprechend der Motivation und dem Therapiefortschritt des Kindes variieren.

## 9.5. Lernen

Nicht viele Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, haben schon Erfahrung mit dem Klettern. Somit müssen sie für diese unterstützende Therapieform Dinge neu lernen. Angefangen vom Kennenlernen des Therapeuten, über die Materialien, die Sicherungstechnik bis hin zum eigentlichen Klettern. Diese Anforderung kann Angst auslösen. Sie kann aber auch Ablehnung hervorrufen: »Ich kann es ja doch nicht.« oder aber positive Erlebnisse entstehen lassen. Der Patient schafft es vielleicht in relativ kurzer Zeit, den richtigen Knoten zu binden oder erfährt an sich selbst, wie sich die verschiedenen Klettergriffe anfühlen. Beim Erlebnisfeld Lernen spielt die Zeit eine enorm wichtige Rolle. Es gibt Kinder die lernen schnell und andere brauchen für die gleiche Aufgabe mehr Zeit. Deshalb ist es wichtig, und in der Einzeltherapie auch gut individuell anpassbar, wieviel Zeit dem Kind für bestimmte Lernschritte eingeräumt wird. Für die Gruppensituation bietet es sich auch an, ein oder mehrere Kinder in die Rolle des Lehrenden zu versetzen. Die Erfahrung, die Kinder mit dieser Situation machen, ist enorm bedeutend. Ihnen wird zugehört und sie dürfen ihr erworbenes Wissen weitergeben. Der Stolz in einer solchen Situation ist unverkennbar.

## 9.6. Angst

Angst ist eine Emotion, die nicht nur beim Klettern auftritt. Jeder Mensch kennt das Gefühl von Kindheit an. Beim Klettern spielt die Angst erfahrungsgemäß eine große

Rolle, da sie ein ständiger Begleiter ist. Die Angst, nicht gut gesichert zu werden, die Angst vor der Höhe, die Angst, nicht wieder nach unten zu kommen und natürlich die Angst abzustürzen.

Die inneren Gefühlsempfindungen der Angst lassen sich äußerlich durch bestimmte körperliche Symptome erkennen. Insbesondere sind dies Schweißausbrüche, Übererregung, Abwesenheit, Zittern, Stottern und das Schnappen nach Luft. (Winter, 2004, S. 117)

Bei zwangskranken Patienten kommen erschwerend noch die symptombezogenen Ängste hinzu. Trotz allem gibt es einen therapeutischen Nutzen im Bereich Angst. Die Patienten lernen mit sich selbst in Angstsituationen umzugehen. Sie lernen, dass man die Angst abschwächen kann, wenn man sich ihr in kleinen Schritten nähert. Das ist beim Klettern der Fall, aber auch bei der Bewältigung der Symptome bezüglich der Zwangserkrankung.

### 9.7. Leistung

Unter dem Erlebnisfeld Leistung kann man verschiedene Aspekte fassen. Zum einen natürlich die Leistung, nach oben zu kommen, egal mit welcher Kraftanstrengung. Dieser Aspekt kann für gesunde Menschen zu einem tollen Erlebnis werden, aber bei kranken, speziell bei zwangskranken Patienten, geht es bei der Leistung eher darum, dass sie für sich etwas als geleistet einstufen können. Sie haben z.B. mit den Händen die Klettergriffe berührt, oder haben es geschafft, den Klettergurt anzuziehen. Alle diese Erfolge haben etwas mit Leistung zu tun.

Des Weiteren ist es eine Leistung, die Signale des Körpers zu spüren und zu beachten, dass sich die Muskeln z.B. bei Angst verkrampfen.

In der Gruppensituation tritt der Aspekt Leistung mehr in den Vordergrund. Es erklärt sich fast von selbst, dass beim Klettern die Höhen sehr leicht untereinander verglichen werden können, und somit ein Leistungsdruck bei den Patienten aufgebaut werden kann. In solchen Fällen ist die Reflexion mit dem Therapeuten unbedingt notwendig. Dieser weist dann ganz direkt auch auf die Fortschritte eines jeden Einzelnen hin.

# 10. Anforderungen an Sozialpädagogen in der KJP

Im stationären Bereich einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten Sozialpädagogen normalerweise im pädagogisch–pflegerischen Team mit. Zu diesem Team zählen weiterhin Erzieher, Kinderkrankenschwestern und Pfleger sowie meist zusätzlich Schüler und Praktikanten. Zusammen mit dem pädagogisch-pflegerischen Team arbeiten Ärzte, Psychologen und Lehrer sowie Motopädagogen und, je nach Klinik, spezielle Therapeuten für verschiedene begleitende Therapieangebote, wie Kunst-, Reit- und Musiktherapie. Ziel dieses multiprofessionellen Teams ist die Kooperation in Bezug auf unterschiedliche Beobachtungen, Sichtweisen und Behandlungsansätze zu den einzelnen Kindern und Eltern. (Reinker & Müller, 2008)

Durch die besondere Dynamik in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie werden an alle Mitarbeiter vergleichsweise hohe Anforderungen gestellt. Im Folgenden werden die Anforderungen an Sozialpädagogen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station im Allgemeinen beschrieben und es wird eine Übersicht gegeben, welche Fähigkeiten von Sozialpädagogen erwartet werden, die im Bereich der Erlebnistherapie arbeiten. Anschließend werden dann die zum therapeutischen Klettern erforderlichen speziellen Kompetenzen herausgearbeitet. Dies ist in einem multiprofessionellen Team nicht auf Sozialpädagogen beschränkt, wird jedoch in der Praxis überwiegend von Sozialpädagogen oder Bewegungstherapeuten durchgeführt.

## 10.1. Allgemeine Anforderungen

Allgemeine fachliche und personenbezogene Kompetenzen an Sozialpädagogen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station, nach (Reinker & Müller, 2008):

- Positive Grundeinstellung zur Arbeit mit Kindern und Interesse an deren Entwicklung



## 10. Anforderungen an Sozialpädagogen in der KJP

- Verständnis und Toleranz für die unterschiedlichsten Familiensysteme sowie professionelle Umgangsweise mit verschiedenen Normen und Wertevorstellungen
- Umgang mit psychischen (z.T. auch physischen) Grenzbelastungen, besondere Flexibilität und Krisenfestigkeit
- Bewahrung der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit in Situationen der Auseinandersetzung mit Gefühlen wie Ärger, Ekel und Wut – Wahrung der inneren Distanz (Nähe – Distanz Problematik)
- Bereitschaft und Fähigkeit zur Grenzsetzung – besonders bei der Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung
- Befähigung zum Transfer von Informationen und Abstimmung mit anderen Mitarbeitern – Kooperationsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Anerkennung nicht eigener Werte
- Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Bereitschaft zum Umgang mit einem sehr hohen Arbeitsaufkommen, bedingt durch die langwierige Therapie von Zwangsstörungen einschließlich der notwendigen intensiven Elternarbeit
- Durchführung von Hausbesuchen zur Anleitung der Eltern oder der Familie beim Umgang mit den Symptomen
- Umgang mit dem »Chaos« auf der Station bei therapeutischen Maßnahmen wie Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung
- Erkennen von Übertragungsgeschehen und Reflexion mit dem Team sowie entsprechende Umgestaltung der therapeutischen Situation (z. Bsp. wenn der Sozialpädagoge unmerklich in Kontrollzwänge eingebunden wird)
- Offenheit und Wertschätzung Kollegen gegenüber, auch bei Spannungen untereinander
- Klärung der jeweiligen Arbeitsaufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten (wer macht wann welche Therapie mit dem zwangskranken Kind – Erreichen von Kontinuität und Verlässlichkeit – keine Überschneidungen von gegensätzlichen Therapieangeboten)
- Bereitschaft zur Wissenserweiterung auf dem Gebiet der Zwangserkrankungen (neue Medikamente, Therapiemöglichkeiten, ...)

## 10.2. Spezielle Anforderungen

Spezielle Anforderungen an Sozialpädagogen bei der erlebnistherapeutischen Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station sind:

- Kenntnisse über die Wirkungen erlebnistherapeutischer Maßnahmen
- Erfahrungen im erlebnispädagogischen / erlebnistherapeutischen Bereich
- Bewahrung der Handlungsfähigkeit in extremen Situationen
- Ausstrahlung von Sicherheit auch außerhalb des klinischen Alltages
- Fähigkeit zu Planen und zu Organisieren
- Einholen und Vergleichen von Angeboten

## 10.3. Kompetenzen für das therapeutische Klettern

Vom Grundsatz her können alle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Personen mit diesem »Medium« arbeiten, üblicherweise wird es allerdings von Bewegungstherapeuten und Sozialpädagogen durchgeführt. Es ist sinnvoll, wenn zwei bis drei Mitarbeiter einer Station mit dem Klettern vertraut sind, das heißt, sie müssen eine spezielle Ausbildung durchlaufen haben, die sie dazu befähigt, mit Kindern klettern zu gehen. Dabei geht es vor allem auch um die Kenntnisse in Bezug auf Sicherheit.

Grundsätzlich ist eine positive Einstellung zum Klettern unabdingbar. Auch persönliche Klettererfahrung sollte vorhanden sein, da nur dadurch die Erlebnisse und Gefühle von Patienten entsprechend verstanden und bearbeitet werden können.

Das therapeutische Klettern stellt im Bereich der Therapie von Zwangserkrankungen eine Besonderheit dar. Wie auch bei der Motopädagogik sind sich der Therapeut und das Kind, bedingt durch objektive Erfordernisse wie Gurt anlegen etc., auch körperlich sehr nahe. Ein Körperkontakt kann beim Klettern nicht vermieden werden. Diesen Aspekt sollte man bei den Voraussetzungen nicht außer Acht lassen, da nicht jeder Therapeut eine große körperliche Nähe zum Patienten zulassen kann oder möchte.

