

Larissa Retzmann

**Therapeutisches Klettern mit Kindern und
Jugendlichen mit komplexen
Traumatisierungen
Handlungsempfehlungen für eine
traumasensible Praxis**

Larissa Retzmann

Therapeutisches Klettern mit Kindern und
Jugendlichen mit komplexen
Traumatisierungen
Handlungsempfehlungen für eine
traumasensible Praxis



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Larissa Retzmann

**Therapeutisches Klettern mit Kindern und Jugendlichen mit
komplexen Traumatisierungen
Handlungsempfehlungen für eine traumasensible Praxis**

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Larissa Retzmann

ISBN 978-3-947502-54-7

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Grundlagen der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen.....	3
2.1 Psychotraumatologische Grundannahmen.....	3
2.2 Traumafolgen aus biopsychosozialer Perspektive.....	5
2.3 Traumasensibilität und Traumapädagogik.....	10
3 Klettern als erlebnistherapeutische Intervention.....	14
3.1 Erlebnispädagogik und Erlebnistherapie	14
3.2 Modelle erfahrungsorientierten Lernens	17
3.3 Grundlagen des Kletterns	19
3.4 Therapeutisches Klettern	21
3.5 Entwicklungsfördernde Aspekte des Kletterns	22
3.6 Therapeutisches Potential des Kletterns	24
4 Therapeutisches Klettern mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen.....	28
4.1 Förderpotentiale des therapeutischen Kletterns für Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumafolgen	28
4.2 Risiken und Grenzen des Kletterns mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgen	31
4.3 Handlungsempfehlungen für eine traumasensible Kletterpraxis	34
4.3.1 Sichere Rahmenbedingungen schaffen	34
4.3.2 Stabilisierung, Entspannung und Lebensfreude fördern	36
4.3.3 Bindungsorientiert begleiten und kommunizieren	37
4.3.4 Sicherer Umgang mit Flashbackerleben und Dissoziation	38
4.3.5 Selbstwahrnehmung und Selbstverstehen anregen.....	39
4.3.6 Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.....	41
5 Fazit und Ausblick.....	43
Literaturverzeichnis.....	47

„Je weiter ich nach oben komme, desto ruhiger werde ich – wie ein Strom, der sich nach der Unruhe in den Stromschnellen in den weiten Ebenen seines Deltas verliert.

Ein Augenblick, wo es weder ein Gestern noch ein Morgen gibt.

Ein Moment, wo man nicht einen einzigen Gedanken an die Vergangenheit noch einen an die Zukunft verschwendet.

Ich lebe im Jetzt.

Ich lebe das wahre Leben.“

(Huber 2020, S. 148)

1 Einleitung

Die Zahl der Inobhutnahmen aufgrund von Kindeswohlgefährdungen ist in den letzten 10 Jahren stetig gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt Destatis 2021a; 2021b). In der stationären Kinder- und Jugendhilfe werden entsprechend zunehmend Kinder und Jugendliche mit hochbelasteten Lebensverläufen (vgl. Schmid 2012) und aus Familiensystemen mit multikomplexen Problemlagen (vgl. Romanowski 2019) aufgenommen. So gelten – je nach Studie – rund 60 bis 80 % der Kinder und Jugendlichen in stationären Wohngruppen als traumatisiert (vgl. Schmid 2013a; 2013b; Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige 2018, S. 228). Traumatische Lebenserfahrungen und damit eingehende biopsychosoziale Mehrfachbenachteiligungen betreffen demnach den überwiegenden Teil der Klient*innen der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

Die komplexe Traumafolgestörung wurde vor diesem Hintergrund zum Gegenstand des Fachdiskurses, um ein tieferes Verständnis von verhaltensbezogenen und emotionalen Beschwerden zu entwickeln, welche über die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hinausgehen (vgl. Ziegenhain 2013; Schellong 2013; Rosner 2013). Die damit einhergehenden Anforderungen an das Hilfesystem führten zudem zur Entwicklung einer spezifischen Traumapädagogik. Diese gilt inzwischen als eigenständige (sozial-)pädagogische Fachdisziplin (vgl. Rothdeutsch-Granzer, Weiß & Gahleitner 2015; Schmid, Wiesinger, Lang, Jaszkowic & Fegert 2007).

Daneben wird sowohl im stationären Kinder- und Jugendhilfesetting als auch im Rahmen ambulanter und ergänzender Angebote der Jugendhilfe erlebnispädagogisch gearbeitet (vgl. Günder 2011; Esser 2014). Auch gibt es bereits Praktiker*innen, die sich mit der Verknüpfung von trauma- und erlebnispädagogischen Methoden beschäftigt haben (vgl. z.B. Haupt-Scherer 2017; de Hair 2017; Thiesen 2017).

Das Klettern als erlebnispädagogisches und therapeutisches Medium wiederum erfreut sich seit einigen Jahren besonderer Beliebtheit in klinischen und psychosozialen Handlungsfeldern (vgl. Einwanger 2015; Lukowski 2017b). So wurden jüngst Studien zum therapeutischen Klettern bei seelischen Erkrankungen durchgeführt und positive Wirksamkeiten auf Stimmungslage und seelisches Befinden nachgewiesen (vgl. Lukowski 2017b, S. 32; Karg, Dorscht, Kornhuber & Luttenberger 2020). Jedoch fehlen Ansätze, die unter Berücksichtigung eines „trauma sensiblen“ (Strauß 2016, S. 456) Vorgehens entwickelt wurden, die also den Besonderheiten komplexer Traumata Rechnung tragen. Das Auftreten traumabedingter psychischer Belastungen bei einer Mehrheit der Klient*innen der stationären Jugendhilfe einerseits und der häufige Einsatz freizeit- und erlebnispädagogisch ausgerichteten Kletterns andererseits erfordern daher eine Überprüfung der Möglichkeiten und Grenzen derartiger Maßnahmen sowie die Entwicklung

einer traumaspezifischen methodischen Herangehensweise. Es stellt sich die Frage, inwiefern Klettern eine entwicklungsfördernde oder gar therapeutische Wirkung bei der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen bereithält, und wie sich diese Wirkung methodisch befördern lässt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist demgemäß die Untersuchung förderlicher und begrenzender Faktoren des therapeutischen Kletterns mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgen sowie die Entwicklung methodischer Impulse für eine traumasensible Praxis.

Im ersten Teil der Arbeit werden dafür zunächst psychotraumatologische Grundlagen der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen herausgearbeitet. Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit erlebnispädagogischen und -therapeutischen Grundlagen, sowie dem therapeutischen Klettern als eine erlebnistherapeutische Methode in klinischen und psychosozialen Handlungsfeldern. Im dritten Abschnitt erfolgt die Verknüpfung der bislang gewonnenen Erkenntnisse. Neben der Beschreibung der spezifischen Förderpotentiale werden dabei auch begrenzende Aspekte des therapeutischen Kletterns mit jungen Menschen mit traumatischen Erfahrungen diskutiert. Anschließend werden Handlungsempfehlungen für traumasensibel ausgerichtete klettertherapeutische Interventionen formuliert. Zuletzt folgen eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse und ein Ausblick auf die weitere Erforschung und den künftigen Einsatz einer traumasensiblen Praxis therapeutischen Kletterns.

2 Grundlagen der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen

2.1 Psychotraumatologische Grundannahmen

Der Begriff des Traumas kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden, weshalb es in der Fachliteratur eine Vielzahl an Definitionen gibt (vgl. Landolt 2012, S. 15). In seinem griechischen Wortursprung bedeutet Trauma „Wunde“ (vgl. Fischer & Riedesser 2009, S. 24). Ein Psychotrauma kann somit stark vereinfacht als eine schwere seelische Verletzung verstanden werden (vgl. Weinberg 2016, S. 19). Diese Betrachtungsweise nimmt bereits die Folgen für betroffene Menschen in den Blick (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 20). Peichl (2013) betont die Differenzierung zwischen „Traumaereignis – Traumaerlebnis – [und] Traumaverarbeitung“ (S. 51). Damit wird auch die Bedeutung der gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen angesprochen, in die traumatische Erfahrungen eingebettet sind und welche die subjektive Einordnung und Verarbeitung von Traumatisierungen beeinflussen. Weiß (2016) fasst dies wie folgt zusammen: „Die traumatische Realität kann nur dann im Bewusstsein bleiben und erforscht werden, wenn die gesellschaftliche Wirklichkeit dies zulässt“ (S. 68). Zugleich sollte die Tragweite von Traumatisierungen vor allem aus der Perspektive der Betroffenen verstanden werden, da die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten die jeweilige Verarbeitungsreaktion bestimmen und über die Ausbildung klinischer Symptome als Traumafolge mitentscheiden (vgl. Gahleitner, Loch & Schulze 2012).

Nach Huber (2012) gerät das menschliche Gehirn in einer traumatisch erlebten Situation in einen Zustand völliger Überflutung durch extreme äußere Reize. Eine traumatische Erfahrung beinhaltet stets Momente existenzieller Angst, Hilflosigkeit und Bedrohung, wodurch der menschliche Organismus in eine Art Schock verfällt. Die Traumatherapeutin prägte in diesem Zusammenhang den Begriff „Traumatische Zange“ (ebd., S. 38). Analog evolutionärer Überlebensmechanismen als frühe Reaktionsmuster auf lebensbedrohliche Situationen reagieren Menschen demnach mit Erstarrung, wenn weder Kampf noch Flucht möglich ist (vgl. auch Peichl 2013, S. 25). In dieser Notfallreaktion wird der Organismus so stark mit Stresshormonen geflutet, dass eine bewusste Verarbeitung der Geschehnisse verhindert wird. Dazu folgert Weiß (2016): „Wenn man nicht physisch fliehen kann, wird man versuchen, psychisch zu fliehen“ (S. 66). In der Konsequenz spalten traumatisierte Menschen das Erlebte ab, wodurch traumaassoziierte Gefühle, Körperempfindungen, Sinneswahrnehmungen und Erinnerungen als Schutz vor der beschriebenen Überflutungsreaktion aus dem Bewusstsein verdrängt werden.

Dieser Mechanismus der Dissoziation und die hieraus resultierenden Störungsbilder können auch als Überlebensstrategie des psychischen Apparates verstanden werden

(vgl. Fischer & Riedesser 2009, S. 24; Weiß 2014; 2016; Streeck-Fischer 2014, S. 123). Die Leitsymptome der PTBS lassen sich somit als Versuche lesen, die überwältigende Erfahrung nachträglich zu verarbeiten: überflutende Erinnerungen an die traumatische Erfahrung im Hier und Jetzt (Intrusionen/Flashbacks), Vermeidung auslösender Reize und Situationen, die diese Erinnerungen triggern (Konstriktion) sowie ein Zustand erhöhter Alarmbereitschaft und vegetativer Übererregung bei gleichzeitiger Affektverflachung (vgl. Igney 2012, S. 290; Huber 2012, S. 111 f.).

Die Folgen traumatischer Erfahrungen gerieten in der Vergangenheit zunächst durch Kriegstraumatisierungen in den Fokus der fachlichen Betrachtung. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde zunehmend auch das Thema der häuslichen Gewalt enttabuisiert (vgl. Schmiedebach 2019). Betrachtet man die Entstehungsbedingungen von Traumafolgestörungen fällt der Unterschied zwischen der Häufung traumatisierender Erfahrungen im Lebenslauf und einmaligen traumatischen Ereignissen ins Auge. Daher wird in der Psychotraumatologie zwischen Mono- oder Schocktrauma (Typ-I-Trauma) und sequenziellem oder auch komplexem Trauma (Typ-II-Trauma) differenziert (vgl. Terr 1997, S. 29; Garbe 2018, S. 29 – 31). Landolt (2012, S. 17) ergänzt diese Unterscheidung um eine mehraxiale Klassifikation von Traumaursachen. Als besonders destruktiv gelten demnach menschengemachte Katastrophen wie Krieg, häusliche Gewalt oder Vergewaltigung. Diese sind im Gegensatz zu Traumaerfahrungen durch höhere Gewalt, wie beispielsweise Naturkatastrophen, grundsätzlich folgenschwerer für die Überlebenden. Wird interpersonelle Gewalt zudem wiederholt oder dauerhaft erfahren, ist die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung besonders hoch.

Gahleitner, Loch und Schulze (2012) nennen drei Faktoren, die über die Entwicklung eines krankheitswerten Störungsbildes als Traumafolge entscheiden: „Art, Dauer und Umstände der/des Ereignis(s); [...] Alter und Entwicklungsstand des Opfers [...] und [...] das Fehlen oder Vorhandensein von unterstützenden Bedingungen“ (S. 7). Demzufolge sind die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse umso gravierender bei zwischenmenschlicher Gewalt durch bedeutsame Andere, je häufiger und andauernder die Erfahrungen wirken, je jünger die Betroffenen sind und je weniger kompensierende soziale und persönliche Ressourcen zur Verfügung stehen (vgl. Landolt 2012, S. 82 f.; Weinberg 2016, S. 24). Kinder und Jugendliche, welche durch emotionale und körperliche Misshandlung und Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt oder die Zeugenschaft familiärer Gewalt bereits früh und dauerhaft traumatischem Stress ausgesetzt werden, sind daher besonders vulnerabel für die Ausbildung von traumaassoziierten Belastungsreaktionen. Derartige soziale Erfahrungen werden als Kindesmisshandlungen oder Kindeswohlgefährdungen zusammengefasst (vgl. Rassenhofer, Hoffmann, Hermeling, Berthold, Fegert & Ziegenhain 2020, S. 3). Zu den sogenannten „Adverse Childhood Experiences“

(ACE) (Felitti 2003, S. 548) werden weiterhin Suchtmittelmissbrauch, Gefängnisaufenthalt oder psychische Erkrankungen von Familienmitgliedern sowie elterliche Trennung oder Scheidung gezählt (vgl. Rassenhofer et al. 2020, S. 1). Auch hier entscheiden protektive Faktoren einerseits und eine Kumulation von biopsychosozialen Risikofaktoren und Belastungen andererseits über die Ausbildung von Traumafolgen.

2.2 Traumafolgen aus biopsychosozialer Perspektive

Für ein klinisch-sozialarbeiterisches Verständnis komplexer Traumafolgen im Kindes- und Jugendalter eignet sich eine ganzheitliche Sichtweise, welche die biopsychosozialen Entstehungszusammenhänge in den Blick nimmt.