Es wird für sinnvoll gehalten, wenn verschiedene Therapeuten die unterschiedlichen Therapiebereiche abdecken. Das heißt z.B., dass der Psychotherapeut (Arzt/Psychologe) sich auf die rein verbale therapeutische Ebene beschränkt und eine andere Person aus

## *10. Anforderungen an Sozialpädagogen in der KJP*

dem Team sich dem Klettern mit dem Patienten widmet. Die Rollen sind somit klar definiert und innerhalb des Teams auch gut abgrenzbar und reflektierbar. (Zajetz, 2008)

Egal, welche Berufsgruppe mit den Patienten klettert, jeder sollte innerhalb der Grenzen seines Berufes bleiben. Das würde in einem direkten Vergleich unterschiedliche Herangehensweisen und Verläufe bedeuten. »Basis ist zu jeder Zeit der berufliche Hintergrund, das Klettern ist lediglich ein, wenn auch sehr besonderes, Werkzeug« (Zajetz, 2008, S. 12)

# 11. Konzept einer Klettertherapie

Im folgenden Abschnitt wird das konzeptionelle Vorgehen beschrieben, wie es in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ablaufen könnte, wenn das therapeutische Klettern als ein Therapiebaustein mit eingebunden wird.

## 11.1. Räumliche Bedingungen

Es ist nicht zwingend notwendig, in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Kletterwand für das therapeutische Klettern zu haben. Es gibt in fast allen größeren Städten mittlerweile öffentliche Kletteranlagen, die zum Teil auch für bestimmte Zeiten zur Alleinnutzung angemietet werden können. Laut [www.ontopklettern.de](http://www.ontopklettern.de) gibt es in Deutschland weit mehr als 350 öffentlich zugängliche Kletteranlagen bzw. kommerzielle Kletterhallen und die Zahl ist steigend. (OnTopKlettern, 2009)

Die Möglichkeit, an einer eigenen Anlage zu klettern, die sich in unmittelbarer Nähe zur Klinik befindet, hat zweifelsohne nicht nur logistische Vorteile. Die Anlage muss für therapeutische Zwecke nicht groß sein. Die Zeiteinteilung ist einfacher, wenn nicht noch zusätzlich lange Hin- und Rückfahrtswege eingeplant werden müssen. Außerdem können die Zeiten für das therapeutische Klettern dann auch bei Bedarf an den aktuellen psychischen Zustand des Patienten angepasst werden. Die Frequenz von therapeutischen Klettereinheiten wird bei einer eigenen »Wand« deutlich höher sein, als die aufwendiger zu planende Nutzung öffentlicher Anlagen. Außer Frage steht natürlich der Kostenfaktor für den Aufbau und die Instandhaltung einer klinikeigenen Anlage, sowie die Anschaffung der entsprechenden Kletterausrüstung (wie Gurte, Seile, Karabiner etc.)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stuttgart ist in der ausgesprochen glücklichen Lage über einen Kletterraum mit ca. 5m Deckenhöhe im Kellergeschoß der Klinik zu verfügen. Zusätzlich konnte, aus Spendenmitteln finanziert, noch an der Außenwand des Gebäudes eine ca. 10m hohe Kletterwand installiert werden.

## 11. Konzept einer Klettertherapie

Dies erlaubt, Therapieeinheiten auch kurzfristig einzuplanen oder zu verschieben, wenn es die aktuelle Situation erfordert. Ein weiterer großer Vorteil einer klinikeigenen Kletterwand ist die direkte Verfügbarkeit von Ärzten und anderen Mitarbeitern zu Unterstützung in schwierigen therapeutischen Situationen, wie sie besonders bei der Arbeit mit zwangskranken Patienten immer wieder auftreten können.

### 11.2. Vorbereitung

Grundvoraussetzung für den Beginn einer Klettertherapie ist eine stabile physische Konstitution des Patienten, d.h. die Person ist trotz ihrer Zwangshandlungen körperlich in einem unkritischen Zustand bezüglich z.B. dem Ernährungs- und Flüssigkeitshaushalt.

Es wird vorab im Team (Arzt, Therapeut und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes) besprochen, ob es sinnvoll ist, diesem Patienten das Klettern anzubieten. »Anbieten« deshalb, da es wenig Sinn machen würde mit einem Kind zu klettern, welches entweder gar keine Motivation hat an seinem Krankheitszustand etwas zu ändern, bzw. bei dem das Interesse am Klettern (am Ausprobieren) nicht vorhanden ist. Dazu kommt die Überlegung, wie lange der Patient voraussichtlich noch stationär behandelt wird und ob der Beginn einer solchen Therapie zeitlich noch sinnvoll ist. Um mit dem Klettern zu beginnen, sollte noch ein gewisser zeitlicher Rahmen zur Verfügung stehen, da ein langsamer Einstieg gerade bei psychisch kranken Kindern unumgänglich ist.

Wenn die Entscheidung seitens des therapeutischen Teams positiv ausgefallen ist, werden die Eltern über das Vorhaben in einem Elterngespräch informiert. Inhaltlich sollte dieses Gespräch an den folgenden Fragen orientiert sein:

- Was für ein Ziel wird mit diesem Angebot verfolgt?
- Wie ist geplant vorzugehen?
- Was für Auswirkungen kann es auf die Therapie und den Patienten haben?
- Wer wird das Klettern durchführen?
- Wann kann damit begonnen werden?
- Ist es geplant, auch die Eltern mit einzubeziehen?

## 11. Konzept einer Klettertherapie

Im Allgemeinen ist es für den kompletten Therapieprozess von entscheidender Bedeutung, dass die Eltern die Möglichkeit bekommen, den Maßnahmen zuzustimmen bzw. sie zu hinterfragen oder auch abzulehnen.

Anschließend wird das Vorhaben mit dem Kind in einer Einzeltherapie oder in einer vorbereiteten Gesprächssituation besprochen. Das Kind soll erfahren, was das Ziel beim Klettern ist, wer diese Therapieeinheiten mit ihm machen wird, wann sie regelmäßig stattfinden werden, wie lange das Klettern voraussichtlich durchgeführt wird und natürlich ein paar Worte zu dem eigentlichen Ablauf einer »Kletterstunde«. Das soll dem Kind Klarheit darüber geben, oder zumindest eine Vorstellung davon, was dort »passieren« wird. Es sollte vermieden werden, zu diesem Zeitpunkt von großen Leistungen und Höhen zu sprechen, da somit wieder Ängste ausgelöst werden können, die das weitere Procedere erschweren würden. Eine, dem Alter des Patienten angemessene Wortwahl (frei von Fachbegriffen) sollte selbstverständlich sein.

Zum Schluss wird ein Anfangstermin festgelegt, damit sich das Kind gut darauf einstellen kann. Im Team sollte vorab noch überlegt werden, wann und in welcher Form der »Klettertherapeut« seine Beobachtungen, Erlebnisse und Ergebnisse ins Team einbringt. Sie können regelmäßig in die Übergabe (Früh- und Spätdienst) mit einfließen, bzw. in Fallbesprechungen und/oder Fallsupervisionen thematisiert werden. Auch im Elterngespräch mit dem behandelnden Therapeuten sollte für die Rückmeldung bezüglich dem Klettern Platz sein.

Empfehlenswert ist die Festlegung auf mindestens eine Besprechungsform. Ansonsten besteht die Gefahr, das einfach »nur geklettert« wird und die Reflexion des Geschehen vernachlässigt wird. Demzufolge wäre auch der Transfer des gelernten Verhaltens bezüglich der Zwangssymptome in den Alltag nicht gegeben. Diese Rückmeldungen sind besonders dann unerlässlich, wenn der Therapeut nicht im eigentlichen Team mitarbeitet, sondern vielleicht das Klettern für mehrere klinische Stationen übernimmt. Auch in Hinsicht auf das zunehmend erforderliche Qualitätsmanagement ist eine Dokumentation der Therapieeinheiten unerlässlich. Es sollten neben der Anzahl und Dauer der Klettereinheiten in Kurzform die inhaltlichen Schwerpunkte einer jeden Einheit dokumentiert werden, verbunden mit der Darstellung des Verhaltens des Patienten. Anhand dessen kann nach einer gewissen Zeit eine Entwicklung des Kindes abgelesen werden.

Zur weiteren Vorbereitung gehört auch die Überlegung seitens des Therapeuten, welche Angebote dem Kind bezüglich des Kletterns gemacht werden sollen. Diese sind

abhängig von der körperlichen Verfassung, von der Ausprägung der Zwangserkrankung und der Motivation des Patienten.

### 11.3. Durchführung

Das Prinzip beim therapeutischen Klettern sollte »Vom Einfachen zum Schweren« sein. Die Patienten müssen langsam an etwas Neues herangeführt werden. Es ist immer zu bedenken, dass sie sich das Klettern nicht als Freizeitaktivität ausgesucht haben, sondern es soll für sie einen therapeutischen Nutzen haben, sie in der Bewältigung einer schweren Erkrankung voranbringen.

#### 11.3.1. Kennenlernen der Örtlichkeit und des Materials

Durch das Therapeuten – Patienten Gespräch in der Vorbereitung sollte möglichst schon eine gewisse Vertrauensbasis hergestellt worden sein. Beide kennen sich namentlich, haben vereinbart, wie sie sich ansprechen und können dann zum Kennenlernen des Kletterraumes übergehen. Dabei ist es sehr wichtig, den Patienten gut zu beobachten, ihn zu nichts zu drängen und ihm die Zeit zu lassen, die er braucht, um den Raum und die Gegebenheiten anzuschauen und auf sich wirken zu lassen.

Der Klang im Raum, die Geräusche, der Geruch und natürlich das momentane Befinden des Patienten sollten im Gespräch thematisiert werden. So ist gewährleistet, dass der Kontakt zwischen Patient und Therapeut nicht abreißt und sich das Kind un bemerkt vielleicht schon mit seinen (Zwangs-) Gedanken auseinander setzt.

Es ist zu beachten, dass schon diese erste Situation bei einem zwangskranken Kind Angst und Panik auslösen kann. Es ist eine komplett fremde Umgebung für das Kind. Es weiß noch nicht genau, was ihn erwartet und vielleicht hat es schon enorm viele Gedanken hinsichtlich von Verschmutzung, Krankheiten, Enge des Raumes etc. Schon in diesem frühen Stadium der Klettertherapie kann es notwendig werden, die Situation zu verkürzen oder gar abubrechen, weil die psychische Situation des Patienten durch die Zwangsgedanken zu labil wird. In dem Fall empfiehlt sich eine Wiederholung nach einer kurzen Entspannungspause oder ein neuer Termin in kurzem Abstand.

In einem nächsten Schritt (das kann bei problemlosen Erleben auch in einem Schritt erfolgen) wird mit dem Patienten das konkrete Vorgehen besprochen. Was sind die Inhalte der ersten Therapieeinheiten? Was muss der Patient dabei leisten? Was passiert,

## 11. Konzept einer Klettertherapie

wenn er bestimmte Situationen nicht aushält? Dieses Vorgehen soll verhindern, dass unnötige Ängste oder überhöhte Erwartungen entstehen.

In diesem Zusammenhang werden auch die verwendeten Materialien erklärt, gezeigt und wenn möglich zum Anfassen und Fühlen dem Patienten in die Hand gegeben. Auch hier muss damit gerechnet werden, dass gerade bei Patienten mit einem Waschzwang ein Anfassen am Anfang noch nicht möglich sein wird. Es erklärt sich an dieser Stelle nochmal die Notwendigkeit des Zeitlassens bei dieser Therapie. Drängt man das Kind zu bestimmten Handlungen, die es eigentlich durch seine Befürchtungen, dass anschließend etwas »Schlimmes« passiert, nicht durchführen kann, wird man vermehrte Zwangshandlungen provozieren.

Der Patient sollte versuchen, die Materialien in die Hand zu nehmen – Gurte, Seile, Karabiner und Kletterschuhe (die Herausforderung bei den Schuhen ist anfangs bestimmt noch zu groß, da die Furcht vor Keimen und Krankheiten dort besonders ausgeprägt sein wird). Durch das Befühlen soll der Zustand der Dinge beschrieben werden. Eigenschaften wie glatt, rau, kalt, warm, metallisch, fest, locker, angenehm und unangenehm werden formuliert. Diese allgemeinen Zustandsbeschreibungen sind eine gute Möglichkeit mit dem Patienten über nicht symptomgeprägte Themen ins Gespräch zu kommen.

### 11.3.2. Erste Übungen am Boden

Gelingen die o.g. Schritte gut und lösen keine anschließenden extremen Zwangshandlungen aus, kann mit einem weiteren Schritt begonnen werden. Jetzt kommen Seile, Hölzer und ähnliche Materialien zu Einsatz. Es werden z.B. Seile auf den Boden gelegt, auf denen das Kind balancieren soll. Hierzu lassen sich verschiedenen Varianten ausprobieren:

- auf dem Seil erst vorwärts, dann seitlich und dann rückwärts balancieren
- 2 Seile parallel legen und mit jedem Fuß auf einem Seil balancieren, ohne den Boden zu berühren (variieren des Seilabstandes)
- 2 Personen balancieren umeinander herum
- es müssen Hindernisse auf dem Seil oder Kantholz überwunden werden
- blind (mit verbundenen oder geschlossenen Augen) balancieren



## 11. Konzept einer Klettertherapie

- barfuss über das Seil balancieren – eine Herausforderung vor allem bei Patienten mit einem Waschwang

Diese Übungen können mehrere Therapieeinheiten beanspruchen. Ganz wichtig ist die Besprechung von Gefühlen beim direkten Erleben, z.B. wenn der Therapeut merkt, dass sich das Kind bei der Übung nicht wohl fühlt, dass es sich vielleicht selber sogar überfordert, um den Vorgaben des Therapeuten gerecht zu werden. Vor allem aber auch das positive, angenehme Gefühl etwas geschafft zu haben, ein Ziel erreicht zu haben oder einfach nur, keine Angst gehabt zu haben, muss mit dem Patienten verbalisiert werden.

### 11.3.3. Arbeit an der Kletterwand

Als nächster Schritt kann mit der Arbeit an der Kletterwand begonnen werden. Auch hier sollte der Therapeut mit dem Patienten vorab über Ängste in Bezug auf die Höhe beim Klettern sprechen. Ab wann glaubt der Patient Angst zu bekommen? Ist es schon beim Anblick der Höhe der Wand? Ist es erst, wenn er auf einem Stuhl steht oder erst auf einer hohen Leiter oder gar einem Turm? Vielleicht löst die Höhe selber auch gar keine Angst aus. Diese Befindlichkeiten haben verständlicherweise Auswirkungen auf das weitere Vorgehen mit dem Patienten.

Als nächstes erfolgen ein paar einfache Aufwärm- und Dehnungsübungen, um die Muskulatur auf die folgende Anstrengung vorzubereiten. Diese Übungen können eventuell auch bewirken, dass sich der Patient auf seine körperlichen Empfindungen konzentriert. Beispielsweise: Wie fühlen sich meine Hände an? Sind sie vom vielen Waschen vielleicht schon ganz rissig, tut es weh, wenn ich die Haut spanne? Fällt dem Therapeuten eventuell sogar auf, dass manche Übungen in einer bestimmten Anzahl (Zählzwang!) wiederholt werden müssen?

Diese Beobachtungen können gleich in der aktuellen Situation angesprochen werden. Vielleicht ist anschließend sogar eine Erleichterung des Patienten spürbar, weil er sich in seiner Person angenommen und beachtet fühlt. Um den Therapieprozess nicht zu gefährden, sollte der Therapeut an dieser Stelle keine Bewertungen der Zwangshandlungen oder Gedanken anstellen, sondern dem Patient gegenüber Empathie vermitteln. Häufig ist es in diesem Rahmen für den Patienten leichter, über Probleme und Ängste zu reden, als in der frontalen Einzelpsychotherapie in den Räumlichkeiten des Arzt oder Psychotherapeuten.

## 11. Konzept einer Klettertherapie

Die Gesprächsebenen verschieben sich, weg von dem reinen Gespräch, hin zum gemeinsamen Erleben. Hier lässt sich eine eindeutige Verbindung zur Erlebnistherapie / Erlebnispädagogik erkennen.

Der Patient kann jetzt das Klettern im unteren Bereich der Wand ohne Gurt beginnen. Dabei gibt es auch wieder eine enorme Bandbreite an Variationsmöglichkeiten. Der Patient kann:

- ein Stück hoch klettern (Boden ist mit Matten ausgelegt - Fallschutz)
  - eine bestimmte Strecke seitwärts an der Wand entlang klettern
  - versuchen die Gliedmaßen an bestimmten Stellen an der Wand zu überkreuzen und damit andere Möglichkeiten zur Erreichung von Griffen probieren
  - nach Farben an den Klettergriffen klettern
  - blind klettern und nur durch Tasten die nächsten Griffe erreichen
- »Ziel ist es, sich nicht nur auf seine Augen zu verlassen, sondern die Griffe und vor allem auch die Tritte zu erfühlen und ständig eine kontrollierte Position inne zu haben.« (Perwitzschky, 2003, S. 111)

Diese Übungen zeichnen sich durch unterschiedliche Schwierigkeitsgrade aus. Der Therapeut wird in seinen Stunden mit verschiedenen zwangskranken Patienten feststellen, dass jeder anders mit den Anforderungen umgeht. Für den einen ist das Klettern nach Farben völlig problemlos, während es für einen anderen Patienten mit einer Zwangsstörung unmöglich ist, den nächsten Schritt zu machen, da in seinem Gedankenkonstrukt die Farbe rot unbedingt gemieden werden muß. Sie bedeutet für ihn eine Assoziation zu Blut und Tod.

Solche Situationen sind seitens des Therapeuten alleine durch Beobachten nicht immer eindeutig zu verstehen. Deshalb sind fortlaufende Absprachen über den gegenwärtigen psychischen Zustand des Patienten auch während des Kletterns unerlässlich. Dazu können Fragen gestellt werden wie: Wie groß ist die Angst gerade? Wird die Angst mehr? Warum geht der nächste Schritt nicht? Was brauchst du, damit der nächste Schritt gelingen kann? Wie geht es dir, wenn ich dich stütze und dabei berühre?

Wie bei den anderen Stufen auch, werden die Übungen mehrere Male durchgeführt, solange bis sich der Patient gut und sicher fühlt. Währenddessen kann es auch im späteren Verlauf immer wieder vorkommen, dass Übungen vom Kind abgebrochen werden, weil die gerade zu bewältigende Anforderung zu schwer ist. Das kann auch dann

## 11. Konzept einer Klettertherapie

vorkommen, wenn es diese Übungen schon einmal konnte. Solche Situationen können entstehen, wenn das Kind vielleicht gerade aus einem schwierigen Elterngespräch kommt, in dem es um Konflikte zwischen den Eltern ging. Die psychische Belastung ist in diesem Fall für den Patienten zu groß. Zur Stabilisierung seines inneren Gleichgewichts tragen Übungen bei, bei denen sich der Patient bereits sicher fühlt und sich auf seine Fähigkeiten stützen kann.

### 11.3.4. Klettern mit dem Klettergurt

Bei dem folgenden Schritt wird das Klettern in der horizontalen Ebene ergänzt mit dem vertikalen Klettern. Zur Sicherung vor Stürzen ist ab ca. 2m über dem Boden ein Klettergurt zu benutzen. Bei diesem Klettern sind die physischen Anforderungen noch höher, da es mehr Kraft und Koordination erfordert. Gleichzeitig wird die körperliche Distanz zwischen Patient und Therapeut größer. Es liegt jetzt immer mehr die Länge des Seiles dazwischen. Dieses mag bei einigen Patienten Angst auslösen, da sie alleine in einer bestimmten Höhe handeln müssen und Vertrauen finden müssen. Es wird Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und Vertrauen dem Sichernden gegenüber verlangt, da sie sich am Ende zum Abseilen in den Gurt setzen müssen und frei schwebend vor der Wand hinab gelassen werden. Bei anderen Patienten wird es vielleicht eine Entspannung geben, da ihnen der größere Abstand zum Therapeuten angenehmer ist.