Störungen der Gesundheit werden aus biopsychosozialer Perspektive vor allem durch die Wechselwirkung von sozialen Erfahrungen, psychischem Erleben und der leiblichen Existenz des Menschen hervorgerufen (vgl. ausführlich Egger 2005; 2015; Pauls 2013b, S. 32; Gahleitner 2017, S. 26 – 28). Gesundheit und Krankheit sind danach keine statischen Zustände, sondern stehen vielmehr in einer dynamischen Beziehung zueinander, die eine relative Balance dieser drei Ebenen voraussetzt.

Besonders bedeutsam erscheint dabei die soziale Dimension für salutogene und pathogene Entwicklungen (vgl. Kröger 2016; Gahleitner 2014), denn „[s]oziale Erfahrungen wirken über soziopsychische und psychobiologische Prozesse auf unsere Körpersysteme“ (Pauls 2013a, S. 27). Auch Forschungsarbeiten wie die ACE-Studie belegen die gesundheitsschädigenden Auswirkungen zwischenmenschlicher Kindheitsbelastungen bis ins hohe Erwachsenenalter (vgl. Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks 1998). In vielen Fällen beeinträchtigen frühe Traumata eine gesunde biopsychosoziale Entwicklung und erhöhen das Risiko schwerer psychischer, als auch körperlicher Erkrankungen sowie verringerter sozialer Teilhabe um ein Vielfaches (vgl. ebd., S. 256; Felitti 2003).

Das konsistenztheoretische Modell der psychischen respektive der psychosozialen Grundbedürfnisse nach Grawe (2000; 2004; siehe auch Kröger 2015; 2016; Borg-Laufs & Dittrich 2010) unterstreicht die Bedeutung der sozialen Dimension in Unterstützungsprozessen betroffener Kinder und Jugendlicher. Die gesunde Entwicklung von Menschen hängt nach den Erkenntnissen von Grawe (2004) wesentlich von der Befriedigung der psychosozialen Grundbedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, sowie Selbstwerterhöhung ab (vgl. Borg-Laufs 2019, S. 46 – 55). Im Rahmen traumatischer Kindheitserfahrungen kommt es meist in allen Bereichen kindlicher Grundbedürfnisse zu erheblichen Missachtungen und Defiziten (vgl. Baierl 2016c). Die nachträgliche Befriedigung dieser Mangelserfahrungen wird daher in traumasensiblen und klinisch-sozialarbeiterischen Ansätzen zum „Ziel psychosozialer

Arbeit“ (Borg-Laufs & Dittrich 2010, S. 7). Zudem ist das menschliche Bindungsbedürfnis besonders bedeutsam für eine ausreichende Befriedigung der anderen Bedürfnisse. Menschen sind soziale Wesen, die von Geburt an Beziehungen eingehen und aufrechterhalten, um ihr Überleben zu sichern. Die Erkenntnisse der Bindungsforschung haben die schützende Wirkung einer von Feinfühligkeit und positiver Resonanz geprägten Bindung in den ersten Lebensjahren vor widrigen und belastenden Ereignissen aufgezeigt (vgl. ausführlich Bowlby 1953/2016; 1969/2006; 2008; Laucht 2006; Spangler 2011). Sicher gebundene Menschen entwickeln sich demnach über die gesamte Lebensspanne gesünder und sind resilienter gegenüber traumatischen Belastungen. Die „intergenerationale Transmission von Bindungserfahrungen“ (Schleiffer 2007, S. 50) bewirkt im Gegenzug, dass Eltern eigene unsichere oder traumatische Bindungsrepräsentationen an ihre Kinder weitergeben. Da kleine Kinder in ihren ersten Lebensjahren auf eine Bezugsperson „als verlässliche Basis“ (Bowlby 2008, S. 9) existenziell angewiesen sind, sind sie in dieser Lebensphase zudem besonders vulnerabel für frühe Verletzungen ihrer Bindungsbedürfnisse.

Durch Erfahrungen mit nahen Bezugspersonen die übermäßig stressreich, unvorhersehbar, chaotisch und ängstigend sind, wird somit der Grundstein für desorganisierte Bindungsmuster bis hin zu Bindungsstörungen gelegt (vgl. Brisch 2009; 2014). Infolgedessen können Zustände von Beruhigung, Sicherheit und Vertrauen nicht ausreichend erfahren werden. Die damit verbundenen Erwartungen an Bindungsangebote zeigen sich oft in Interaktionsstilen, die zwar einer Vermeidung weiterer Verletzungen dienen sollen, diese jedoch oft reproduzieren (vgl. Schleiffer & Gahleitner 2012). Beziehungstraumatisierte Menschen vermuten oftmals eine Wiederholung beschädigender Bindungserfahrungen im Kontakt mit Fachkräften (vgl. Schleiffer & Gahleitner 2012) oder reinszenieren ihre Traumata unbewusst in Beziehungen (vgl. Stemmer-Lück 2012, S. 112 – 118). Dies äußert sich in Angst von Nähe, Aggression oder Abwertung gegenüber Bezugspersonen sowie emotionalem Wiedererleben und Dissoziation durch bindungsrelevante Auslöser (Trigger) (vgl. Gahleitner & Schleiffer 2012; Schleiffer 2007). Auch selbstverletzendes oder fremdaggressives Verhalten weist mitunter auf ein inneres Stresserleben in sozialen Situationen hin (vgl. Baierl 2016b; Lang 2013a). Durch einen Mangel an feinfühligster Bindung fehlen den Kindern und Jugendlichen zudem Mentalisierungserfahrungen, die bei der Entwicklung von Selbstreflexion und Empathie eine zentrale Rolle einnehmen (vgl. Schleiffer & Gahleitner 2012, S. 200). Sichere Bindungen gelten zugleich als Voraussetzung für eine gesunde Autonomieentwicklung im Kindesalter (vgl. Bowlby 2008, S. 99). Ein Mangel an gesunden Bindungen hat somit auch Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Regulation von Nähe und Distanz (vgl. Herman 1992/2010, S. 79).

Bindungstheoretische Erklärungsmodelle komplexer Traumafolgen spiegeln sich in den Erkenntnissen der Hirnforschung wider. So wurde ein enger Zusammenhang zwischen der Qualität der erfahrenen Bindung und der frühkindlichen Gehirnentwicklung gefunden, welche sich nach dem Konzept der Neuroplastizität vor allem erfahrungsbasiert entfaltet (vgl. Grawe 2004; Hüther 2006; 2011). Durch die „häufige Überflutung mit Stresshormonen“ (Besser 2013, S. 43), insbesondere bei interpersonellen Traumatisierungen, entwickelt sich das Gehirn „traumatoplastisch“ (ebd.) auf Basis dieser Erfahrungen weiter. Chronischer Stress hat eine Überstimulation bestimmter neuronaler Strukturen zur Folge (vgl. Hüther 2006; Streeck-Fischer 2014, S. 124). Traumatische Bindungserfahrungen prägen entsprechend nicht nur das Beziehungsverhalten, sondern manifestieren sich auch in der menschlichen Physis. Wird das biopsychische Erregungsniveau eines Kindes nicht durch eine feinfühlig Beantwortung seiner Signale co-regulativ gesenkt, hemmt dies die kindliche Hirnentwicklung (vgl. Wettig 2012). Dabei findet nach Ford (2011) „im Gehirn (und im Körper) eine Umorientierung von der Priorität des *Lernens* hin zur Priorität des *Überlebens* statt“ (S. 51).

Frühe Traumatisierungen können folglich langfristige Auswirkungen auf die Stressverarbeitung, die Emotionsregulation und das Körperempfinden haben (vgl. Teichler 2011). Überlebende traumatischer Entwicklungsbedingungen leiden häufig unter dauerhafter körperlicher Anspannung, der Unfähigkeit, zur Ruhe zu kommen, chronischen Schmerzen und psychosomatischen Erkrankungen (vgl. Sack & Mattheß 2013; Levine 2014, S. 137). Zudem werden „[t]raumatische Erfahrungen [...] fragmentiert und – gekoppelt an den Wahrnehmungsfunktionen – neuronal gespeichert“, so Garbe (2018, S. 21 f.). Traumaassoziierte Erinnerungen, Körperempfindungen und Emotionen können durch situative Auslöser und in zwischenmenschlichen Interaktionen reaktiviert werden, wodurch oft auch dissoziative Phänomene angestoßen werden. Diese umfassen emotionales oder kognitives Abschalten bis hin zu Amnesien, körperlicher Taubheit, eingeschränktem Schmerzempfinden und dem Gefühl, wie abgetrennt vom eigenen Leib zu sein (vgl. Weiß 2014; Huber 2012, S. 119). In der Folge können Körperempfindungen und Emotionen schlechter gespürt und reguliert sowie eigene physische Bedürfnisse schwerer wahrgenommen und versorgt werden (vgl. Schmid et al. 2007, S. 337; Weinberg 2014, S. 15). Auch Selbstverletzungen, Risikoverhalten oder Essstörungen weisen auf ein belastetes Verhältnis zum eigenen Körper sowie auf traumabedingte Körperdissoziation hin (vgl. Weiß 2013a).

Als zentralen Schutzfaktor für die Gesundheit benennt Antonowsky (1997) neben der Befriedigung der psychosozialen Grundbedürfnisse das subjektive Kohärenzgefühl, welches die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit des eigenen Le-

bens umfasst. Die psychische Widerstandskraft eines Menschen gegenüber Belastungen erhöht sich, wenn dieser ein „Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt [...] strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, (2) [...] Ressourcen verfügbar sind, [...] um den Anforderungen gerecht zu werden, (3) diese [...] Herausforderungen [...] Investition und Engagement verdienen“ (Pauls 2013b, S. 105). Psychische Traumata haben in der Regel eine grundlegende Verunsicherung des Kohärenzgefühls zur Folge und führen zu tiefen Sinn- und Lebenskrisen (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 126). Kinder und Jugendliche, die bereits früh derartigen Belastungen ausgesetzt sind, haben somit geringere Chancen, die eigene Existenz, aber auch das eigene Selbst als kohärent zu erleben. Streeck-Fischer (2014) setzt den traumabedingten „Verlust von Kohärenz“ (S. 108) mit dem Scheitern einer Integration traumatischer Erfahrungen gleich. Dies kann eine Desorganisation im Persönlichkeitssystem und die Ausbildung traumaassoziierter Ich-Zustände zur Folge haben, die unter Umständen im Alltag reaktiviert werden.

Misshandlung und Vernachlässigung durch bedeutsame Menschen sind zugleich äußerst demoralisierende Erfahrungen, die den kindlichen Selbstwert erschüttern. Sie führen außerdem dazu, dass Betroffene keine ausreichenden Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen mit ihrer Umwelt machen können. Aufgrund traumatischer Prägungen werden weitere Lebenserfahrungen verzerrt wahrgenommen und verarbeitet (vgl. Besser 2013). „Die entwicklungshemmenden Einflüsse *widriger familiärer Lebensumstände* konzentrieren sich auf den Bereich der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung“ (Laucht 2006, S. 58), so die Ergebnisse einer Längsschnittstudie zu Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe bei Kindern. Diese können sich im Laufe des Lebens in unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern manifestieren (vgl. Riedesser 2006; Streeck-Fischer 2014). Kinder und Jugendliche mit traumatischen Beziehungserfahrungen haben oft Schwierigkeiten, ihre Emotionen und Spannungszustände selbst zu regulieren (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 45 f.). Daneben können exekutive Funktionen, wie Handlungsplanung, das Setzen von Zielen, oder Aufmerksamkeits- und Verhaltenskontrolle in traumatisierenden Familiensystemen schwerer erprobt und ausgebildet werden. Daher haben betroffene Kinder und Jugendliche häufiger Lern-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Ding 2013).

Die folgende Abbildung fasst die Auswirkungen sequenzieller Kindheitstraumatisierungen mit Blick auf die aufgezeigten biopsychosozialen Interdependenzen zusammen:

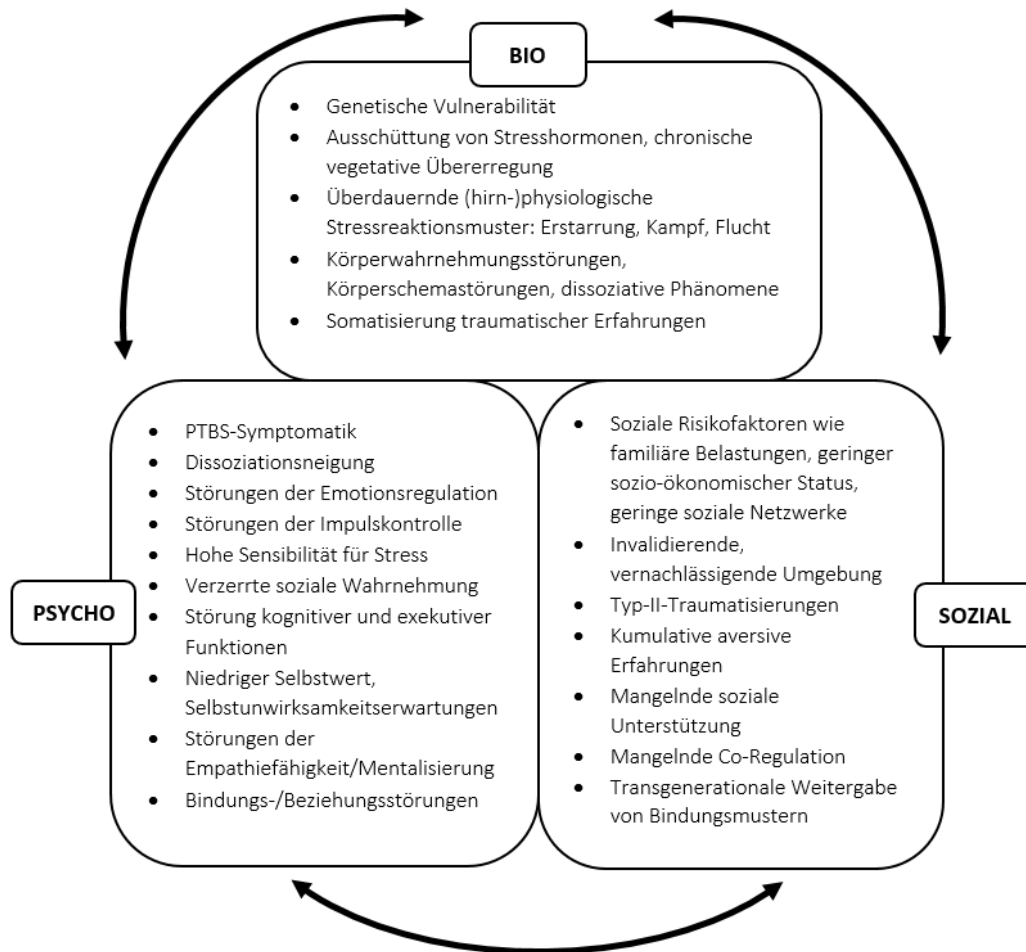


Abbildung 1: Folgen komplexer Traumatisierungen aus biopsychosozialer Perspektive (eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid 2013a, S. 43; Friedrich 2000, zitiert nach Pauls 2013b, S. 99).