Das Kind wird am Anfang mit den einfachsten und grundlegenden Sicherungstechniken vertraut gemacht. Dazu gehören auch die gebräuchlichen Kommandos zum Klettern und Abseilen. Bevor der Patient an der Wand klettert, kann das Setzen in den Gurt schon mal am Boden bzw. in geringer Höhe an der Wand geübt werden. Um sich diesen Schritt zu trauen, ist viel Überwindung notwendig. Auch schon Kinder sind sich schnell bewusst, dass sie beim Klettern mit Seil und Gurt vollkommen auf den Partner am Boden angewiesen sind. Aufgrund dessen ist absolutes Vertrauen unbedingt notwendig.

Unterstützt wird das Gefühl der Sicherheit durch einen unerlässlichen Partnercheck. Er muss immer vor dem Klettern durchgeführt werden. Beide Personen kontrollieren gegenseitig ihre eingebundenen Seile und Knoten und den korrekten Schluss der Karabiner. Wenn der Patient dann an der Wand klettert, sollte er zunächst in einer für ihn noch angenehmen Höhe verharren und das Abseilen probieren bzw. vom Sichernden langsam herabgelassen werden.

## 11. Konzept einer Klettertherapie

Wenn das Gefühl, sich in den Gurt zu setzen, zu viel Angst bedeutet, kann der Patient die Wand auch wieder herab klettern. Dazu muss man aber wissen, dass dieser Weg der schwierigere ist, da man die Tritte an der Wand nur ertasten und nicht sehen kann. Wenn nach einigen Wiederholungen das Abseilen klappt, kann der Patient auch in größeren Höhen klettern. Man kann dann davon ausgehen, dass ein Abseilen auch aus höheren Bereichen klappen wird.

Auch beim Klettern mit dem Gurt sind wieder verschiedene Übungen an der Wand möglich, um auch bei mehrmaligen Beklettern der gleichen Wand noch neue Erfahrungen zu machen und neue Erlebnisse für den Patienten zu schaffen. Der Kreativität des Therapeuten sind hier keine Grenzen gesetzt.

Je nach Zeitkontingent, bezogen auf die noch fortdauernde stationäre Behandlung und dem entsprechenden Therapiefortschritt, kann das therapeutische Klettern noch weiter ausgebaut werden. In einer folgenden Situation könnte man dann das Klettern in einer kleinen Gruppe in Erwägung ziehen.

### **11.4. Klettern in der Einzelsituation bzw. in der Gruppensituation**

Nachdem das Kind einige Therapieeinheiten alleine mit dem Therapeuten erlebt hat und aus anfangs schwierigen Situationen im Verlauf der Behandlung Lernerfolge geworden sind, kann jetzt mit einer weiteren Herausforderung begonnen werden.

Zu der kleinen Zweiergruppe (Patient und Therapeut) kommen jetzt noch andere Patienten dazu. Eventuell lässt sich eine Gruppe mit zwangskranken Kindern zusammensetzen, oder es kommen Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen in die Gruppe. Das Ziel dieser Gruppensituation ist, dass die Patienten das soziale Gefüge in der Gruppe beobachten, erfahren und eventuell auch ganz neue Aspekte hinzulernen. Sie werden die Erfahrungen machen, wie es ist, an der Wand zu stehen und von anderen Patienten beobachtet zu werden, aber auch angefeuert zu werden bzw. Hilfestellungen von ihnen zu bekommen.

Der Therapeut kann sich mit seinen Äußerungen immer mehr zurücknehmen. Er ist aber immer noch die sichernde Person. Erst nach einigen Gruppenstunden, wenn alle Vertrauen zueinander gefasst haben, ist ein Klettern in Patientengruppen (Patient–

## 11. Konzept einer Klettertherapie

Patient) denkbar. Dabei steht der Therapeut weiterhin als zweite sichernde Person dahinter.

Im folgenden werden die Vorteile und Nachteile aufgelistet, welche sich aus der Einzel- bzw. Gruppensituation für die beteiligten Personen ergeben.

### 11.4.1. Vor und Nachteile der Einzelsituation

#### positiv

- Intensive Zweiersituation ohne Störfaktoren von außen
- Volle Konzentration auf die Problematik des Patienten möglich
- Peinlichkeiten und Scham seitens des Patienten sind gering
- Verbesserung / Intensivierung der therapeutischen Beziehung
- Erhöhter Lerneffekt hinsichtlich spezieller Zielsetzungen (motorisch, psychisch)
- Höheres Zeitkontingent, Möglichkeit länger an einer Sache dran zu bleiben

#### negativ

- Eventuelle Krisen müssen alleine gehandhabt werden
- Für den Patienten besteht keine Rückzugsmöglichkeit in der Menge
- Beklommenheit und Anspannung durch intensive Beobachtung des Patienten durch den Therapeuten

### 11.4.2. Vor und Nachteile der Gruppensituation

#### positiv

- Größerer Lerneffekt bezüglich der sozialen Kompetenzen
- Patient sieht und erlebt, dass auch andere Probleme haben (andere haben auch Angst = Gemeinschaftsgefühl)
- Steigerung des Verantwortungsgefühles durch das Sichern von Mitpatienten oder die Gabe von Hilfestellungen

## 11. Konzept einer Klettertherapie

- Gemeinschaftliche Erlebnisse, die anschließend in Gesprächen und Situationen weiter vertieft werden können
- Hohe Motivation durch Bestärkung von Mitpatienten («Du schaffst das.»)
- Lob und Kritik von Gleichaltrigen wird häufig höher bewertet (peer group)

### **negativ**

- Möglichkeit, sich in der Gruppensituation zu verstecken
- Eventuelle Überforderung, da das Kind sich in der Gruppe nicht blamieren will
- Nur geteilte Aufmerksamkeit seitens des Therapeuten
- Konfrontation des Therapeuten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zur gleichen Zeit
- Ein kleineres Zeitfenster für den Einzelnen

### **11.4.3. Fazit**

Es gibt keine alleinige Lösung. Anfangs wird gerade bei Zwangspatienten die Einzelsituation eine größere Priorität haben, da der Aspekt ANGST eine große Rolle bei Patienten mit dieser Erkrankung spielt. Nur so können die kleinen bzw. kleinsten Schritte der Annäherung an die Wand in einem beschützten Rahmen vollzogen werden. Zur Festigung von Therapieerfolgen erweist sich sicherlich die Gruppensituation als vorteilhafter, da der Aspekt des sozialen Lernens und der Übertragung von Gelerntem (bzw. erlebten Dingen) in die Gruppe und später ins häusliche Umfeld angestrebt werden soll.

## **11.5. Beendigung und Nachbereitung der Therapieeinheit**

Nach ca. 45 Minuten in der Einzelsituation bzw. 1 Stunde in der Gruppensituation sollte das Klettern beendet werden, um dem oder den Patient(en) die Möglichkeit zu geben, die Eindrücke und Erlebnisse zu verarbeiten. Es sollte generell am Ende

## 11. Konzept einer Klettertherapie

der Einheit das gemeinsame Aufräumen der benötigten Materialien stehen, um nach anstrengenden Minuten einen ruhigen Ausklang zu finden.

Ein festgelegter Ablauf einer solchen Therapieeinheit gibt dem Kind eine Struktur vor, an der entlang es sich entwickeln kann. Dazu gehört dann jedes Mal die Begrüßung, ein kurzer Informationsaustausch über die psychische und/oder physische Situation des Patienten, ein Gespräch über den geplanten Ablauf der Klettereinheit und zum Ende das gemeinsame Aufräumen mit einer Reflexion des Erlebten.

Für das Kind ist es von entscheidender Bedeutung, am Boden nochmal die Möglichkeit zu bekommen, über seine Gefühle, Erfolge, Freude über Erlebtes aber auch Ängste, Enttäuschungen etc. zu reden. Dazu ist es wichtig, dass ein zeitlicher Rahmen eingeplant wird. Es sollte weder schon der nächste Termin anstehen, noch sollte die Zeit unbegrenzt ausgedehnt werden. Es geht um eine gegenseitige Rückmeldung von Patient und Therapeut.

Der Patient bekommt die Gelegenheit, seine Gefühle in Worte zu fassen, dem Therapeuten zu berichten was ihm gut gefallen hat, wo es Schwierigkeiten gab und was eventuell für die nächste Einheit sein Ziel ist. Der Therapeut wiederum kann dem Patienten seine Beobachtungen mitteilen, seine Vermutungen hinsichtlich der Gefühlslage des Kindes äußern und ebenfalls einen Ausblick auf kommende Stunden geben. Somit soll erreicht werden, dass weder Patient noch Therapeut mit unausgesprochenen Problemen, Enttäuschungen oder einfach Unbehagen aus der Situation gehen.

Treten schwerwiegendere Probleme auf, ist eine Verschiebung der Besprechung auf das nächste psychotherapeutische Einzelgespräch anzustreben. Eventuell ist es aber notwendig, kurzfristig einen Gesprächstermin mit dem Arzt oder Psychologen (einschließlich dem Klettertherapeuten) zu vereinbaren, um gerade bei zwangskranken Patienten die psychische Situation nicht zu gefährden. Eine Verschlechterung des Zustandes wäre voraussichtlich durch die Zunahme der Zwangshandlungen schnell sichtbar.

Nicht nur nach jeder Klettereinheit sollte es einen Abschluß geben, sondern auch zum Ende der stationären Therapie ist es vorteilhaft, wenn eine abschliessende Klettereinheit eingeplant werden kann. Sie dient dazu, die gefestigte Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht einfach abrechnen zu lassen, sondern ihr ein offizielles Ende zu geben. Es können noch einmal alle Ergebnisse, die über die Zeit erreicht wurden, durch Klettern in einer gelockerten Atmosphäre aufgegriffen werden. Das können spielerische Elemente sein oder nochmal das Klettern einer bestimmten beliebten Pas-

## *11. Konzept einer Klettertherapie*

sage, nochmal bis ganz nach oben, nochmal eine ganz schwierige Situation aufgreifen und wiederholen. Vielleicht wurden auch Fotos oder Videos von der Klettertherapie gefertigt, die zum Abschluß gemeinsam angeschaut werden können.