Dabei wird ersichtlich, dass die Verletzung psychosozialer Grundbedürfnisse durch frühe Traumata eine Verkettung negativer Auswirkungen in der Interaktion zwischen Umwelt, Körper und Individuum nach sich ziehen kann. Die Bedürfnisse nach sozialer Verbundenheit, Sicherheit und Wohlbefinden, Anerkennung und Selbstwertschutz, identitätsstiftenden Erfahrungen und Selbstwirksamkeit können auf diese Weise nur schwer befriedigt werden. Auf der Ebene der Betroffenen geht dies mit der Gefahr einer Fortführung bedürfnisgefährdender Lebensumstände, geringer sozialer Teilhabe, eines Verlustes des Kohärenzsinnes und psychischen als auch somatischen Erkrankungen einher. Derartige Verläufe sind jedoch keineswegs determiniert, denn die aufgezeigten Auswirkungen bieten zugleich konkrete Anknüpfungspunkte für Interventionen, die bewusst heilsame, korrigierende Beziehungen und „intensive Kompetenzerfahrungen“ (Pauls 2013b, S. 47) befördern.

2.3 Traumasensibilität und Traumapädagogik

Wie bislang deutlich wurde, ziehen komplexe Traumatisierungen mitunter vielgestaltige und schwere Folgen nach sich. Dennoch erhielten betroffene Kinder und Jugendliche bislang meist nur komorbide Diagnosen (vgl. Baierl 2016b, S. 24 f.). „Die aktuelle Konzeptualisierung der diagnostischen Manuale, die jede Störung als getrenntes Einzelphänomen betrachtet, verhindert es zu erkennen, dass der gesamten Symptomatik eventuell eine traumagesteuerte Dynamik zugrunde liegt“, beschreibt Hensel (2016, S. 32) die Problematik. Mittlerweile hat sich die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) (vgl. Ford & Courtois 2011; Maerker 2019) jedoch im Fachdiskurs der Klinischen Psychologie und Sozialarbeit etabliert und wird im ICD-11 als eigenständige Diagnose geführt (vgl. Hecker & Maercker 2015). Dies eröffnet auch Kindern und Jugendlichen, die keine „klassische“ PTBS-Symptomatik zeigen, den Zugang zu störungsspezifischen Versorgungssystemen und forciert die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden. Außerdem bilden die so erfassbaren Symptombelastungen eine Argumentationsgrundlage für traumapädagogische Konzepte.

Riedesser (2006) fordert, dass Traumasymptome primär als kreative und nachvollziehbare Bewältigungsstrategien hochbelastender Entwicklungsbedingungen und nicht als Psychopathologien betrachtet werden. Damit ist zugleich das Problem der defizitorientierten Perspektive auf junge Überlebende komplexer Traumatisierungen angesprochen. Diese wird durch die oft als sehr belastend empfundenen Erlebens- und Verhaltensweisen mitbedingt (vgl. Gräbener 2013, S. 75). Für eine Bewältigungsperspektive sollten traumasensible Behandlungsansätze die lebensgeschichtlichen Erfahrungen Betroffener anerkennen, ihre Überlebensleistungen würdigen und die vorangehend beschriebenen Symptomcluster als „normale Reaktionen auf unnormale Erlebnisse“ (Besser 2013, S. 51) betrachtet werden. Traumapädagogische Konzepte versuchen diesem Anspruch gerecht zu werden.

Schmid et al. (2007) definieren Traumapädagogik als „konsequente Anwendung des aktuellen Wissensstandes über die Folgen und Symptome von Traumatisierungen [...] zur Sicherstellung eines stabilisierenden [...] Milieus [...] sowie zur gezielten [...] heilpädagogischen und erlebnispädagogischen Förderung [...] von traumatisierten Kindern und Jugendlichen“ (S. 333 f.). Traumasensibilität bedeutet entsprechend, dass die bislang aufgeführten Wissensbestände für die Gestaltung des pädagogischen Alltags auf Wohngruppen sowie in allen anderen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe handlungsweisend sind (vgl. Garbe 2018, S. 168 f.; Schmid 2013a). Dabei wird eine professionelle Haltung entwickelt, welche die Folgen schwerer Traumatisierungen wertschätzend, verstehend und bedürfniszentriert anerkennt (vgl. Gahleitner 2013; Schmid 2013b; Schmid et al. 2012). Der Kern dieser Haltung wird im „Konzept des guten Grundes“ (Scherwath

& Friedrich 2016, S. 67) nachvollziehbar (vgl. auch Weiß 2016, S. 92). Diesem liegt die Annahme zu Grunde, dass die Erlebens- und Verhaltensweisen traumatisierter Mädchen und Jungen in ihrer Welt stets sinnhaft sind, da sie der Befriedigung von Bedürfnissen oder der Vermeidung von Gefühlen dienen und als Überlebensstrategien in traumatischen Lebensbezügen entwickelt wurden. Aus diesem Grund machen traumapädagogische Konzepte bewusst die nachträgliche Korrektur der Mangelenerfahrungen von Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung, sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung zum Gegenstand der pädagogischen Begleitung (vgl. Baierl 2016c). „Das Herstellen von Sicherheit – als Antwort auf das tiefgeprägte Angst-erleben – kann dabei als die zentrale Grundlage aller traumapädagogischen Konzepte angesehen werden“, so Scherwath und Friedrich (2016, S. 74). Dabei spielen Resilienzförderung (vgl. Gharabaghi 2013) sowie eine konsequent ressourcenorientierte und liebevolle Haltung (vgl. Wagner 2013) eine übergeordnete Rolle.

Die Pädagogik des sicheren Ortes fokussiert die Gewährleistung äußerer Sicherheit innerhalb der institutionellen Strukturen, auf der Ebene der Mitarbeitenden und der Beziehungen zu den jungen Menschen, wodurch ihnen schrittweise zu innerer Sicherheit und Stabilität verholfen werden soll (vgl. Kühn 2016; Baierl 2016a). Sichere Orte umfassen neben einem real erfahrbaren Beenden der Traumatisierung auch eine maximale Ermöglichung von Kontrollerfahrungen durch klare Strukturen bei gleichzeitiger Individualisierung von Regeln (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 75 – 78) sowie größtmöglicher Partizipation im Gruppenalltag (vgl. Kühn 2013b). Damit wird dem bisherigen Erleben von Hilflosigkeit und mangelnder Einflussnahme etwas entgegengesetzt.

Innere wie äußere Sicherheit aufzubauen beinhaltet zudem, den Kindern und Jugendlichen feinfühlig und verlässliche Beziehungen anzubieten, die das Bindungsbedürfnis der jungen Menschen nachträglich versorgen (vgl. Brisch 2013; Haupt-Scherer & Lippegas 2019). Bindungserfahrungen, die von Misstrauen, Angst und Kontrollverlust geprägt wurden, erfahren so schrittweise eine emotionale Korrektur. Hierdurch können schließlich auch die Selbstorganisation und die Selbstregulationsfähigkeit nachreifen (vgl. Haupt-Scherer 2018).

Dabei spielt die „Bindungsorientierte Kommunikation“ (Lang 2013a, S. 198) zwischen Fachkräften und den jungen Menschen eine zentrale Rolle. Die nährenden und beruhigenden Effekte einer sicheren Bindung werden durch emotionale Resonanz, feinfühliges Spiegelung und die Versprachlichung ängstigender oder unbewusster emotionaler Erlebnisinhalte der Kinder und Jugendlichen im Gruppenalltag erfahrbar gemacht (vgl. ebd.). Ferner unterstützen die Pädagog*innen co-regulativ bei der Auflösung von dissoziativen Zuständen und traumatischen Intrusionen. Traumapädagogische Fachkräfte sind zudem in der Selbstregulation ihrer eigenen Gegenübertragungsreaktionen auf

traumabedingte Interaktionsweisen geschult und können reinszenierende Dynamiken in den engen Beziehungen erkennen und reflektieren.

Insgesamt soll in Wohngruppen ein heilsames Entwicklungsmilieu geschaffen werden, in welchem die Kinder und Jugendlichen Geborgenheit, Selbstwirksamkeit und Lebensfreude erfahren können (vgl. Baierl 2016c). Diese „Schützende Inselerfahrung“ (Gahleitner 2005, zitiert nach Gahleitner 2011, S. 43) hilft, traumatische Lebenserfahrungen zu bewältigen und befördert entwicklungsbezogene Lernprozesse (vgl. auch Borg-Laufs et al. 2018, S. 184). Dabei müssen Überforderungen und Stress im Alltag bestmöglich reduziert werden, damit die Kinder und Jugendlichen zur Ruhe kommen und selbstwertfördernde Lernerfahrungen machen können (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 77). Es muss außerdem stets das jeweilige situative Entwicklungsalter berücksichtigt werden, da manche der Kinder und Jugendlichen unter Anspannung in jüngere traumatisierte Ich-Zustände zurückfallen (vgl. Schmid et al. 2007, S. 341; Peichl 2013; Haupt-Scherer 2018). Sichere Orte setzen zudem die strukturelle Sicherheit auf allen institutionellen Ebenen voraus. Dies schließt sichere Arbeitsbedingungen, die emotionale Versorgung der Fachkräfte durch Supervision und Fallberatungen sowie die Förderung von Selbstfürsorge und Resilienz des Personals bewusst als konzeptionelle Zielperspektiven ein (vgl. Scherwath & Friedrich 2016; Lang 2013).

Das Konzept der Selbstbemächtigung nach Weiß (2013a; 2013b) beinhaltet darüber hinaus die Förderung des Selbstverstehens der jungen Menschen, wodurch die Selbststigmatisierung aufgrund belastender Erlebens- und Verhaltensweisen gemildert werden kann. Im Rahmen traumasensibler Psychoedukation werden etwa neurobiologische Prozesse, die zu Flashbackerleben und Dissoziation führen, kindgerecht erläutert (vgl. Weiß 2016, S. 124 f.). Dadurch werden traumabedingte Reaktionsweisen für die Kinder und Jugendlichen verständlicher. Das Konzept bezweckt ferner die Verbesserung der Selbststeuerung und der Affektregulationsfähigkeit. Dafür werden Techniken der Verhaltenstherapie wie Skillstraining eingesetzt und mit den Kindern und Jugendlichen alltagsbezogenen Strategien zur Selbstberuhigung und -fürsorge in emotionaler Not erarbeitet (vgl. Scherwath & Friedrich 2016). Ziel ist eine langfristige Stabilisierung und Nachreifung des Selbst im Sinne der Entwicklung von „Ichstärken [...], die dazu dienen, die Welt und sich realistisch wahrzunehmen und sich dabei regulierend steuern zu können“ (Garbe 2018 S. 170). Auf diese Weise können verletzte Selbstwertschutz- und Kontrollbedürfnisse angemessen beantwortet und positive Selbsterfahrungen induziert werden (vgl. Baierl 2016c). Zudem können junge Menschen mit traumapädagogisch begleiteter Biographiearbeit bei der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes und einer kohärenten Identität unterstützt werden (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013). Dabei wird auch die Enttabuisierung und Entstigmatisierung der traumatischen Aspekte ihrer Biographie angeregt.

Ein weiterer Fokus der Selbstbemächtigung liegt auf der Förderung eines positiven Körperbezuges durch Aktivität und Bewegung. Hierzu zählen insbesondere Angebote, die die Körperwahrnehmung schulen und verbessern (vgl. Fisher & Ogden 2011; Huber 2013, S. 94). „Körperliche Erfahrungen mobilisieren die Erfahrung des Körperselbst, sie minimieren Angst und Immobilität“, schreibt Weiß (2013b, S. 151). Das Potential körperbezogener Interventionen wird in der traumapädagogischen Literatur hervorgehoben, da diese Angebote bei der Erfüllung der psychischen Grundbedürfnisse von Lustgewinn durch Wohlbefinden und Freude, Selbstwerterhöhung, sowie Selbstwirksamkeit durch Kontrollerfahrungen mit der eigenen Körperlichkeit unterstützend wirken können. Dies gelingt insbesondere, wenn reflexive Prozesse bindungssensibel durch Fachkräfte begleitet werden (vgl. Weiß 2013a, S. 179). Einige Veröffentlichungen zur Traumapädagogik verweisen zudem explizit auf Erlebnispädagogik (vgl. Scherwath & Friedrich 2016; Haupt-Scherer 2017) und Klettern (vgl. Wiesing 2016; Weiß 2013a, S. 179) als Möglichkeit, solche heilsamen Erfahrungsräume zu erschließen. Schmid et al. (2007) begreifen diese methodische Verschränkung wie folgt: „Im Rahmen von [...] erlebnispädagogischen Interventionen sollte ganz gezielt an den aus der Traumatisierung resultierenden Grundproblematiken [...] gearbeitet werden“ (S. 335).

Geleitet von diesen Annahmen widmet sich das folgende Kapitel den gemeinsamen theoretischen Grundlagen von Erlebnispädagogik und Erlebnistherapie sowie des therapeutischen Kletterns als Intervention an der Schnittstelle beider Bereiche. Diese Grundlagen sollen später auf ihre Anwendbarkeit auf traumabedingte Bedarfe von Kindern und Jugendlichen überprüft werden. Zunächst soll jedoch ein grundlegendes Verständnis von Differenzen und Analogien erlebnisorientierter (Sozial-)Pädagogik und Therapie hergestellt werden.

3 Klettern als erlebnistherapeutische Intervention

3.1 Erlebnispädagogik und Erlebnistherapie

Ähnlich wie in der Psychotraumatologie hält die Literatur eine Fülle von Definitionsvorschlägen für Erlebnispädagogik bereit (vgl. z.B. Baig-Schneider 2012, S. 13 – 18). Eine Auseinandersetzung mit diesen Begriffsbestimmungen zeigt auf, was erlebnispädagogische Angebote (nicht) zu leisten vermögen und wo ihre Grenzen zur Therapie liegen. Heckmair und Michl (2012) definieren Erlebnispädagogik als „eine handlungsorientierte Methode“ (S. 115), welche Menschen durch biopsychosoziale Herausforderungen im Rahmen richtungsweisender Lernerfahrungen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und bei der selbstverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebenswelt unterstützen will (vgl. ebd.). Paffrath (2013) beschreibt den Kern erlebnispädagogischen Lernens wie folgt: „Physisch, psychisch und sozial herausfordernde, nicht alltägliche, erlebnisintensive Aktivitäten dienen als Medium zur Förderung ganzheitlicher Lern- und Entwicklungsprozesse“ (S. 21).

Die entwicklungsfördernde Wirkung von Differenz- und Grenzerfahrungen in der Natur im Rahmen intensiver, begleiteter Erlebnisse ist ein Kernstück der vielen erlebnispädagogischen Ansätze (vgl. Lindenthaler & Lindenthaler 2012; Lakemann 2014; Abstreiter, Zwerger & Zwerger 2017). Jenseits eingeschliffener Alltagserfahrungen können (junge) Menschen dabei erworbene Bewältigungs- und Reaktionsmuster überwinden und neue (Selbst-)Erfahrungen machen. Michl (2020) hält zudem fest, dass „[w]ir [...] erst dann von Erlebnispädagogik [sprechen], wenn nachhaltig versucht wird, die Erlebnisse durch Reflexion und Transfer pädagogisch nutzbar zu machen“ (S. 13). Weiterhin „sollte [es] immer darum gehen, dass wir Kinder und Jugendliche durch Erlebnisse innerlich bewegen“ (ebd., S. 16). Dies geschieht vorzugsweise in der freien Natur innerhalb begleiteter Gruppen- oder Einzelaktionen. Es gibt eine Fülle erlebnispädagogischer Aktivitäten und Methoden mit unterschiedlichen zielbezogenen Schwerpunkten. Michl (2020) benennt als primäre Aktionsfelder „Natursport und Wildnispädagogik, Problemlösungsaufgaben und kooperative Abenteuerprojekte, künstliche Anlagen wie Hochseilgärten sowie Übungen zu Vertiefung, Selbsterfahrung und Therapie“ (S. 87).

In der Literatur findet sich zudem vielerorts die Diskussion um die Frage der Abgrenzung von Erlebnispädagogik und Erlebnistherapie (vgl. Gilsdorf 2004). Dies rührt zum einen daher, dass Kurth Hahn als ein Wegbereiter der wissenschaftlich vertretenen Erlebnispädagogik bereits früh den Begriff der Erlebnistherapie für seine Forderung nach einer ganzheitlichen Förderung junger Menschen verwandte (vgl. Heekerens 2019). „Die systemische Erlebnispädagogik ist diesem historischen Begriff insofern wieder etwas näher gerückt, als dass sie mit der Fokussierung auf tiefe persönliche Wachstumsprozesse

und Entwicklungsschritte durchaus auch selbstheilende und therapeutische Wirkung erzielt“ (Zuffellato & Kreszmeier 2012, S. 46). Nicht nur in der Erlebnispädagogik wird auf die fließenden Grenzen zwischen behandelnden und erzieherischen Tätigkeiten hingewiesen (vgl. Heekerens 2016; Paffrath 2013, S. 20). Auch Traumapädagogik und Klinische Sozialarbeit verstehen sich letztlich als biopsychosozial ausgerichtete Disziplinen an der Schnittstelle zwischen Therapie und Pädagogik (vgl. Schmid 2012; Pauls 2013b; Gahleitner 2011, S. 44 f.). Die Sinnhaftigkeit der Entwicklung eigenständiger klinisch-sozialarbeiterischer Betätigungsfelder durch eine Verknüpfung sozialpädagogischer und behandelnder Ansätze wird hierdurch untermauert. Hinzu kommt, dass viele Sozialpädagog*innen Mehrfachqualifikationen vorweisen und ihre (erlebnis-)pädagogische Praxis häufig in interdisziplinäre Teams und Konzepte eingebettet ist, was eine klare Abgrenzung pädagogischer und therapeutischer Aufgaben erschwert (vgl. Baig-Schneider 2012, S. 30 f.).

Erlebnistherapie und -pädagogik lassen sich gleichwohl hinsichtlich der Zielsetzungen, der Arbeitsfelder und Adressat*innen sowie der rechtlichen und qualifikationsbezogenen Rahmenbedingungen differenzieren (vgl. Lindenthaler & Lindenthaler 2012, S. 170). Das Modell der „erlebnispädagogischen Waage“ (Heckmair & Michl 2012, S. 114) verdeutlicht die unterschiedliche Wirkung der jeweiligen Schwerpunktsetzung in Interventionen. Das Angebot kann dabei vorrangig auf das reine Erlebnis mit dem Schwerpunkt auf Abenteuer und Freizeit oder stärker auf Reflexion und damit Lern- und Selbsterfahrungsprozesse ausgerichtet sein. Je mehr der Fokus auf die emotionalen Aspekte der Erlebnisverarbeitung gelegt wird, umso eher bewegen sich erlebnispädagogische Interventionen an der Schnittstelle zur Therapie. Lakemann (2014) hält darüber hinaus fest: „Das Ziel therapeutischer Arbeit ist [...] die Veränderung eines als unerwünscht definierten Zustandes. Im Gegensatz dazu ist Pädagogik eher als Entwicklungsförderung zu verstehen.“ (S. 141 f.). Ähnlich äußert sich Einwanger (2015), wonach die pädagogische Begleitung eher die Stärkung positiver Verhaltensweisen, die psychotherapeutische Intervention hingegen mehr einen Abbau dysfunktionaler Verhaltensmuster fokussiert (vgl. S. 82).

Mit Blick auf die historische und ausbildungsbezogene Verbindung von Sozialarbeit/-pädagogik und Kinder- und Jugendpsychotherapie in Deutschland (siehe ausführlich Heekerens 2016) muss letztlich auf die Verschränkung dieser Zielperspektiven, gerade in der Sozialen Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen, hingewiesen werden. Gilsdorf (2004) etwa benennt als verbindendes Element die „[g]anzheitliche Persönlichkeitsentwicklung im Schnittfeld von Pädagogik und Therapie“ (S. 21) und hält fest, dass Erlebnispädagogik als auch Erlebnistherapie stets das erfahrungsorientierte Lernen zum Gegenstand ihrer Bemühungen machen (vgl. ebd.). Ähnlich äußert sich

Mehl (2017a): „Insofern kann Therapie auch gelten als ‚Finden der eigenen Möglichkeiten‘ und Pädagogik als ‚Lernen mit den eigenen Möglichkeiten‘“ (S. 15). Entwicklungs- und Resilienzförderung können also als übergeordnete und gemeinsame Zielperspektiven benannt werden. Einige Autor*innen ordnen die Erlebnispädagogik entsprechend vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe als ergänzende Handlungsform ein, die auch therapeutische Wirkungen zu erzielen vermag (vgl. Paffrath 2013; Heckmair & Michl 2012; Lakemann 2014; Fürst 2012a). Heekerens (2019) beschließt seine Reflexion über Her- und Zukunft der Erlebnispädagogik etwa mit der Forderung, dass diese als „Fachsozialpädagogik“ (S. 230) neu gedacht werden sollte. Hieraus können weitere erlebnistherapeutische Ansätze erwachsen, die bereits einen festen Bestandteil in der Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen einnehmen (vgl. ebd.). Erlebnispädagogische Methoden verstärkt in therapeutische Arbeitsfelder zu integrieren, scheint insgesamt fachlichen Zuspruch zu erhalten. Dies wird durch jüngere Publikationen zu Erfahrungsorientierter Therapie (vgl. Mehl 2017b), therapeutischem Klettern (vgl. Lukowski 2017a; 2017b; Kowald & Zajetz 2015c; Weber 2014) oder Naturtherapie (vgl. Knümann 2019) untermauert.

Wenn mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen klettertherapeutisch gearbeitet werden soll, stellt sich die Frage, inwiefern sich die Zielperspektiven der Traumapädagogik und -therapie im erlebnispädagogisch-therapeutischen Spektrum einordnen lassen. „Die Arbeit an Traumata liegt im Bereich der Therapie, sie ist nicht Auftrag der Erlebnispädagogik“ positionieren sich etwa Zuffelato und Kreszmeier (2012, S. 168). Dennoch weisen beide Bereiche, wie aufgezeigt, Überschneidungen auf, wodurch eine scharfe Abgrenzung im Praxisvollzug schwer möglich ist. In traumapädagogischen Konzepten wird die Auffassung vertreten, dass die traumazentrierte Arbeit im Alltag, der oft auch erlebnispädagogische Interventionen einschließt und in welchem sich Traumafolgen besonders bemerkbar machen, unumgänglich ist. „Ohne die Bedeutung der therapeutischen Bearbeitung schmälern zu wollen, bietet die pädagogische Unterstützung der Traumabearbeitung viele Chancen“, so Weiß (2016, S. 86). Jedoch ist zu betonen, dass die Durcharbeitung traumatischer Erinnerungen, etwa im Rahmen einer Traumaexposition, nur von ausgebildeten Psycho-(Trauma-)therapeut*innen durchgeführt werden darf und nicht Gegenstand der traumapädagogischen Bemühungen ist (vgl. Schmid et al. 2007). Diese forcieren stattdessen eine ressourcenorientierte und psychoedukative *zusätzliche* Begleitung bei der Traumaintegration (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 125).

Traumapädagogik und Klinische Sozialarbeit als eine traumasensibel ausgerichtete Fachsozialarbeit (vgl. Gahleitner & Schleiffer 2012) können nach diesem Verständnis um eine erlebnistherapeutisch ausgerichtete Fachsozialpädagogik (vgl. Heekerens 2019) ergänzt werden, die neben Entwicklungsförderung auch heilsame Ziele verfolgt.

Bestenfalls können erlebnistherapeutische Angebote wie das therapeutische Klettern damit zusätzliche entwicklungsfördernde Impulse in traumapädagogischen Prozessen geben.

Im folgenden Abschnitt werden die für das therapeutische Klettern relevanten erlebnispädagogischen Modelle vorgestellt, die dessen Wirkpotential aus einem theoretischen Blickwinkel begründen.

3.2 Modelle erfahrungsorientierten Lernens

Die theoretischen Grundlagen der Klettertherapie fußen auf unterschiedlichen Modellen des Erfahrungslernens. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Mensch lebenslang vor allem in Erlebnis- und Handlungsvollzügen wie Wahrnehmung, Beobachtung und Erprobung lernt und sich seine Welt so kognitiv, physisch und sozio-emotional zu eigen macht (vgl. Zuffelato & Kreszmeier 2012, S. 44). Kurt Hahn versteht das vielfach zitierte „Lernen durch Kopf, Herz und Hand“ (Heckmair & Michl 2012, S. 308) vor allem als einen ganzheitlichen und nachhaltigen Prozess, da (Natur-)Erfahrungen auf biopsychosozialer Ebene wirken. Heckmair und Michl (2012) attestieren dem „Learning by Doing“ (S. 19) besondere entwicklungsfördernde Wirkfaktoren wie Unmittelbarkeit, Sinnlichkeit, Entschleunigung, Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit bis hin zu Heilung durch Selbsterfahrung (vgl. ebd., S. 308 f.).

Paffrath (2013) hebt in diesem Zusammenhang die Bedeutsamkeit der körperlichen Erfahrung hervor: „Der Körper ist Medium der Welterfassung, Fundament sinnlicher, emotionaler oder sozialer Bezüge“ (S. 66). Körperwahrnehmung und Bewegung stehen demnach in enger Wechselwirkung zu seelischen Empfindungen und Interaktionsverhalten. Säuglinge erschließen sich ihre Welt beispielsweise primär durch körperlich-psychomotorisches „Be-Greifen“ und „Er-Fassen“ von Ursache und Wirkung. Die damit einhergehende Stimulation neuronaler Strukturen hat nachweislich Einfluss auf die weitere Hirnentwicklung (vgl. Kapitel 2.2). Auch die Wahrnehmung und Regulation von Emotionen hängt eng mit der leiblichen Erfahrung zusammen (vgl. Paffrath 2013, S. 67). Gefühle werden einerseits im Zusammenspiel mit Körperempfindungen ausgelöst und stoßen andererseits physische Reaktionen, sogenannte somatische Marker, an (vgl. Zuffelato & Kreszmeier 2012, S. 155 f.).

Die Erkenntnisse neurobiologischer Forschung und ihre Bedeutung für biopsychosoziale Entwicklungszusammenhänge dienen auch in der Erlebnispädagogik und beim therapeutischen Klettern vermehrt als Referenzrahmen, um die Wirksamkeit körperlich-sinnlicher Lernprozesse nachzuvollziehen (vgl. z.B. Lovric 2015; Heckmair & Michl 2012, S. 77 – 87). Schmiersow und Tillmann (2002) etwa machen auf die Potentiale einer Theorie aufmerksam, in der es darum geht „die Klugheit des Leibes zurück zu gewinnen, zu

entwickeln und ihr einen Platz zu geben“ (S. 137). Selbstbewusstheit und biopsychosoziales Wohlbefinden unter Einbezug der Körperlichkeit zu fördern, ist in diesem Sinne ein zentrales Anliegen sport- und bewegungszentrierter Sozialarbeit.

Die Reflexion spielt in erlebnispädagogischen Prozessen eine übergeordnete Rolle, da hierdurch der Transfer der Lernerfahrungen in die Lebenswelt gesichert wird (vgl. Böhrmer 2002a, S. 68). Im Modell der E-Kette nach Michl (2020, S. 10 f.) etwa „entstehen aus Erlebnissen Erfahrungen“ (Paffrath 2013, S. 54) erst dann, wenn sie „vom Organismus integriert und verarbeitet“ (ebd.) werden. So gewinnen Menschen durch die reflexive Transformation von Ereignissen zu Erlebnissen in Erfahrungen neue Erkenntnisse über sich und ihre Umwelt. „Erst durch die emotionale Koppelung entsteht aus einem Erlebnis eine Erfahrung. Je stärker die damit verbundenen Emotionen sind, desto besser und langfristiger wird die Erfahrung im Gehirn verankert und genutzt“, schreibt Mehl (2017a, S. 17). Abstreiter et al. (2017) fügen dem linearen Modell deshalb den Aspekt der Erprobung hinzu, also die Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse auf neue oder bekannte Situationen. Persönliche Entwicklung ist nach ihrem erweiterten Modell der E-Kette (vgl. ebd., S. 110 f.; Michl 2020, S. 10) das Ergebnis eines Anpassungs- und Aneignungsprozesses des Subjektes an seine Umwelt, welcher mit Widerständen, Höhen und Tiefen einhergeht. Dieser kann durch pädagogische Präsenz und prozessbegleitende Kommunikation unterstützt werden.