Eventuell ist es auch möglich, die Klettertherapie in ambulanter Form weiter zu führen, wenn der Patient aus der stationären Therapie in die ambulante Behandlung entlassen wird.



## **12. Einbindung in das multiprofessionelle Team**

Wie schon in Kapitel 11.2 erwähnt, ist das therapeutische Klettern keine Freizeitbeschäftigung für Patient und Therapeut, sondern ein möglicher Bestandteil der stationären psychiatrischen Therapie. Das hat zur Folge, dass nicht einfach »nur so« geklettert wird, sondern die Ergebnisse von dort werden aktiv in den laufenden Therapieprozess integriert.

### **12.1. Pflege- und Erziehungsdienst**

Der Therapeut, der mit dem Kind/Jugendlichen klettern geht, gibt seine Beobachtungen an die anderen Mitarbeiter des Teams weiter. In erster Linie sind das die direkten Mitarbeiter auf der Station, die über den Verlauf der vergangenen Einheit zeitnah informiert werden müssen, um das Verhalten des Patienten interpretieren zu können und dementsprechend darauf zu reagieren. Das ist vor allem dann unabdingbar, wenn die Therapie für den Patienten nicht zufriedenstellend verlaufen ist und sich als Folge dessen seine Zwangshandlungen oder Gedanken verstärken. Es reicht für diese Informationsweitergabe eine kurze Rückmeldung des Therapeuten an die zuständigen Betreuer auf der Station. Verändertes Verhalten kann somit schneller eingeordnet werden. Eine zeitnahe Dokumentation der Erlebnisse bzw. Schwierigkeiten in der Patientenakte sichert den Informationsfluss auch für die nachfolgenden Betreuungszeiten.

### **12.2. Therapeutisches Team**

Die »Kurzübergabe« ersetzt aber nicht eine ausführliche Weitergabe der Ergebnisse aus der Klettertherapie. So wie Ärzte und Psychologen in Teambesprechungen oder

## 12. Einbindung in das multiprofessionelle Team

speziellen Fallbesprechungen über die Fortschritte bzw. den Verlauf der Einzeltherapie (inkl. Elterngespräche) berichten, so soll auch Zeit eingeräumt werden, um ausführlicher über die Inhalte der Klettertherapie eines jeden Patienten zu sprechen. Nur so ist es allen Beteiligten möglich, an Fortschritte aus den einzelnen verschiedenen Therapieformen im Stationsalltag anzuknüpfen und den Patienten in der Richtung weiter zu fördern. In gleicher Weise muss der Austausch mit den Bewegungstherapeuten erfolgen, da sie in ihrer therapeutischen Arbeit sehr ähnlich sind und sich aber nicht gegenseitig behindern sollen. Aus Erfahrung sind deshalb die im ca. 1 bis 2-wöchigen Abstand stattfindenden Fallbesprechungen am besten geeignet, da dort eine Vielzahl von beteiligten Therapeuten, Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst und Lehrer anwesend sind. Eine schriftliche Dokumentation, im Idealfall ergänzt mit ein paar Fotos, macht auch für gerade abwesende Therapeuten und Mitarbeiter die Ergebnisse nachvollziehbar.

### 12.3. Sozialarbeiter

Wird für den Patienten eine ausserhäusliche Unterbringung nach der stationären Therapie in Erwägung gezogen, ist es sinnvoll, den entsprechenden Sozialarbeiter von dem allgemeinen Verlauf der Klettertherapie in Kenntnis zu setzen. Spricht der Patient sehr gut auf die Klettertherapie an, macht es eventuell Sinn nach einer Einrichtung zu suchen, die diese Form der Therapie weiterführen kann. Das setzt natürlich Freude und Motivation des Kindes am Klettern voraus.

### 12.4. Eltern als Ko-Therapeuten ihres Kindes

In Verbindung mit den Einzeltherapiestunden des Patienten werden auch immer wieder die Eltern / Angehörigen mit in die Therapie einbezogen. Da sie in der Vorbereitung des therapeutischen Kletterns schon nach ihrem Einverständnis befragt wurden, sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass sie über den Verlauf und die Ergebnisse des Kletterns informiert werden. Eventuelle Verhaltensänderungen des Kindes in Bezug auf die Symptomatik könnten auf Erlebnisse beim Klettern zurückzuführen sein und werden dadurch für die Angehörigen verständlich. Es kann entweder der behandelnde Arzt / Psychologe diese Information weiter geben oder in gewissen Abständen kommt der »Klettertherapeut« persönlich zu den Elterngesprächen hinzu.

## 13. Einbeziehung der Familie

Anders, als bei erwachsenen Patienten mit einer Zwangserkrankung ist es gerade bei Kindern von entscheidender therapeutischer Bedeutung, die Eltern und gegebenenfalls Geschwister mit in die Therapie einzubeziehen. Das Kind lebt in dieser Umwelt und hat es in den meisten Fällen geschafft, ein Konstrukt um seine Zwangshandlungen zu bauen, in das die ganze Familie involviert ist. Um aus diesem »Teufelskreislauf« zu entkommen, müssen die Eltern regelmäßig, wenn notwendig auch in kurzen Abständen, zu den Elterngesprächen in die Klinik kommen.

Je nach der vorliegenden familiären Problematik wird man sich für gemeinsame Gespräche mit beiden Elternteilen, oder für getrennte Gespräche mit der Mutter und dem Vater entscheiden.

Für die Arbeit mit dem Elternpaar wird man sich entscheiden, wenn Erziehungskompetenzen nicht ausreichend vorhanden sind oder Konflikte über die Erziehungsmethoden zwischen den Elternteilen bestehen. Gespräche mit einem Elternteil sind zu bevorzugen, wenn diese Person ebenfalls unter krankhaften Auffälligkeiten leidet (Zwänge, Depressionen, etc.). Diese Form der Einbeziehung der Eltern wird auch dann angewendet, wenn ein Elternteil nicht zur Mitarbeit bereit ist. In diesem Fall bleibt aber abzuwägen, ob die stationäre Therapie des Kindes erfolgreich sein kann. Mit der Gesamtfamilie wird gearbeitet, wenn es Probleme gibt, die die Familienbeziehungen untereinander betreffen und die Geschwister aufgrund ihres Alters in der Lage sind, die Therapie zu unterstützen. (Schmelzer, 2007)

Nach erfolgreichen Einzelstunden mit Patient und Therapeut kann daran gedacht werden, auch Familienangehörige in das Klettern zu integrieren. Die Beteiligung der Eltern vs. Elternteile bzw. Geschwister sollte nicht als langwierige Variante eingesetzt werden, sondern als Möglichkeit gesehen werden, dem Kind und seinen Eltern zu gemeinsamen Erlebnissen unter Begleitung zu verhelfen. Wichtig ist dabei, dass dieser Therapieabschnitt nicht beginnt, wenn es in der eigentlichen Psychotherapie um die Bearbeitung einer schwierigen Thematik, wie Ursachenklärung, Konflikte in der

### 13. Einbeziehung der Familie

Paarbeziehung etc. geht. Die Belastung psychischer Art wäre in diesem Fall zu groß. Ausgangspunkt sollte eine relativ stabile Beziehung zwischen Arzt/Psychotherapeut und Eltern sein, in der Probleme und Konflikte jeglicher Art angesprochen werden können. Da auch beim Klettern der Angehörigen mit ihren Kindern Schwierigkeiten auftreten können, muss eine Möglichkeit zur Nachbesprechung eingeräumt werden. Dafür ist vorrangig der Therapeut zuständig, der das Klettern durchführt, aber auch der behandelnde Arzt/Psychotherapeut.

Bei der Einbeziehung von Angehörigen in das Klettern sollte bedacht werden, dass auch diese Unbehagen oder sogar Angst verspüren. Das kann z.B. Unsicherheit bezüglich des Kletterns sein oder auch Unsicherheit im Umgang mit dem eigenen Kind. Auch Paarprobleme werden eventuell spürbar und treten durch die entspannte Kletteratmosphäre deutlich hervor. Die Eltern sind sich meist der besonderen Beobachtungssituation bewusst. Das mögliche Auftreten solcher Probleme sollte auch schon im Vorfeld angesprochen werden, um die Erwartungen und Anforderungen auf beiden Seiten zu klären.

Nicht alle Familienangehörigen haben sportliche Ambitionen. Es können somit verschiedene Möglichkeiten der Einbeziehung in Betracht gezogen werden. Es kann bei der einfachen Beobachterrolle bleiben oder über das Sichern des Kindes bis zum eigenen Klettern reichen. Letzteres setzt Vorkenntnisse voraus oder einen großen zeitlichen Rahmen, in dem die grundlegenden Klettertechniken vermittelt werden können. Eine Ablehnung der Eltern oder Geschwister gegenüber der eigenen Teilnahme am Klettern muss akzeptiert werden. Durch forciertes Nachfragen bezüglich ihrer Teilnahme erhöht sich die Gefahr, dass die therapeutischen Maßnahmen durch die Eltern generell abgelehnt werden.

Auch auf Seiten des Kindes ist es wichtig abzuklären, ob eine Beteiligung der Eltern zum aktuellen Zeitpunkt angemessen ist, oder erst ein Beziehungsaufbau zu den Angehörigen durch therapeutische Gespräche erfolgen muss. Eine tragfähige Vertrauensbeziehung ist unerlässlich. Eine angespannte familiäre Situation (z.B. Wut auf das Kind, weil der Waschzwang den gesamten Familienalltag durcheinander bringt) ist kontraproduktiv. Der Unmut würde schnell vom Kind wahrgenommen werden und das Gefühl, sich auf den Partner verlassen zu können, sich gesichert und beschützt zu fühlen, kann sich so gar nicht erst einstellen. Aufgrund der geschilderten Aspekte sollte am Anfang nur die passive Teilnahme der Eltern stehen (Zuschauen, Reflexion der Gefühle am Ende der Therapiestunde). Erst später kann die aktive Teilnahme in Form von

### *13. Einbeziehung der Familie*

Sichern des Kindes oder eigenem Klettern in Betracht gezogen werden.