An diese Überlegungen schließt das Lernzonenmodell nach Luckner und Nadler (1997) an. Hiernach werden Entwicklungsprozesse vor allem dann angestoßen, wenn Menschen ihre Komfortzone verlassen und sich auf Grenzerfahrungen einlassen. Durch Herausforderungen wird der Mensch kognitiv und emotional verunsichert, reagiert zugleich körperlich auf diese Irritation und passt sich der Situation durch seine individuellen Bewältigungsstrategien und die Unterstützung der Prozessbegleitenden an (vgl. Paffrath 2013, S. 59). Dies untermauert wiederum die biopsychosozialen Zusammenhänge ganzheitlichen Erfahrungslernens (vgl. Fürst 2012b, S. 16). Das Modell zeichnet sich weiterhin durch die Arbeit an der Grenze zwischen der Komfortzone und der Dyskomfortzone (Stresszone) aus und forciert die bewusst gestalteten Übergänge von Entspannung, Herausforderung und Wachstum. Auch hier wird der prozessbegleitenden Kommunikation eine zentrale Bedeutung zugesprochen: „Our challenge as experiential educators, trainers and therapists is to help individuals become aware of thoughts, feelings and behavior patterns and to promote the transfer and generalisation of this new learning“ (Luckner & Nadler 1997, p. 16).

Heekerens (2019, S. 204 f.) verdeutlicht die Bedeutung der Grenzerfahrung für gelingende Lernprozesse am Beispiel von Kindern, die bei der Entwicklungsaufgabe des Laufens zwangsläufig auch lernen werden, „richtig“ zu stürzen. Das Risiko von Scheitern

und die Auseinandersetzung mit Ängsten birgt nach diesem Verständnis ein besonderes Lernpotential (vgl. Hütther 2011; Lovric 2015). Gerät ein Mensch in einer erlebnispädagogischen Aktion jedoch in den Bereich der Panikzone, kommt es zum Erliegen von Entwicklungsprozessen. Stattdessen besteht die Gefahr von Überforderung und Überflutung mit aversiven Gefühlen. Daher wird die Aufrechterhaltung von physischer und emotionaler Sicherheit bei einigen Autor*innen zu Recht als Voraussetzung betrachtet, um den „Wagnissen des Lernens“ (Zuffellato & Keszmeier 2012, S. 83) überhaupt entgegenzutreten zu können (vgl. Abstreiter et al. 2017, S. 45 – 47; Paffrath 2013, S. 65). Diese Überlegungen zeigen einen deutlichen Bezug zu bindungstheoretischen Erkenntnissen und untermauern die Bedeutung einer sicheren Bindungsbasis für Exploration und Entwicklung (vgl. Kapitel 2.2). Somit tragen Fachkräfte hinsichtlich der Vermeidung überfordernder Lernsituationen, in denen Hilflosigkeit und Angst vorherrschen, eine besondere Verantwortung (vgl. Fürst 2012b).

Die Modelle des ganzheitlichen Erfahrungslernens, der erweiterten E-Kette sowie des Lernzonenmodells finden sich auch in der Literatur erlebnispädagogischen und therapeutischen Kletterns wieder (vgl. Lukowski 2017b; Kowald 2015c; Einwanger 2015). Lukowski (2017b) etwa wendet Letzteres explizit auf das therapeutische Klettern an. Klettern in der Komfortzone ermöglicht demnach das Erkunden und Integrieren der kletter-spezifischen Erlebnisqualitäten (vgl. Kapitel 3.5). Lern- und Anpassungsprozesse sind auch im unteren Bereich der Dyskomfortzone, bei leichter Anstrengung, noch gut möglich, da hier der positive Stress überwiegt. Doch „[i]m Stressbereich [...] wird dies durch Angst, Panik, Anspannung und einer negativen Selbstverstärkung aufgrund massiver Ausschüttung von Stresshormonen unmöglich gemacht“ (Lukowski 2017b, S. 62). Die Panik- und die Dyskomfortzone werden beim Klettern zudem je nach Vorerfahrung und der individuellen biopsychosozialen Konstitution mehr oder weniger schnell erreicht (vgl. ebd., S. 61). Daher müssen Fachkräfte sich über die Bewegungsqualitäten der jeweiligen Erregungszustände bewusst sein und diese bei ihren Klient*innen sensibel wahrnehmen können, um hilfreiche Interventionen setzen zu können (vgl. Kapitel 3.6).

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit den entwicklungsfördernden und therapeutischen Wirkfaktoren des Kletterns. Vorangestellt wird eine Einführung in die technischen Grundlagen des Sportes.

3.3 Grundlagen des Kletterns

Das Klettern in senkrechten Wänden hat eine lange Tradition als Nischen- und Trend-sport und scheint seit jeher eine besondere Faszination auf den Menschen auszuüben. Auch in der Erlebnispädagogik wurde das Abenteuer des Felskletterns bereits früh eingesetzt, bis vermehrt eigens errichtete Kletterhallen dafür genutzt wurden (vgl. Böhmer

2002b). „Heutzutage machen viele ihre ersten Klettererfahrungen an künstlichen Kletterwänden. Im großen Schritt aus der Kletterhalle heraus in die Natur steckt aber auch eine Gefahr, da der Sport am Fels wesentlich mehr objektive Gefahren beinhaltet“, heißt es bei Mastalerz (2012b, S. 114). Der Deutsche Alpenverein (DAV) fordert für eine Risikominimierung daher die Einhaltung der grundlegenden Verhaltensregeln und Sicherheitsstandards (siehe ausführlich Deutscher Alpenverein 2007; vgl. Barth 2012b, S. 106). Beim Seilklettern wird eine Kletterroute vom Boden aus bis zum letzten Griff (Top) durchgestiegen (vgl. Kirchner 2018, S. 9). Die kletternde Person bildet dabei mit der sichernden Person eine Seilschaft. Dabei kann der*die Kletter*in entweder im Seil von oben (Toprope) gesichert werden, oder die Route im Vorstieg begehen (vgl. Schöffl & Hochholzer 2020, S. 6 f.). Beim Vorsteigen muss das Seil fortlaufend mit Expressen in die Bohrhaken der Zwischensicherungspunkte eingehängt werden. Die psychische Herausforderung und die Fehlerquote sind dabei besonders hoch (vgl. Mastalerz 2012b, S.114). Stürzt die kletternde Person oberhalb des zuletzt eingehängten Hakens ins Seil, fällt sie einige Meter, bis dieses sich wieder strafft. Beim Topropeklettern hingegen ist das Seil bereits am obersten Punkt der Route eingehängt, was die subjektive und objektive Sicherheit vergleichsweise erhöht. Letztlich ist bei beiden Varianten durch die festen Bohrhaken ein relativ sicheres Fallen möglich (vgl. Kirchner 2018, S. 12).

Eine vergleichsweise junge und dennoch äußerst beliebte Disziplin des Kletterns ist das Bouldern. Der Begriff „Boulder“ kommt aus dem Englischen und bedeutet Felsblock (vgl. Barth 2012a). Das Erklettern von deutlich niedrigeren Felsen als beim Seilklettern vereint dabei besonders kraftintensive und komplexe Bewegungsformen miteinander (vgl. ebd., S. 13). „Beim Bouldern wird seilfrei in Absprunghöhe mittels Sicherung durch Weichbodenmatten geklettert“ (Schöffl & Hochholzer 2020, S. 9), um Verletzungen vorzubeugen. Außerdem begibt sich der*die Kletterpartner*in unterhalb des*der Kletternden, um Stürze mit den Armen abzufangen und für ein möglichst sanftes Aufkommen zu lenken (Spotten). Beim Bouldern wird entsprechend weniger Material als beim Seilklettern benötigt, zudem sind die Routen deutlich kürzer (vgl. Kirchner 2018, S. 13). Außerdem kann der Sport in der Halle auch gut allein umgesetzt werden, da dort der gesamte Boden mit Matten ausgelegt ist (vgl. Barth 2012a, S. 100). Ähnlich wie beim Seilklettern stehen jedoch meist die kooperative Auseinandersetzung, gegenseitige Motivation und das Lösen von Problemen im Team im Vordergrund (vgl. ebd.; Mastalerz 2012a).

3.4 Therapeutisches Klettern

Klettern und Bouldern werden zunehmend als therapeutisches Medium angewandt und als sport- und bewegungstherapeutische Intervention in verschiedenen klinischen Settings genutzt (vgl. Heimbeck, Wallner & Reiter 2015). Als Arbeitsfelder kommen schwerpunktmäßig Kliniken für Rehabilitation, Psychiatrie und Psychosomatik, die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, ambulante psychotherapeutische Settings, Ergo- und Physiotherapie, Sonderpädagogik sowie betreute Wohnformen, etwa die stationäre Kinder- und Jugendhilfe, in Frage (vgl. Thimme 2016, S. 236 f.; siehe ausführlich Kowald & Zajetz 2015c; Lukowsky 2017b). Hierbei fungiert das Klettern als begleitende Maßnahme in integrativen therapeutischen und rehabilitativen Prozessen, die Menschen mit psychosomatischen, psychiatrischen, als auch körperlichen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen zu mehr Lebensqualität und einem erhöhten Funktionsniveau verhelfen sollen. Zudem kann die Methode auch als (prozess-)diagnostisches Instrument in erwachsenen- sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Settings unterstützend eingesetzt werden (vgl. Thimme 2016, S. 237; Heimbeck, Wallner & Reiter 2015, S. 107 f.). Einerseits werden die Potentiale des Kletterns bei psychischen Störungen im Erwachsenen- sowie im Kindes- und Jugendalter in der Literatur betont (vgl. Lukowski 2017a; 2017b; Thimme 2016). Doch auch auf weiteren Forschungsbedarf und die Notwendigkeit die Evidenz künftiger Studien zu verbessern, wird hingewiesen (vgl. Frühauf, Sevecke & Kopp 2019). Außerdem fällt auf, dass die Wirkweise des therapeutischen Kletterns bereits für diverse komorbide Diagnosen der PTBS und der KPTBS untersucht wurde und Klettertherapie bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters praktiziert wird (vgl. z.B. Lukowsky 2017b; Kowald & Zajetz 2015c). Als Indikation werden vor allem Bindungs- und Belastungsstörungen, Entwicklungs- und Verhaltens-, somatoforme, sowie emotionale Störungen genannt (vgl. Kowald & Hufnagl 2015, S. 116). Von dem ganzheitlichen Bewegungsangebot scheinen auch Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu profitieren (vgl. Zajetz 2015a; Weber 2014).

Die Arbeit als Klettertherapeut*in bringt bestimmte ausbildungsbezogene Anforderungen mit sich. Neben einer psychosozialen Grundausbildung müssen als Mindestanforderung der Übungsleiter*innenschein im Klettern, sinnvoller Weise zusätzlich eine erlebnispädagogische Basisqualifikation sowie im Idealfall auch eine praxisnahe klettertherapeutische Zusatzqualifikation vorliegen (vgl. Lukowski 2017b, S. 104; Thiesen 2017). Wie bei Erlebnispädagog*innen ist die Berufsbezeichnung jedoch nicht geschützt (vgl. Tanczos & Zajetz 2015). Klettertherapeut*innen kommen zudem aus fast allen Bereichen der psychosozialen als auch -therapeutischen Arbeit und Gesundheitsförderung (vgl. Kowald

2015b). Dies geht mit entsprechend unterschiedlichen fachlichen Schwerpunktsetzungen im Praxisvollzug einher, welcher zudem meist in integrative, interdisziplinär ausgerichtete Therapiekonzepte eingebettet ist.

Kowald (2015b) betont in diesem Zusammenhang, dass klettertherapeutisch ausgebildete Fachkräfte sich hinsichtlich ihres Rollenverständnisses sicher sein müssen und die professionelle Haltung ihres Grundberufes in Bezug auf ihre Zielgruppen überprüfen sollten. „Vor allem bei Menschen mit Traumata oder sexuellen Missbrauchs-/Gewalterfahrungen ist hier Vorsicht und Achtsamkeit geboten, denn Retraumatisierungen müssen unter allen Umständen vermeiden [sic!] werden“ (ebd., S. 243). Dies lässt die Verknüpfung traumapädagogischer *und* klettertherapeutischer Kompetenzen bei Fachkräften, die mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgen arbeiten, erforderlich erscheinen. Eine fundierte fachsportliche Kletterausbildung schützt zudem vor Risiken und Unfällen und ist für die Gewährleistung von Sicherheit unabdingbar.

3.5 Entwicklungsfördernde Aspekte des Kletterns

Klettern bringt wie kaum ein anderer Sport körperliche und geistige Herausforderungen und damit besondere Lernpotentiale mit sich (vgl. Böhmer 2002b). „Dies resultiert u.a. daraus, dass die emotionale Beteiligung [...] sehr hoch ist. Denk- und Verhaltensmuster werden hierbei gut erkennbar und [...] somit [...] auch der Korrektur zugänglich“ (Kinne & Woitkowiak 2013, S. 107). So werden dabei vor allem soziale Kompetenzen sowie „Selbstvertrauen, -sicherheit, -bewusstsein, -achtsamkeit und Erlebnisfähigkeit geschult und verstärkt“ (Lukowski 2017b, S. 29). Klettern kann zu Selbstwirksamkeitserfahrungen, Freude, Stolz und Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten hinführen. Kowald und Zajetz (2015a) bezeichnen die vielfältigen „Erlebnisqualitäten des Kletterns“ (S. 20) als „jene Klammer, die die Arbeit mit Klettern über alle Berufsgruppen hinweg zusammenhält“ (ebd.). Daher ist es Aufgabe der Fachkräfte, diese hinsichtlich der individuellen Förderziele der Adressat*innen zu reflektieren und mit ihnen gemeinsam zu deuten.

Die Förderung sozialer Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit wird in der Literatur als ein zentrales Element des Kletterns hervorgehoben. Die Parallelen des Seilkletterns zum menschlichen Bindungs- und Explorationsverhalten spielen dabei eine wesentliche Rolle (vgl. ebd. S. 21). Die Bewegung weg von einer sichernden Person ist gerade bei Menschen mit problematischen Bindungserfahrungen zunächst mit großer Verunsicherung verbunden (vgl. Kowald 2015a). Andererseits können unsichere Bindungsstile sich auch in ausgeprägten Autonomiebestrebungen und damit in Schwierigkeiten, den kooperativen Kontakt zur sichernden Person aufrecht zu erhalten, äußern. Die Vertrauensfähigkeit in menschliche Beziehungen ist daher insbesondere beim Seilklettern eine ele-

mentare Erfahrungsebene (vgl. Kowald & Zajetz 2015a, S. 28 f.). Nähe und Distanz werden hierbei gleichermaßen erfahrbar, da die kletternde Person zwar selbstbestimmt die Entscheidungen trifft, die ihr zum Bewältigen der Route verhelfen, jedoch zugleich auf die sichernde Person und ihr Verantwortungsgefühl vertrauen muss (vgl. Zuffellato & Kreszmeier 2012, S. 195). Beruhigende und motivierende Worte durch den*die Seilpartner*in helfen Menschen beim Erklettern einer Tour, im Sinne von „[s]oziale[r] Unterstützung als Stressmoderator“ (Pauls 2013b, S. 80). Dabei wird auch die positive Wirkung co-regulierender Kommunikation unmittelbar erfahrbar (vgl. Kowald & Zajetz 2015a, S. 24 f.).

Besonders beim Seilklettern kommt es bei den meisten Menschen aufgrund der ungewohnt exponierten Bewegung in großer Höhe schnell zu Angsterleben mit den entsprechenden körperlichen und emotionalen Reaktionen. Dies lässt den Sport zunächst wenig reizvoll erscheinen, ist Angst doch ein negativ besetztes Gefühl (vgl. Huber 2020). Hierin liegt jedoch auch die besondere Chance der pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit Ängsten und der Reaktion auf emotionalen Stress (vgl. Lakemann 2014, S. 145). In der Förderung der selbstregulatorischen Fähigkeiten und des Umgangs mit Affekten liegen daher auch therapeutische Potentiale des Kletterns (vgl. Kapitel 3.6).

Ein weiterer Erfahrungsbereich ist das Erkunden persönlicher und körperlicher Grenzen. „Klettern heißt Widerstände bearbeiten“, halten Heckmair und Michl fest (2012, S. 198). Ist die psychische Herausforderung zu groß, wird die Route nur schwer zu bewältigen sein, selbst wenn die Person nicht an ihrer physischen Leistungsgrenze klettert. Das selbst eingeschätzte muss dann an das tatsächliche Leistungsniveau angepasst werden, wodurch eine realistische Selbstwahrnehmung angeregt wird (vgl. Thimme 2016, S. 240). Damit geht auch eine Konfrontation mit der persönlichen Risikobereitschaft einher (vgl. Paffrath 2012, S. 110 f.). Die Reflexion hierüber kann den adäquaten Schutz körperlicher und psychischer Grenzen zu einer zentralen Lernerfahrung werden lassen. Darüber hinaus können Menschen beim Klettern ihre Körpergrenzen unmittelbar durch die haptische Auseinandersetzung mit dem Fels und den zu erreichenden Griffen spüren (vgl. Kowald & Zajetz 2015a, S. 28). Beim Klettern werden die Tiefenwahrnehmung gefördert und der Tastsinn angesprochen (vgl. Weber 2014, S. 59). Ganzheitliche Körpererfahrungen werden durch die Wahrnehmung von Anspannung und Entspannung, psychophysischen Reaktionen auf die Bewegung in der Höhe sowie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Bewegungsstil gefördert (vgl. Thimme 2016, S. 238 f.). Die Bewältigung der Anforderungen kann positive Körperselbsterfahrungen bewirken, zum Beispiel das Erleben und Verbessern der eigenen Kraft, Ausdauer und Koordination. Es gilt als unmöglich, erfolgreich zu klettern und sich dabei mental mit etwas anderem zu beschäftigen (vgl. z.B. Huber 2020). Die Konzentration auf das Hier und Jetzt kann

dabei im besten Falle in ein erfüllendes Aufgehen in der Bewegung mit allen Sinnen (Flowerleben) übergehen (vgl. Paffrath 2012, S. 111). Jeder Griff muss sorgfältig gewählt und anvisiert werden, um das Top der Route zu erreichen. Nicht nur die Regulation der Aufmerksamkeit, sondern auch exekutive Funktionen wie Handlungsplanung, Entscheidungsfindung und Zielverfolgung werden dadurch geschult und erfahrbar (vgl. Lukowsky 2017b, S. 21 f.).

Das Bouldern weist darüber hinaus einige Besonderheiten auf. Hierbei steht die Beziehung zwischen sichernder und kletternder Person weniger im Vordergrund (vgl. Heckmair & Michl 2012, S. 199). Dadurch können Autonomie und Individualität deutlicher spürbar werden. Auf diese Weise kann das Durchsteigen einer Boulderroute verstärkt das Selbstwirksamkeitserleben ansprechen (vgl. Mastalerz 2012a, S. 111 f.). Da das Klettern auf Absprunghöhe zudem weniger Angst vor der Höhe oder vor Stürzen hervorruft, können spielerisch positive Erfahrungen mit der eigenen Kraft und Körperlichkeit gesammelt werden. „Fähigkeiten wie Geschicklichkeit und Beweglichkeit können beim Bouldern noch besser eingeübt werden als beim Sportklettern, da die Bewegungen dynamischer, spielerischer und akrobatischer sind“, hält Mastalerz (ebd., S. 112) fest. Trotz der größeren Unabhängigkeit von einer sichernden Person gilt Bouldern als Teamsport, bei dem klettertechnische Probleme durch gegenseitige Unterstützung und Lösungsversuche bewältigt werden (vgl. Barth 2012a, S. 101). Kooperation und wechselseitige Motivation sind deshalb zentrale Erlebnisaspekte beim Bouldern, die zu Gemeinschaftlichkeit beitragen und soziale Kompetenzen als auch positive Gruppenerfahrungen hervorbringen können (vgl. Mastalerz 2012a, S. 111). Außerdem entfällt die relativ komplexe Einführung in die Sicherungstechniken des Seilkletterns. Diese Niedrigschwelligkeit ermöglicht einen leichten Einstieg in die neuen Bewegungsabfolgen. Der auffordernde, spielerische und kreative Charakter des Sportes sowie die differenzierten Leistungsabstufungen bewirken erfahrungsgemäß rasch Erfolgserlebnisse, die sich äußerst positiv auf das Selbsterleben und den Selbstwert auswirken können.

3.6 Therapeutisches Potential des Kletterns

Die genannten Erlebnisqualitäten können grundsätzlich auch als therapeutische Wirkfaktoren betrachtet werden (vgl. Thimme 2016). Die Begrifflichkeiten „Erlebnisqualitäten“ und „therapeutische Wirkfaktoren“ werden in der Literatur in Relation zu der jeweiligen professionsbezogenen Perspektive gewählt, womit die Überschneidungen therapeutischer und pädagogischer Effekte bei Interventionen wie dem Klettern sichtbar werden. Es stellt sich dennoch die Frage, wodurch genau das Klettern zu einer therapeutischen Interventionsform wird.

Zajetz (2015c) benennt auf der einen Seite die unspezifischen Faktoren erlebnistherapeutischer Ansätze. Hierzu zählt, dass das Erlebte unmittelbar für den Dialog zwischen Klient*in und Fachkraft genutzt werden kann und Verhaltensmodifikationen direkt erprobt werden können. Weiterhin kann die Kommunikation in der therapeutischen Beziehung über ein drittes, externes Medium erfolgen. Dies erleichtert die Regulation von Nähe und Distanz und reduziert die Problemfokussierung psychisch belasteter Menschen. Freude und Erfahrungen von Selbstwirksamkeit lassen sich zudem im therapeutischen Prozess relativ mühelos erleben und darin einbauen (vgl. Zajetz 2015c, S. 41 f.).

Daneben gibt es für das Klettern spezifische Wirkfaktoren. Zajetz (2015c) führt das therapeutische Potential des Kletterns für so viele unterschiedliche Zielgruppen und Störungsbilder darauf zurück, „dass Kletterbewegungen für uns etwas sehr Ursprüngliches darstellen, das uns nicht zuletzt psychisch tief berühren kann“ (S. 43). Beim Klettern handelt es sich demnach um archaische Bewegungsmuster, welche dem Menschen inhärent sind und mit dessen evolutionären Erbe in Verbindung stehen (vgl. Iglseider 2015). Dies geht mit einem hohen Aufforderungscharakter von Kletterwänden und Routen einher, wodurch Menschen mit Selbstunwirksamkeitserwartungen zum Erkunden und Erproben ihrer Fähigkeiten und Grenzen eingeladen werden (vgl. Kowald & Hufnagl 2015). Die Möglichkeiten der Anpassung auf die Bedarfe der Klient*innen sind darüber hinaus beim Klettern und Bouldern besonders vielfältig (vgl. Lukowsky 2017b), dies zeigen auch die unterschiedlichen Erlebnisqualitäten. Bei objektiv großer Sicherheit können so subjektiv bedeutsame und intensive Erlebnisse geschaffen werden. Klettern wird als ein Sport wahrgenommen, bei dem Mut, Kraft und mentale Stärke benötigt wird. Dies geht mit einer entsprechend positiven Selbstbewertung bei der Bewältigung dieser Herausforderung einher (vgl. ebd.). Auch das Thema Vertrauen rückt beim Klettern auf eine existenzielle Weise ins Zentrum (vgl. Zajetz 2015c), woraus sich besondere Möglichkeiten korrigierender emotionaler Erfahrungen bieten. Beim Seilklettern hängt das eigene Leben buchstäblich an dem Seil, welches durch die sichernde Person gehalten wird. Verantwortungsübernahme beim Sichern und das Vertrauen der kletternden Person sind dabei vordringlich. Damit wird auch die vielfältige Metaphorik angesprochen, welche sich für tiefe prozessbegleitende Reflexionen anbietet: Beim Klettern kann man sich fallen lassen, ins Bodenlose stürzen, ins Leere greifen, aufgefangen und gehalten werden, sich hochziehen, die Kräfte einteilen und sich stark fühlen (vgl. ebd.).

Wie bei kaum einem anderen Sport müssen dabei äußerst komplexe Bewegungsabfolgen gemeistert werden. Der Mensch wird hierbei auf allen Ebenen seines Seins gefordert: kognitiv, physisch, emotional sowie sozial (vgl. Paffrath 2012, S. 110 f.; Thimme 2016). Dabei ist zu beachten, dass sich die einzelnen Wirkebenen in der Regel gegen-

seitig bedingen und wechselseitig beeinflussen, ähnlich der dargestellten biopsychosozialen Entstehungszusammenhänge chronischer traumatischer Erfahrungen (vgl. Kapitel 2.2). „Die Wirksamkeit des therapeutischen Kletterns und das Hinführen zu einer bestimmten Erlebnisqualität lassen sich nur in einem gewissen Maße direkt beeinflussen“ (Kowald 2015c, S. 47), eben aufgrund der Komplexität der Wechselwirkungen und der subjektiven Wirklichkeit jedes Menschen. „Es ist dabei zentral, an den Emotionen und dem Erleben des Klienten teilzuhaben, um zu wissen, was in ihm vorgeht. Ein und dieselbe Intervention [...] lösen [sic!] bei unterschiedlichen Menschen Unterschiedliches aus“ (Kowald 2015c, S. 46). Man kann folglich auch sagen, dass klettertherapeutische Interventionen *durch* unterschiedliche Menschen bei Klient*innen verschieden wirken, da Fachkräfte und Klient*innen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen (vgl. Gahleitner 2017, S. 135).

Die Ebene Fachkraft stellt daher auch beim therapeutischen Klettern eine zentrale Variable für gelingende heilsame Prozesse dar. Klettertherapeut*innen beeinflussen den psychischen Prozess durch ihr fachliches Handeln auf der Ebene der Beziehung, der Unterstützung von Erkenntnis durch reflexive verbale Interventionen (vgl. Zajetz 2015b) sowie durch die Art und Weise, wie sie das Erlebnis des Kletterns für Klient*innen begleiten und strukturieren (vgl. Kowald & Zajetz 2015c, S. 66 f.). Die Beziehung zwischen Klient*in und Fachkraft gilt schulen- und methodenübergreifend als zentraler Wirkfaktor für korrigierende emotionale Erfahrungen (vgl. Schmid 2008). Damit einher geht die Frage, wie Klettertherapeut*innen das Beziehungsangebot so ausgestalten können, dass Klient*innen darin heilsame Aspekte erleben. Einführendes Verstehen, feinfühliges Verbalisieren der emotionalen Erlebnisinhalte, Authentizität und unbedingte Wertschätzung im Sinne einer offenen, positiven und verstehenden Haltung gelten als Grundpfeiler einer personenzentrierten Beziehung, die Vertrauen und Sicherheit vermittelt (vgl. Rogers 2007; Schmid 1995; Gahleitner 2017, S. 63 f., S. 282).

Für die Beziehungsgestaltung bei klettertherapeutischen Interventionen bedeutet dies auch, dass die Fachkraft sensibel auf die Körpersprache der kletternden Person achten muss, um Signale von Überforderung rechtzeitig wahrnehmen und bindungssensibel hierauf reagieren zu können. Lukowski (2017b) nimmt deshalb eine detaillierte Beschreibung der Bewegungsqualitäten in unterschiedlichen Erregungsniveaus vor (vgl. S. 60 – 66). Die Bewegungen werden umso hektischer, unsicherer und verkrampfter sowie die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit mit der sichernden Person eingeschränkter, je mehr sich eine Person beim Klettern in Richtung der Stresszone bewegt. Dies kann schlimmstenfalls in Immobilität gipfeln, was einer gezielten und sensibel begleiteten Auflösung seitens der klettertherapeutischen Anleitung bedarf. Die Panikzone sollte möglichst nicht erreicht werden, da sich hier negative Erfahrungen mit Stressüberflutung auf

schädliche Weise wiederholen können. „Die Komfort-Zone kann bereits einen oder zwei Meter über dem Boden zu Ende sein, die Stress-Zone direkt anschließen. Der Therapeut hat die Aufgabe, dies zu erkennen [...]. Nur in der Komfort- und Dyskomfort-Zone werden neue Lernerfahrungen möglich, kann Vertrauen in den sichernden Therapeuten und zu sich selber aufgebaut werden“ (Lukowsky 2017b, S. 61 f.). Die fachliche und emotionale Kompetenz der anleitenden Person ist für die Wahrnehmung der Bedürfnisse von Klient*innen gerade beim Klettern daher unabdingbar.

Welche spezifischen Potentiale und Risiken das therapeutische Klettern für Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen bereithält und welche methodischen Notwendigkeiten mit einer traumasensiblen Kletterpraxis einhergehen, soll im nächsten Kapitel herausgearbeitet werden.