Es versteht sich von selbst, dass der Therapeut immer anwesend ist, bei schwierigen Situationen sofort eingreifen kann und später beim Sichern immer noch zusätzlich als sichernde Person das Seil in der Hand hält.

Ein abschließendes Gespräch am Ende einer jeden gemeinsamen Stunde sollte zwingend zum Ablauf gehören. Somit können die Eltern bzw. Geschwister ihre Erlebnisse mit dem Kind und der Situation sofort austauschen und Probleme oder Auffälligkeiten können auch von Seiten des Therapeuten direkt angesprochen werden.

**Teil III.**

**Fallbeispiel**

# 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Folgenden wird eine Patientin beschrieben, die 7 1/2 Monate stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (im Folgenden: KJP) behandelt wurde. Es handelt sich um eine , zur Zeit der Aufnahme 11 jährige Gymnasialschülerin.

Die klinische Diagnose lautet: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (ICD 10: F42.2 ) Sie äußert Angst vor dem Tod, Verschmutzung und Ansteckung. Als Reaktion zeigt sie heftigste Wasch- und Ordnungszwänge. Hinzu kommt eine ängstlich depressive Stimmung, die länger als 6 Monate andauerte und mit sozialem Rückzug bis zur völligen Isolierung verläuft. Außerdem weist sie Appetit- und Schlafstörungen auf (ICD 10: F41.2) und zeigt ausgeprägte histrionische Verhaltenszüge.

Die Patientin wird krisenmäßig, (d.h. keine geplante stationäre Therapie) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, nachdem es zu Hause zu immer größerer Eskalation der Ängste und Zwangshandlungen kommt. Dabei steht das Händewaschen im Vordergrund und es gibt massive Probleme beim Trinken und der Nahrungsaufnahme. Des Weiteren treten Schlafprobleme auf, da es dem Mädchen nicht mehr möglich ist, in ihrem Bett zu schlafen. Sie ist körperlich total starr, angespannt und emotional total aufgelöst.

Die ersten Anzeichen der Erkrankung treten ca. 6 Monate vor der stationären Therapie auf. Die Patientin ist bis dahin ein unproblematisches, fröhliches, aufgeschlossenes, sogar teils forsches Kind. Sie hat eine drei Jahre ältere Schwester, die die gleiche Schule besucht. Die Einschulung erfolgt zeitgerecht und es gibt bisher keine Schul- oder Leistungsprobleme.

Symptomatisch zeigt das Mädchen seit mehreren Wochen, mit zunehmender Tendenz, folgendes Bild:

Zu Beginn zeigen sich Angstzustände beim Einschlafen (Zittern) mit zunehmenden

#### 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

bedrohlichen Gedankeninhalten (z.B. Feuer könnte ausbrechen). Nach einer Schulfreizeit, bei der das Mädchen erstmals von zu Hause weg war, prägen sie Ängste vor Schmutz, Verunreinigung und Krankheit. Zur Neutralisierung dienen ausgedehnte Zwangshandlungen, das Aussortieren von Kleidung und Gegenstände, die nicht weiter benutzt werden können. Diese Verhaltensweisen und Ängste steigern sich innerhalb von 3 Monaten so stark, das ein Schulbesuch nicht mehr möglich ist und die Patientin auch nicht mehr das Haus verläßt. Zu Hause dominiert sie alle Abläufe. Aus Angst vor Kontamination mit Keimen aus der Luft darf kein Fenster mehr geöffnet werden und Nahrungsmittel müssen von Familienmitgliedern oder ihr selbst beobachtet werden, damit sie nicht verunreinigt werden. Dazu kommt das Händewaschen bis zu 100x am Tag mit der Folge von völlig roten, rissigen und blutigen Händen. Tätigkeiten zu Hause sind nicht mehr möglich, da alle Gegenstände ihres bisherigen Lebens nicht mehr von ihr angefasst werden können. Dazu zählen Bücher, Spiele, Stifte, Gitarre, Sammelobjekte und ihre Kleider. In für sie »gefährlichen« Situationen sammelt sie ihre Spucke im Mund, um eventuell enthaltene Keime nicht in ihren Körper zu transportieren. Die Angst vor Ansteckung ist extrem ausgeprägt. Die Patientin hat große Angst um ihre Mutter, die eigentlich nicht mehr das Haus verlassen darf, und schon gar nicht im Dunkeln zurückkehren darf. Selbst elektrische Geräte im Haus machen ihr Angst, da über die Leitungen Gefahr für ihre Gesundheit droht. Das Mädchen hat zu ihrer eigenen Beruhigung zu Hause einen selbst gepackten Notfallkoffer neben ihrem Bett stehen. Das erwähnte Sammeln von Speichel nimmt solche Ausmaße an, das sie nicht mehr in der Lage ist zu sprechen (in der Schule und zu Hause). Besonders wenn sie im Freien ist, gibt es viele angstausslösende Aspekte wie z.B. tote Tiere, die Leichengift verbreiten, unabhängig von der Größe der Tiere – auch tote Mücken oder Würmer wirken auf sie bedrohlich.

Kurz vor der stationären Aufnahme eskaliert die Situation in der Schule, nachdem eine Lehrerin über die Spinne »schwarze Witwe« berichtet und im anschließenden Unterricht ein Ei zerlegt werden muss. Die Angst vor Salmonellen ist übermächtig und sie kann ab sofort das Biologieheft nicht mehr berühren und die an diesem Tag getragene Kleidung nicht mehr anziehen. Nach dieser Zuspitzung der Symptome und der extrem eingeschränkten Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kommt es über die behandelnde Kinderärztin zur stationären Aufnahme.



## 14.1. Verlauf der multimodalen Therapie

Das Mädchen kommt in einem ungepflegten Zustand (Krisenaufnahme) auf die Station. Sie erinnert in ihrem Erscheinungsbild an ein zwanghaft strukturiertes, anorektisches Mädchen. Sie hat seit Tagen nicht geduscht, sich nicht die Zähne geputzt und auch die Haare sind ungewaschen. Ihre Kleidung ist dreifach in Tüten verpackt und wird im obersten Fach des Schrankes (weg vom Boden!) nach stundenlangen Räumaktionen verstaut. Sie kann sich auf der Station nicht hinsetzen und nimmt anfangs ausschließlich eine Beobachterposition ein. Bezüglich ihrer Wäsche geht die Patientin so weit, dass sie einnässt, um einen Wäschewechsel zu erzwingen oder die blutigen Hände werden an der Bettwäsche abgewischt, damit sie das Bett neu beziehen darf. Es gibt sehr viele Schauplätze von Kontrolle und Gegenkontrolle.

Zunächst gestaltet sich die Therapie so, dass die Patientin zwei mal wöchentlich zur Einzeltherapie bei der betreuenden Psychologin geht und man dort versucht, ihre Therapieziele zu formulieren. Dabei werden sinnvolle von unsinnigen, selbst auferlegten Regeln herausgearbeitet und es wird aufgeschrieben, was die Patientin alles nicht mehr kann und was sie z.T. auf der Station bereits wieder tut. Es wird mit ihr Ressourcen orientiert gearbeitet. Nach der Klärung der Ziele gibt es folgende Auflistung:

1. Hände nicht mehr so arg waschen
2. Speichel nicht mehr sammeln
3. etwas wieder ohne so viele Bedenken tun können (Spielen, Lesen, Trinken)

Begleitet wird die Psychotherapie schon von Beginn an mit Entspannungsübungen. Nach 4 Wochen stationärer Therapie wird mit der Eindosierung eines Medikamentes (Zoloft - Antidepressivum) begonnen. Das Krankheitsbild ist so stark ausgeprägt, dass man sich nach eingehender Besprechung im Team zur unterstützenden Medikation entschließt. Die Patientin und die Eltern werden umfassend über die Wirkung und Nebenwirkungen des Medikamentes aufgeklärt und geben ihr Einverständnis. Das Medikament wird von der Patientin gut angenommen und auch gut vertragen. Die depressive Verstimmung und die Zwangshandlungen zeigen sich dadurch deutlich gebessert. Zum gleichen Zeitpunkt wird mit gestufter Konfrontation mit Reaktionsverhinderung bezüglich des Händewaschens begonnen. Ihr selber wird das Krankheitsbild der Zwangserkrankung erklärt, um ihr lernen zu helfen, dass die entstehenden Ängste aushaltbar sind und so zu erfahren, dass die gefürchteten Ereignisse auch ohne die Zwangshandlungen nicht auftreten.

#### 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Über die ersten Wochen wird ein Trinkplan geführt, um zu gewährleisten, dass sie im stationären Alltag mit Schule, Therapien und Aktivitäten ausreichend Flüssigkeit zu sich nimmt. Dieser Plan ist häufig schwer umzusetzen, da das Trinken noch lange Zeit mit Angst vor Krankheiten verbunden ist. Zu der multimodalen Therapie gehört auch ein wöchentlicher Termin in der Bewegungstherapie, wo es um Körpererfahrung und Entspannung geht, sowie ein wöchentliches Angebot zur Gestaltungstherapie. Zusätzlich wurde ihr zur Unterstützung der Therapie das therapeutische Reiten und, nach Beendigung dessen, das therapeutische Klettern angeboten, was sie auch gerne annimmt.

**Elternarbeit:** Die Eltern kommen regelmäßig zu den vereinbarten Gesprächsterminen. Je nach Erfordernis finden diese Gespräche mit den Eltern alleine, oft aber auch mit der Patientin statt. Auch Einzelgespräche mit Mutter oder Vater, sowie ein Hausbesuch werden durchgeführt. Der Hausbesuch wird von therapeutischer Seite als sinnvoll erachtet, da es im familiären Umfeld etliche Schwierigkeiten gibt, die nur durch die Elterngespräche nicht eindeutig zu bearbeiten sind. Da die Familie mit Oma, Opa, Onkel und Tante in einem Haus wohnt, sind auch entsprechend viele Personen in die Symptomatik der Patientin involviert. Oma und Opa werden von ihr gemieden, da sie alt sind und Krankheiten haben können. Viele Freizeitaktivitäten werden mit der gesamten Familie ausgeführt und Kontakte nach außen nur durch die Mutter über Kirche und Chor wahrgenommen.