4 Therapeutisches Klettern mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen

4.1 Förderpotentiale des therapeutischen Kletterns für Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumafolgen

Die körperliche Manifestierung komplexer traumatischer Erfahrungen lässt einen bewegungszentrierten Zugang für die Verbesserung des Körper- und Selbsterlebens junger Heranwachsender grundsätzlich sinnvoll erscheinen. „Hier eignet sich alles was mit Bewegung zu tun hat, angefangen beim einfachen Spaziergang bis hin zu intensiveren Erfahrungen wie Klettern“ schreibt Wiesing (2016, S. 182). Gemeinsame Ausflüge an Kletterfelsen verknüpfen zudem eine vielseitige Bewegungsförderung und intensive Beziehungs-, Selbst- und Körpererfahrungen mit einer wechsellvollen Balance aus beruhigenden und anregenden Naturerlebnissen (vgl. Mastalerz 2012a; 2012b). Kletterbewegungen können darüber hinaus die Kopplung beider Gehirnhälften fördern, die traumabedingt oft beeinträchtigt ist (vgl. Haupt-Scherer 2018, S. 35). Insofern bieten nicht nur klettertherapeutische Einheiten am Naturfels Möglichkeiten zur nachträglichen Stabilisierung des Nervensystems. Auch in Kletter- oder Boulderhallen kann gezielt an der Linderung belastender Traumafolgen gearbeitet werden.

Klettertherapeutische Angebote können junge Menschen mit traumatischem Erfahrungshintergrund durch ihren ganzheitlichen und prozessorientierten Ansatz auf unterschiedlichen Ebenen unterstützen. Die Unmittelbarkeit und der Aufforderungscharakter des Kletterns kann abseits des (Wohngruppen-)Alltags eine besondere „Dichte des Lebens und Erlebens“ (Zuffellato & Kreszmeier 2012, S. 130) herbeiführen. Das Modell der erweiterten E-Kette (vgl. Kapitel 3.2) veranschaulicht diese Prozesse: Im Rahmen klettertherapeutischer Angebote wird Entwicklung angestoßen, indem intensive Ereignisse, die Lebensfreude und Wohlbefinden fokussieren, zu positiv wahrgenommenen Erlebnissen werden (vgl. Abstreiter et al. 2017, S. 110 f.). Diese können durch reflexiven Transfer in korrigierende Erfahrungen transformiert, in die Alltagswelt übertragen und darin als Bewältigungsstrategien und neue Erlebens- und Verhaltensweisen erprobt werden (vgl. Michl 2020, S. 11). Sie bilden zudem einen Gegenpol zu chronischen aversiven Erfahrungen in traumatischen Lebensbezügen. Somit können klettertherapeutische Interventionen als resilienzfördernd eingestuft werden.

Die folgende Darstellung schafft einen zusammenfassenden Überblick über die traumaspezifischen Förderbereiche, welche sich aus den bisherigen Erkenntnissen über komplexe Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kapitel 2.2) und zum therapeutischen Klettern (vgl. Kapitel 3.5; 3.6) herleiten lassen.

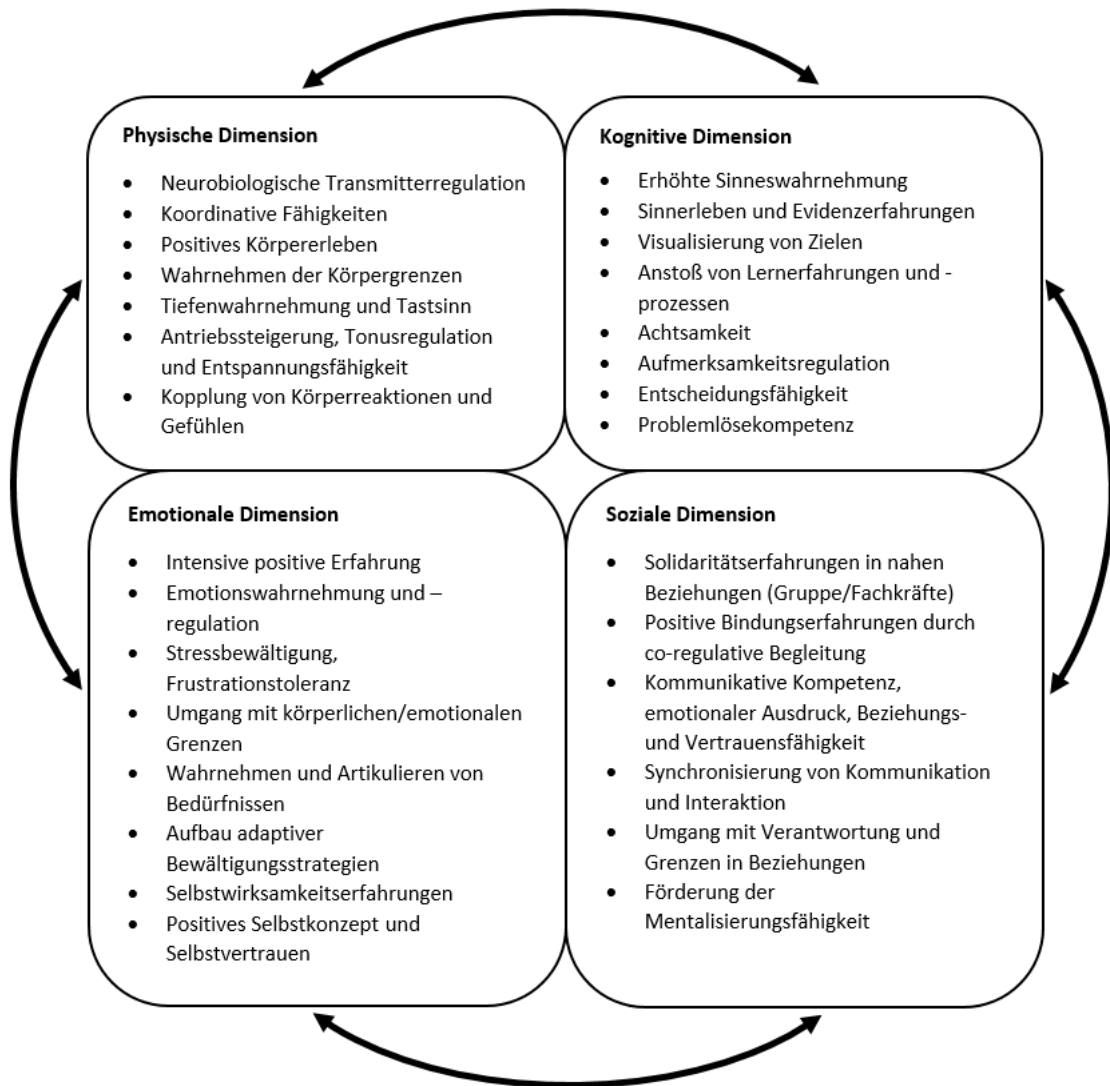


Abbildung 2: Traumaspezifische Wirkfaktoren und Potentiale des Kletterns (eigene Darstellung in Anlehnung an Kowald & Zajetz 2015d, S. 53 – 56)

Die dargestellten Aspekte bilden die mehrdimensionalen Förder- und Entwicklungspotentiale des Kletterns für Kinder und Jugendliche mit frühen Vernachlässigungs- und Gewalterfahrungen auf hypothetische Weise ab. In diesem Modell wirken die jeweiligen Wirkfaktoren in wechselseitiger Beziehung aufeinander ein. Sie werden zudem durch die Arbeit an der nachträglichen Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse (vgl. Kapitel 2.2; 2.3) gerahmt und entfalten unter Umständen heilsame Effekte durch eine Verbesserung bedürfnisgefährdender Symptome.

Gerade bei unsicher oder desorganisiert gebundenen Personen wird beim Klettern aufgrund der herausfordernden und ungewohnten Bewegungs- und Erfahrungsqualitäten das Bindungssystem aktiviert (vgl. Fritz & Schwiersch 2007). Wird das Bindungsbedürfnis „prompt und angemessen“ (Bowlby 1969/2006, S. 339) durch die feinfühlig und co-regulative Kommunikation (vgl. Kapitel 4.3.3) seitens der Fachkraft beantwortet, kann

soziale Unterstützung durch eine verlässliche Person neu erfahren werden (vgl. Gahleitner 2011). Im Rahmen einer bindungssensiblen Begleitung kann beim Klettern schrittweise eine als sicher erlebte dyadische Beziehung zwischen Klient*in und Fachkraft aufgebaut werden (vgl. Fritz & Schwiersch 2007, S. 25). Damit verbunden ist auch eine Nachentwicklung der selbstregulatorischen Fähigkeiten (vgl. z.B. Spangler 2011).

Darüber hinaus können tragende Gruppenerfahrungen (vgl. Bausum 2013) mit anderen Kindern und Jugendlichen durch gemeinsame Lösungsfindung, gegenseitige Unterstützung und Verantwortungsübernahme positive Beziehungserfahrungen bewirken. Je nach individuellem Bindungshintergrund der Teilnehmenden können dabei Schwerpunkte auf Sicherheit und Bezogenheit oder auf Förderung von Autonomie und Exploration gelegt werden. Die hohe gemeinschaftliche Komponente des Kletterns eröffnet zudem die Möglichkeit, die sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen unmittelbar zu stärken.

Therapeutisches Klettern kann bei der Revidierung selbstwertschädigender traumabedingter Erfahrungen einen wichtigen Beitrag leisten und positive Kontrollerfahrungen bereitstellen. Kletter- und Boulderprobleme zu meistern, kann gerade bei Kindern und Jugendlichen, die anhaltende Erfahrungen von Ohnmacht und Kontrollverlust gemacht haben, das Gefühl von Selbstkompetenz befördern (vgl. Haupt-Scherer 2017). Wenn ein junger Mensch eine Route oder eine schwierige Stelle durch Mut, Kraft, Selbstbeherrschung sowie Problemlöse- und Entscheidungskompetenz erfolgreich klettert, erlebt er*sie in einem bislang meist noch unbekanntem Erfahrungsraum augenblicklich die eigene Selbstwirksamkeit. Dabei wird auch das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und lustvollen Erfahrungen in hohem Maße angesprochen.

Weiterhin kann die geforderte Konzentration auf das Hier und Jetzt die Achtsamkeit schulen und die Kinder und Jugendlichen so möglicherweise bei der Reduktion der Dissoziationsneigung unterstützen.

Ferner regen klettertherapeutische Interventionen die selbstbestimmte Regulation von Nähe und Distanz an, wenn dieser Aspekt in die Intervention reflexiv einbezogen wird (vgl. Paffrath 2013, S. 72). Traumasensible Reflexionen fördern das Bewusstsein und das Verständnis für eigene Denk- und Handlungsmuster im Sinne einer Selbstermächtigung durch Selbstverstehen (vgl. Weiß 2016). Auch dies kann sich bei früh traumatisierten Kindern und Jugendlichen unterstützend auf die Mentalisierungs- und Selbstregulationsfähigkeit auswirken.

Beim Klettern können Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen zudem analog körper- und traumatherapeutischer Zielperspektiven „eine positive Vorstellung

von der eigenen Kraft“ (Huber 2013, S.94) entwickeln. Die Stimulation von Tiefenwahrnehmung, Tastsinn und Koordination verbessert zugleich Körperwahrnehmung und –steuerung (vgl. Weber 2014).

Klettern zeichnet sich darüber hinaus durch eine hohe emotionale Kopplung von Bewegungen, Körperreaktionen und Gefühlen aus (vgl. Lukowski 2017b). Über die kognitiv und emotional geleiteten Körperbewegungen lassen sich funktionale Bewältigungsstrategien daher gezielt erkunden und erweitern. An der Kletterwand fungiert Bewegungsunsicherheit als Seismograph der aktuellen Befindlichkeit und der damit einhergehenden Bedürfnisse nach Schutz, Rückzug und Halt. Die hohe körperliche Resonanz auf das emotionale Befinden eröffnet in besonderen Maße Möglichkeiten für die traumasensible Arbeit an selbstregulatorischen Fähigkeiten und der Verbesserung der Emotions- und Bedürfniswahrnehmung. Mit der Zielperspektive einer erhöhten Selbststeuerungs- und Selbstwahrnehmungsfähigkeit gehen auf lange Sicht wiederum selbstwerterhöhende Erlebnisse und Kontrollerfahrungen für die Kinder und Jugendlichen einher (vgl. Baierl 2016c).

Insgesamt kann therapeutisches Klettern Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen so bei der Entwicklung eines kohärenten Selbstbildes unterstützen. Die aufgezeigten Kontrollerfahrungen, sichere und beruhigende Bindungsangebote, als auch selbstwerterhöhende Erfahrungen mit der eigenen Bewegungskompetenz können Erfahrungsmomente der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit hervorbringen. „Für die Entwicklung von Resilienz ist es offensichtlich wichtig, dass Kinder immer wieder die Erfahrung machen, dass sie Aufgaben und Anforderungen erfolgreich bewältigen [...] können“ (Fröhlich-Gildhoff, Beuter, Fischer & Rönna-Böse 2012, S. 45). Eine sensible und kompetente Anleitung, die die erfolgreiche Umsetzung des Erlernten unterstützt, ist deshalb voraussetzungsvoll für das Erzielen einer resilienzfördernden Wirkung in klettertherapeutischen Interventionen. Hier zeigt sich erneut die Bedeutsamkeit bindungssensibler sozialer Unterstützung durch die professionelle Begleitung in Lernprozessen, die die Bewältigungsmöglichkeiten von Klient*innen – wie beim Klettern – bewusst herausfordern.

4.2 Risiken und Grenzen des Kletterns mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgen

Trotz der genannten Potentiale ist Klettern eine Risikosportart, bei der es durchaus zu extremer Angst, der Konfrontation mit Ohnmachtsgefühlen und persönlichen Grenzerfahrungen kommen kann (vgl. Huber 2020). Neben den förderlichen Aspekten des Kletterns sollen daher auch die Risiken dieser Interventionsform für junge Menschen mit chronisch interpersonellen Traumaerfahrungen näher beleuchtet werden.