Im Verlauf der Elternarbeit stellt sich heraus, dass die Familie den Krankheitsauslöser außerhalb der Familie sieht (Schullandheimaufenthalt). Der Vater bezeichnet sich selbst als einen Perfektionisten, der auch vor Jahren stressbedingt mit psychosomatischen Beschwerden eine Kur in Anspruch nahm. Die Mutter der Patientin ist voll in das Krankheitsgeschehen involviert, wird kontrolliert und erledigt Dinge, die ihr die Tochter vorschreibt. Sie steht sehr unter diesem Druck und leidet unter den Aggressionen und körperlichen Zurückweisungen ihrer Tochter.

In der Elternarbeit werden die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder immer wieder thematisiert. Der Vater hat seine früheren Aktivitäten aufgegeben und die Mutter kann nur noch Dinge tun, wenn es die Familie nicht tangiert. Ihr wird eine Einzeltherapie zum Abbau ihrer eigenen Ängste und Unsicherheiten empfohlen. Auch die Schwester wird in die Therapie einbezogen, da sie unter der Gleichbehandlung mit ihrer jüngeren Schwester leidet.

#### 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Reittherapie:** Zum Therapieangebot zählt auch die Reittherapie, die die Patientin anfangs alleine und später mit ihrer Mutter in regelmäßigen Abständen in Anspruch nimmt. Dabei geht es vor allem um den Kontakt zu den Tieren, die Erlebnisse im Stall, die Körpererfahrung und die gemeinsame freudige Aktivität mit der Mutter.

**Erlebnispädagogisch-orientierte Freizeit:** Die Patientin nimmt an einer einwöchigen Klinikfreizeit (Zeltlager) teil. Da sie zu diesem Zeitpunkt schon lange in stationärer Behandlung ist und dank der Kombinationstherapie viele Fortschritte gemacht hat, kann sie an der Freizeit mit einer relativ gelösten Grundstimmung teilnehmen. Sie schafft es, dort in einem See zu baden, sich nicht ständig die Hände zu waschen und ihre Tasche auf dem Boden des Zeltes stehen zu lassen. Es gibt aber auch etliche schwierige Situationen, da Gelerntes aus dem Klinikalltag nicht einfach in das freie Leben in einem Zeltlager übertragen werden kann.

**Therapeutisches Klettern:** Durch die örtlichen Gegebenheiten kann die Patientin am therapeutischen Klettern in der Klinik teilnehmen. Aufgrund der Schwere der Erkrankung wird damit erst nach einigen Wochen der stationären Therapie begonnen. Da die Patientin vom Temperament her ein sehr lebhaftes Mädchen mit einem großen Bewegungsdrang ist, findet sie schnell Freude daran und hat Lust zu dieser unterstützenden Therapieform. Der Beziehungsaufbau zum Therapeuten ist problemlos, da es gleichzeitig ihre Bezugsperson von der Station ist. Es wird in sehr kleinen Schritten vorgegangen, da die Patientin anfangs große Berührungängste mit etlichen Faktoren hat (Kellerraum, Seile auf dem Boden, keine direkte Waschmöglichkeit).

In mehreren Einzelstunden werden ihre Fähigkeiten durch gezielte Übungen erweitert und gefestigt. Zum Ende ihres stationären Aufenthaltes ist es ihr möglich, sich den Klettergurt anzuziehen, der vorher auf dem Boden lag und von mehreren Personen vor ihr getragen wurde und die Wand zu beklettern. In der eigentlichen Klettersituation gibt es durch die langsame Dosissteigerung der Anforderungen relativ wenig Schwierigkeiten. Angespannt wird die Situation dann häufig auf der Station erlebt, wenn das Händewaschen dort zeitlich reglementiert wird.

Nach dem eigentlichen Klettern wird mit der Patientin das Erlebte besprochen. Es wird versucht, sie auf der emotionalen Ebene zu erreichen und sie durch eigene Rückmeldungen zu animieren, ihre Empfindungen in Worte zu fassen. Wie auch bei den anderen Therapieformen bleibt dieser Fakt bis zum Therapieende unbefriedigend. Sie

## 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

äußert sich, wenn sie zu den Erlebnissen befragt wird, aber die Aussagen zu ihrer Gefühlslage bleiben oberflächlich und wirken gezwungen. Sie versucht, durch eine hohe Redefrequenz und betont lustiges Verhalten in der ihr unangenehmen Situation, die Oberhand zu behalten.

Es scheint ihr aber trotz allem einiges an der Durchführung des Kletterns zu liegen, da sie immer wieder nach neuen Terminen fragt. Wahrscheinlich nutzt sie für sich die Einzelsituation als ein besonderes Herausstellungsmerkmal gegenüber den anderen Patienten in der Gruppe. Sie genießt, aufgrund ihres gesteigerten Bewegungsdranges, das Angebot zu klettern und sich somit körperlich noch etwas mehr zu verausgaben.

Zum Abschluss des therapeutischen Kletterns werden die Eltern eingeladen, bei einer Stunde mit der Patientin anwesend zu sein und an den Erlebnissen der Tochter durch Zuschauen teilnehmen zu können.

**Hausbesuch:** Zum besseren Verständnis der familiären Verhältnisse wird mit der Patientin, dem Therapeuten und den Bezugspersonen ein Hausbesuch geplant. Es kann so ein Einblick in die Lebensumstände gewonnen werden (z. Bsp. stehen auf jedem Stockwerk im Haus Hausschuhe, da mit dem getragenen Paar die Etage nicht verlassen werden darf). Auch wird nochmals deutlich, wie stark die Mutter in die Zwangshandlungen involviert ist und wie stark die Gleichbehandlung ihrer 3 Jahre älteren Schwester in der Praxis aussieht. Diese Informationen können zeitnah in die stationäre Therapie einfließen.

**Schulversuch:** Nach monatelanger Beschulung in der Schule für Kranke im Krankenhaus absolviert die Patientin einen 14 tägigen externen Schulversuch in ihrer Heimschule. Dieses Vorhaben gelingt sehr gut und beinhaltet auch das eigenständige Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel.

### 14.2. Zusammenfassung des Fallbeispiels

Aufgrund der Schwere der Erkrankung verläuft die Therapie über mehrere Monate. Da die Patientin das gesamte Familiensystem in die Symptomatik eingeschlossen hat und allgemein eine sehr stark nach außen abgegrenzte Familienbindung besteht, ist es angesagt, die notwendige Psychotherapie stationär durchzuführen. Nur so ist ein Abstand

#### 14. Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie

zur Familie möglich, der dem Kind eigene Lernfelder ermöglicht. Zur Unterstützung der Verhaltenstherapie wird ein Medikament gegeben, das die depressive Grundstimmung verbessert. Außerdem bekommt die Patientin die Möglichkeit zur Bewegungstherapie, zur Gestaltungstherapie, zur Reittherapie und zum therapeutischen Klettern. Durch dieses vielseitige Angebot an Therapiemaßnahmen, die zeitlich gestaffelt durchgeführt werden, ist der Aktionsradius der Patientin wieder deutlich größer geworden. Es ist möglich, dass sie normal ihre Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt, dass sie eine Woche in einem Zeltlager verbringt und sie nach einem erfolgreichen Schulversuch wieder in ihr soziales Umfeld entlassen werden kann. Es ist bis zum Ende der Therapie feststellbar, dass sie Gelerntes nicht selbstverständlich in ihr »Verhaltensrepertoire« aufnimmt. Sie überprüft immer wieder aufs Neue, ob sie bei bestimmten Handlungen ertappt wird und findet so einen Anlass ihre Unruhe und Aggression auf das Gegenüber zu übertragen. Es ist auch bis zum Ende schwierig, die Patientin zu angemessenen Emotionsäußerungen zu bewegen. Auch ihr Kontrollverhalten bzw. Dominanzstreben in Gruppensituationen ist stark ausgeprägt.

Im Rückblick kann man zusammenfassend feststellen, dass die Symptomatik an der Schwelle zur Pubertät in vollem Umfang ausgebrochen ist, in einer Situation, in der sie das erste Mal alleine die Familie verlassen hat (Schullandheim). Ihr Autonomiekonflikt kam voll zum Tragen und auf ihre Angst vor der eigenen Courage reagierte sie mit Rückzug und Regression. Die Symptomatik der Zwangserkrankung brachte ihr die abrupte Abgrenzung gegen die Familie, gegen gemeinsame Werte und Aktivitäten.

Für eine gute Prognose spricht die gute Begabung und die Ressourcen der Patientin wie Sport, Reiten und ihre Kreativität. Die Entlassung erfolgt im Einverständnis mit den Eltern in eine ambulante Weiterbetreuung.

# Abschlussbetrachtungen

»Klettern ist heilsam für Körper und Seele«

Dieser Aussage in einem Artikel der Stuttgarter Nachrichten vom 13. Januar 2010 kann auch nach intensiver Beschäftigung mit dem Thema für die vorliegende Diplomarbeit zugestimmt werden. Zu Beginn der Arbeit stand die Behauptung, das therapeutische Klettern eine Unterstützung in der Therapie von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sein kann. Diese Aussage kann eindeutig bejaht werden.

Nach der Ausarbeitung der Vielschichtigkeit der Symptome von Zwangserkrankungen, lässt sich vermuten, dass auch das Therapieangebot breit gefächert sein sollte. So ist es möglich, durch unterschiedliche Herangehensweisen die Krankheitssymptome zu verbessern und zu versuchen, die Ursachen bzw. auslösenden Faktoren herauszufinden. Die Ursachenklärung lässt sich am besten durch psychotherapeutisch orientierte Gesprächsführung erreichen. Zur Behandlung der Symptome bietet sich vor allem die Verhaltenstherapie mit Psychoedukation, familiärer Intervention sowie der Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung an. Als hilfreiche Ergänzung wird in Einzelfällen auch die Pharmakotherapie hinzugezogen.

Da gerade in der Therapie von Kindern der zeitliche Rahmen ihrer Aufmerksamkeitsspanne und die mögliche Gesprächstiefe reduziert sind, bietet es sich insbesondere in der Altersgruppe der unter 18-jährigen an, die Behandlung auf handlungsorientierte Therapiebereiche auszuweiten. Da die Patienten verschiedene Interessen haben, macht es Sinn, unterstützende Therapieangebote auch an etwaigen Vorlieben der Patienten zu orientieren. Das kann die Kunst-, Musik- oder Reittherapie ebenso wie das – zunehmend verbreitete – therapeutische Klettern sein.

Um therapeutisches Klettern in einem stationären Umfeld anbieten zu können, muss eine entsprechende räumliche Möglichkeit mit einer Kletterwand gegeben sein, bzw. im näheren Umfeld gut erreichbar sein. Mindestens ein auf dem Gebiet fortgebildeter Mitarbeiter ist ein unabdingbares Kriterium, um das Klettern überhaupt anbieten zu

## *Abschlussbetrachtungen*

können. Das Klettern muss zeitlich und personell geplant werden, sowie von den klinisch tätigen Mitarbeitern gewollt bzw. akzeptiert sein. Nur so kann eine erfolgreiche Umsetzung eines solchen Konzeptes erwartet werden.

Zwangsstörungen lassen sich durch die Mannigfaltigkeit der Symptome und der schnellen Veränderbarkeit der Zwangshandlungen nur mit einem hohen Zeitaufwand behandeln. Das spricht aber gerade für den Einsatz des therapeutischen Kletterns, da dort in sehr kleinen Schritten vorgegangen werden muss und auch dieser Ablauf einen großen zeitlichen Rahmen voraussetzt. Es ist nicht sehr sinnvoll einen Patienten kurz vor seiner Entlassung aus der Klinik in ein Kletterprojekt einzubinden. Die Erwartungshaltung wäre auf beiden Seiten zu groß und die Gefahr der Überforderung durch unangemessen große Schritte wäre enorm hoch.

Die Wahl der geeigneten Therapiemaßnahme verlangt eine große Flexibilität und sollte sich an der Frage orientieren »Was könnte dieser Mensch in genau jenem Moment brauchen?« (Zajetz, 2008, S. 4)

Ist die Entscheidung gefallen, einem zwangskranken Kind das therapeutische Klettern anzubieten, wird es nicht viel Motivationsarbeit brauchen, um es zum Mitmachen zu animieren. Klettern übt auf Kinder eine große Faszination aus und Kletterwände ziehen sie geradezu magisch an. Warum sollte das bei zwangskranken Kindern und Jugendlichen grundlegend anders sein? Es stehen vielleicht einige Hürden dazwischen, die überwunden werden wollen. Aber mit einer guten Dosierung der Schwierigkeit und einer flexiblen Setzung des Ziels ist es möglich, die Übungen optimal den Möglichkeiten der Patienten anzupassen.

Klettern bedeutet volle Konzentration, Planung und Koordination sowie die Wahrnehmung seiner eigenen Anspannung und physischen und psychischen Grenzen. Wie stolz kann ein Patient mit Waschzwang sein, der es schafft, an einer Wand zu klettern, die schon viele Hände vor ihm berührt haben. Ist es geschafft, soviel Faszination und Willenskraft zu entwickeln, wird der Patient an der Wand nicht daran denken, wie oft und wie lange er jetzt eigentlich seine Hände waschen würde. Wenn dieses Erleben dann noch auf den stationären bzw. häuslichen Alltag ausgeweitet werden kann, ist ein Riesenschritt in der Behandlung geschafft. Auch schon kleinste Erfolge bei Übungen am Boden, auf Seilen oder an der Wand bieten sich an, durch Lob und Anerkennung den Patienten weiter zu motivieren. Anerkennung für körperliche Leistungen, und sind sie noch so klein, ist beim Klettern leichter zu formulieren, als in der Psychotherapie im Gespräch. Gerade im Gespräch zwischen Patient und Therapeut werden häufig die

## *Abschlussbetrachtungen*

problembehafteten Situationen angesprochen. Beim Klettern hingegen darf der Patient auch Freude und Spass an der Sache finden, ohne ständig an seine schwierige Symptomatik zu denken.

Da Angst beim Klettern immer ein Thema ist, kann es gerade auch bei Zwangspatienten in der Therapie mit aufgegriffen werden. Die Angst vor Höhe, vor Schmutz, vor Krankheiten, Angst etwas getan oder unterlassen zu haben, ist bei zwangskranken Menschen enorm groß. Beim Klettern werden sie damit in unterschiedlicher Form immer wieder konfrontiert. Durch die immer wieder stattfindende Auseinandersetzung mit der Angstsituation kann den Patienten geholfen werden, ihre Grenzen besser wahrzunehmen und mit diesen adäquat umzugehen.

Aufgrund der geschilderten positiven Aspekte ist es wünschenswert, dass noch mehr therapeutische Einrichtungen, dem Trend folgend, therapeutisches Klettern für zwangskranke Kinder und Jugendliche anbieten. Vielleicht ist Klettern im Moment nur eine Modisportart, die sich auch auf therapeutische Bereiche ausweitet und in einigen Jahren durch andere Aktivitäten abgelöst wird. Dieser Gedanke ist zwar prinzipiell nicht abwägend, aber die bisherigen Erfahrungen, wie auch in dieser Arbeit dargelegt, lassen es wahrscheinlicher erscheinen, dass das therapeutische Klettern sich nicht nur im orthopädischen Bereich etabliert, sondern auch gerade im weiten Feld der psychiatrischen Krankheitsbilder einen anerkannten Stellenwert durch weitreichend gute Behandlungserfolge erzielt.



# Literaturverzeichnis

- Altherr, P. (2007). Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Bd. 1 Grundlagen* (2. Aufl.) (S. 713 – 725). dgvt-Verlag.
- Ambühl, H. (2008a). *Frei werden von Zwangsgedanken* (1. Aufl.). Patmos.
- Ambühl, H. (2008b). Indikationsstellung und Therapie der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, S. 457 – 467.
- Barnow, S., Freyberger, H. J., Fischer, W. & Linden, M. (2003). *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung* (3. Aufl.). Huber, Bern.
- Beckmann, S. (2008). *Ich besiegte meinen Waschzwang. Innenansicht einer Therapie* (1. Aufl.). Patmos.
- Benkert, O. & Lenzen-Schulte, M. (1997). *Zwangskrankheiten: Ursachen, Symptome, Therapien* (1. Aufl.). C.H.Beck.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, D. (Hrsg.) (2009). *ICD-10-GM 2010 Systematisches Verzeichnis : Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – German Modifications* Online. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2010/systematik/x1gbp2010.zip>.
- Döpfner, M., Hastenrath, B. & Goletz, H. (2007). Konfrontation und Reaktionsverhinderung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Bd. 2 Diagnostik und Intervention* (2. Aufl.) (S. 353 – 376). dgvt-Verlag.
- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. Aufl.). Deutscher Ärzte Verlag.

- du Bois, R. & Resch, F. (2005). *Klinische Psychotherapie des Jugendalters* (1. Aufl.). Verlag W. Kohlhammer.
- Ecker, W. (2005). *Die Krankheit des Zweifelns. Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen* (3. Aufl.). CIP-Medien.
- Goletz, H. & Döpfner, M. (2008). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In *Basisinformationen Zwangserkrankungen* Kap. 5, (S. 21 – 26). Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
- Hebebrand, J. & Warnke, A. (2009). Zwangsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 4, S. 364 – 366.
- Hornung, W. & Terbrack, U. (2004). *Zwänge überwinden: Ratgeber für Menschen mit Zwangsstörungen und deren Angehörige* (1 Aufl.). Elsevier, München.
- Jans, T., Walitza, S. & Warnke, A. (2008). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, S. 429 – 456.
- Knölker, U. (2005). Zwangsstörungen bei Jugendlichen - Fallbeispiele, Diagnose, Therapie. *Z-aktuell*, (S. 4 – 5).
- OnTopKlettern (2009). Geschichte des Sportkletterns. [Online; Stand 5. Januar 2010]. <http://www.ontopklettern.de/wissenswertes/einfuehrung>.
- Perwitzschky, O. (2003). *Klettern. Alles über Ausrüstung, Technik. Training und Sicherheit* (1. Aufl.). Bv Buchverlag.
- Reinker, J. & Müller, H. (2008). Pädagogischer Dienst auf einer allgemeinpsychiatrischen Station einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. In S. Denner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen* (1. Aufl.) (S. 85 – 99). Verlag W. Kohlhammer.
- Schmelzer, D. (2007). Probleme und Möglichkeiten begleitender Elternarbeit. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Bd. 1 Grundlagen* (2. Aufl.) (S. 463 – 509). dgvt-Verlag.
- Stengler, K. (2007). *Zwänge verstehen und hinter sich lassen: Was Betroffene und Angehörige selbst tun können* (1. Aufl.). Trias Verlag.
- Wewetzer, C., Jans, T., Beck, N., Reinecker, H., Klampfl, K., Barth, N., Hahn, F., Remschmidt, H., Herperzt-Dahlmann, B. & Warnke, A. (2003). Interaktion, Familienklima, Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. *Verhaltenstherapie*, 13, S. 10 – 18.

## Literaturverzeichnis

Wikipedia (2009). Therapeutisches Klettern — Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Online; Stand 18. Januar 2010. [http://de.wikipedia.org/wiki/Therapeutisches\\_Klettern](http://de.wikipedia.org/wiki/Therapeutisches_Klettern).

Winter, S. (2004). *Sportklettern mit Kindern und Jugendlichen* (2. Aufl.). BLV Verlagsgesellschaft.

Zaborowski, J. (2002). Pflege- und Erziehungsansätze in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen. In A. Kuchenbecker (Hrsg.), *Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 253–263). Verlag Modernes Lernen.

Zajetz, A. K. (2008). Scriptum Psychotherapie- und Erlebnispädagogik - Teil der Ausbildung 'Klettern als Therapie'.

# Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, daß ich die vorstehende Diplomarbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Stuttgart, den 26. Januar 2010