Paffrath (2013) stellt das Lernen an der Grenze hinsichtlich der Klient*innen Sozialer Arbeit dahingehend in Frage, dass gerade psychosozial belastete und verunsicherte Menschen wenig von Grenzerfahrungen profitieren. Im Gegenteil können schnell Überforderungen entstehen, die „nicht selten reaktives Verhalten auslösen“ (ebd., S. 63). Innere und äußere Sicherheit (vgl. Baierl 2016a; 2016c; Kühn 2016) muss gerade bei klettertherapeutischen Interventionen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen als grundlegende Voraussetzung für eine gelingende und positiv erlebte Kletterpraxis verstanden werden. Somit darf der Fokus einer traumasensiblen Kletterpraxis niemals auf der Grenzerfahrung liegen, sondern sollte stets die Gewährleistung maximaler Sicherheit und Kontrolle für Teilnehmende durch Bindungsorientierung und Selbstbestimmung fokussieren. Die Erörterung von Risikofaktoren kann in Anlehnung an das Konzept des sicheren Ortes auf der Ebene der Klient*innen, der Ebene der Fachkraft sowie der Ebene der strukturellen Rahmenbedingungen (vgl. Schulze & Kühn 2012, S. 171; Kühn 2013a, S. 32 – 35) vorgenommen werden.

Das Risiko von überflutenden emotionalen Zuständen muss der Fachkraft bei der Planung und Durchführung eines Kletterangebotes mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zwingend bewusst sein, um „Schutz vor inneren und äußeren Extremsituationen“ zu gewährleisten (Wagner 2013, S. 96). Bei Klient*innen, welche aufgrund traumatischer Belastungen unter erheblicher emotionaler Instabilität und sehr hoher Dissoziationsneigung leiden, muss daher im Einzelfall sorgsam abgewogen werden, ob und in welchem Rahmen sie von klettertherapeutischen Angeboten profitieren können. Akute Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen schließen eine sichere Kletterpraxis aus und bedürfen zunächst einer ausreichenden emotionalen Stabilisierungsarbeit sowie dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung (vgl. Fritz & Schwiersch 2007). Dies trifft insbesondere auf das Seilklettern und die pädagogische Zielperspektive eines gegenseitigen Sicherns der Klient*innen im Rahmen von Gruppeninterventionen zu (vgl. Barth 2012b; Mastalerz 2012b). Zudem ist die traumatische Vorerfahrung der jungen Menschen hinsichtlich möglicher Trigger beim Klettern oder Bouldern mitzudenken. Dabei spielen auch Aspekte wie Höhenangst, soziale Ängste oder schnelle Reizüberflutung durch Bewegungen, Stimmengewirr und Menschenmengen in Kletter- oder Boulderhallen eine Rolle. Ein steiler Zustieg zum Naturkletterfelsen kann unter Umständen bereits zu Stressreaktionen bis hin zu Immobilität durch Dissoziation führen. Ob und inwiefern die jeweilige Maßnahme (Halle oder Fels, Seilklettern oder Bouldern, Gruppen- oder Einzelsetting) für die Teilnehmenden geeignet ist, lässt sich daher nur auf Grundlage eines längeren Kennenlernens und Beobachtens der Klient*innen sowie bei externer Konsultation von Klettertherapeut*innen mithilfe der fachlichen Einschätzung ihrer Bezugspersonen entscheiden.

Auch sollte reflektiert werden, ob die Fachkraft Sicherheit gewährleisten kann. Hierfür benötigt sie zum einen strukturelle Sicherheit und Rahmenbedingungen, die eine traumasensible Vorgehensweise ermöglichen (vgl. Kühn 2013b, S. 34; Kapitel 4.3). Dies schließt ausreichende Ressourcen wie hochwertiges und ausreichendes Klettermaterial, sowie die notwendige zeitliche und finanzielle Flexibilität der auftraggebenden und ausführenden Institutionen ein. Zum anderen sollten klettertherapeutische Fachkräfte an Supervisionen teilnehmen können und ausreichend emotional versorgt werden (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 205 – 207). Sind diese Bedingungen nicht gegeben, werden unkontrollierte Gegenübertragungen und belastende Interaktionen zwischen Fachkraft und Klient*innen bis hin zu sekundären Traumatisierungen wahrscheinlicher (vgl. ebd.). Dies erhöht zugleich das Risiko von kletterspezifischen Sicherheitsfehlern im Rahmen des Angebotes um ein Vielfaches.

Die Fachkraft selbst muss die individuellen Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse versorgen sowie die traumabedingten Entwicklungsbedarfe der Teilnehmenden erkennen können. Dafür ist neben einer traumapädagogischen Vorbildung auch eine ausreichende Beziehungsarbeit und Vertrauensbildung (vgl. Gahleitner 2017; Fritz & Schwiersch 2007) zwischen den jungen Menschen und dem*der Klettertherapeut*in wichtig. Fachkräfte, welche kein spezifisches Wissen zu den interaktionellen Besonderheiten im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumaerfahrungen mitbringen, können einen Risikofaktor für Eskalationen in derartigen Angeboten darstellen. Vor allem traumatische Reinszenierungen sowie traumabedingte Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene beeinflussen die Beziehungsgestaltung mit Betroffenen negativ und stellen hohe selbstregulatorische und selbstreflexive Anforderungen an die Fachkräfte (vgl. Brisch 2006; 2013; Baierl et al. 2016; Schleiffer & Gahleitner 2012). Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Bedürfnissen und dem biographischen Erfahrungshintergrund der Zielgruppe ist dementsprechend eine Bedingung für zielführende klettertherapeutische Interventionen. Hierzu zählen auch eine Berücksichtigung der eigenen emotionalen Reaktionen auf die Kinder und Jugendlichen sowie die Beachtung der Grenzen der psychischen Belastbarkeit mit Blick auf ein sicheres und authentisches Beziehungsangebot. Dies gilt insbesondere beim Klettern, da Unsicherheit und Anspannung sich wechselseitig zwischen sichernder und kletternder Person übertragen können (vgl. Lukowsky 2017b). Weiterhin sollte vor allem (aber nicht nur) beim Klettern mit Kindern und Jugendlichen, welche sexualisierte Gewalt erlebt haben, das Geschlecht der Fachkraft als möglicher Trigger bedacht werden (vgl. Huber 2013, S. 64). Auch die Gruppenzusammensetzung und das Setting muss mit Blick auf die Bindungserfahrungen und Interaktionsstile der Teilnehmenden reflektiert gewählt werden. Einzelstunden können

etwa für Kinder und Jugendliche, die traumatische Erfahrungen durch Gruppen machen mussten, zunächst einen sichereren Rahmen darstellen.

Diese Aspekte verdeutlichen, dass die begrenzenden Faktoren des therapeutischen Kletterns vorwiegend durch die strukturellen Gegebenheiten, sowie von der Gestaltungs-kompetenz der Fachkräfte bestimmt werden. Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass Klettertherapeut*innen die Teilnehmenden stets bei ihren jeweiligen psychosozialen Grundbedürfnissen abholen müssen, um das Klettern zu einer stabilisierenden und korrigierenden Erfahrung werden zu lassen.

Im Folgenden werden praxisbezogene Handlungsempfehlungen aus den bisherigen Erkenntnissen abgeleitet. Diese sind als Impulse für eine traumasensible Kletterpraxis zu verstehen.

4.3 Handlungsempfehlungen für eine traumasensible Kletterpraxis

4.3.1 Sichere Rahmenbedingungen schaffen

Je nach Traumavorgeschichte und Entwicklungsstand ist die Schwelle zur Überforderung bei der Gestaltung des Stundenaufbaus und der Auswahl der Klettertechniken und -übungen sensibel zu berücksichtigen. Auslöser für traumatisches Wiedererleben sind in jedem Fall zu vermeiden, weshalb die Anleitung Kenntnis von den individuellen traumaaassoziierten Reaktionsweisen der Kinder und Jugendlichen in Stresssituationen haben muss (vgl. Haupt-Scherer 2017; Thiesen 2017). Dies erfordert eine fundierte psychosoziale Anamnese, welche vorab im Austausch mit den teilnehmenden Jungen und Mädchen sowie, im Falle von externen Klettertherapeut*innen, mit den betreuenden Fachkräften erfolgen sollte (vgl. Fritz & Schwiersch 2007, S. 26). Eine ressourcenorientierte psychosoziale Diagnostik (vgl. Gahleitner 2011, S. 89 – 92) kann zugleich Hinweise auf das sportliche Interesse der Jungen und Mädchen liefern.

Zudem scheint es unabdingbar, dass traumasensibel arbeitende Klettertherapeut*innen ausreichend Berufserfahrung und psychotraumatologisches Wissen mitbringen (vgl. Huber 2013, S. 94). Lindenthaler und Lindenthaler (2012) halten darüber hinaus fest: „Genauso wie ein gut ausgestattetes Erste-Hilfe-Paket zur Standardausrüstung von Erlebnispädagogen gehört, muss das methodische Sicherheitspaket in Form von Ausbildungen, permanenter Selbstreflexion und fallweiser Kontrolle durch [...] Supervision selbstverständlicher Bestandteil der Grundausstattung sein“ (ebd., S. 169). Neben einer klettertherapeutischen Ausbildung bilden zudem die grundlegenden Sicherheitsstandards des DAV den Rahmen für eine sichere und kompetente Anleitung klettertherapeutischer Interventionen (siehe ausführlich Deutscher Alpenverein 2007). Fachkräfte müssen dabei selbst sicher und angstfrei im Vorstieg klettern können. Sie sollten die Sicherungs-,

Kletter- und Bouldertechniken zudem nicht nur beherrschen, sondern auch kompetent und leicht verständlich vermitteln können.

Damit ein Gefühl von Sicherheit und ein heilsames Beziehungsklima zwischen Teilnehmenden und Fachkräften entstehen kann, sollte das therapeutische Klettern langfristig angelegt sein (vgl. de Hair 2017, S. 22; Wallner 2015). Sowohl in Gruppenkonstellationen als auch im Einzelsetting bilden wiederholte positive Erfahrungen die Grundlage für Vertrauensbildung und die Linderung von Traumafolgesymptomen. In langfristigen Prozessen können darüber hinaus Verhaltensbeobachtungen und gemeinsame Reflexionen Rückschlüsse auf die Wirkung des Angebotes zulassen.

Auch die Wahl des Settings sollte sich an den aus den traumatischen Vorerfahrungen resultierenden Grundbedürfnissen orientieren. Das Einzelsetting bietet die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen an den Bindungsrepräsentationen traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu arbeiten. Im Gruppensetting können hingegen soziale Kompetenzen und tragende Gruppenerfahrungen besonders gut gefördert werden (vgl. Kowald & Hufnagl 2015, S. 125 f.). Das Einzelsetting bietet sich entsprechend zu Beginn für die Stabilisierungs- und Beziehungsarbeit besonders an und kann später durch ein überschaubares Gruppensetting ergänzt werden. Dabei sollte möglichst mit einem Personalschlüssel im Verhältnis von zwei Kindern oder Jugendlichen zu einer Fachkraft gearbeitet werden (vgl. ebd., S. 124; Thiesen 2017). In Kletterhallen können sich viele Menschen in einem Raum mit besonderer Deckenhöhe aufhalten, entsprechend laut ist die Raumakustik. Kindern und Jugendlichen, die von dieser Dichte an audiovisuellen Reizen überfordert oder gar getriggert werden, sollte das Klettern am Naturfelsen oder außerhalb von Stoßzeiten in der Halle angeboten werden. Auch die Dauer der Klettereinheit muss sich an den Bedürfnissen und dem Entwicklungsstand der jungen Menschen ausrichten (vgl. Kowald & Hufnagl 2015, S. 123).

Der Stundenaufbau sollte klar strukturiert und im Sinne der Vorhersehbarkeit mit den Teilnehmenden besprochen werden. Bei Kowald und Hufnagl (2015) finden sich einige Ideen für einen kindgerechten Ablauf. Auch die Verhaltensregeln und Kommandos für die Verständigung von sichernder und kletternder Person müssen vorab ausführlich und verständlich kommuniziert werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine ruhige Atmosphäre den betroffenen Kinder und Jugendlichen hilft, neue Inhalte zu internalisieren (vgl. Ding 2013). Die ersten Versuche im Seilklettern sollten grundsätzlich im Toprope geschehen, da hierbei sowohl die subjektive als auch die objektive Sicherheit am größten ist. Dabei sollte die Sicherung durch den*die Klettertherapeut*in geschehen. Eine gegenseitige Sicherung der Kinder und Jugendlichen kann erst mit wachsendem Vertrauen und auf Grundlage einer umfassenden Risikoabschätzung angeboten werden

(vgl. Kowald & Hufnagl 2015, S. 143 f.). Nur mit steigender innerer Sicherheit, Vertrauensstabilität und Selbstkompetenz beim Klettern ist es ratsam, Routen im Vorstieg zu begehen. Der Schweregrad der Touren sollte dabei zunächst deutlich unterhalb des jeweiligen Kompetenzniveaus ansetzen. Das Niveau kann dann schrittweise gesteigert werden, wobei die Beachtung der individuellen Komfortzone weiterhin handlungsweisend sein muss.

4.3.2 Stabilisierung, Entspannung und Lebensfreude fördern

Therapeutisches Klettern verfolgt keinen sportlichen Ehrgeiz (vgl. Lukowsky 2017b). Es geht dabei vielmehr um das Erfahren von stärkenden und hoffnungsvollen Momenten (vgl. Dalferth, Renz, Doll & Mollenhauer 2015, S. 228). Lohmann (2016) hält fest, „dass Spaß und Lebensfreude nicht nur tolle Begleiterscheinungen des Lebens sein können, sondern wesentlich zur Genesung und zu einer positiven Entwicklung und Lebenseinstellung“ (S. 131) der Kinder und Jugendlichen beitragen. Das Empfinden von Spaß und Freude, das Setzen und Erreichen persönlicher Ziele, sowie das Spüren der eigenen Möglichkeiten sind daher primäre Prozessziele für Kinder und Jugendliche mit sequenziellen traumatischen Belastungserfahrungen.

Um sich beim Klettern und im Kontakt mit anderen Menschen sicher fühlen zu können, müssen die Kinder und Jugendlichen zunächst ihre Komfortzone kennen und wahrnehmen lernen. Dies stellt bereits eine grundlegende Lernerfahrung dar im Sinne eines stabilen Fundamentes für alle weiteren Entwicklungsziele. Auch in der Traumatherapie besteht deshalb ein Großteil des Heilungsprozesses aus Stabilisierung und Ressourcenarbeit (vgl. Huber 2013). Die Förderung von Freude, Entspannung und Wohlbefinden ist bedeutsam, um perspektivisch auch an klettertechnische Herausforderungen heranzuführen zu können. Dementsprechend sollten bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Stresserfahrungen stärkende, stabilisierende und beruhigende Erfahrungen innerhalb der Komfortzone im Vordergrund stehen. Schrittweise können die Jungen und Mädchen von einer sicheren Basis ausgehend erproben, welche Schwierigkeitsgrade sie ohne Anstrengung klettern können, und welche sie bereits herausfordern.

Eine an den Bedürfnissen und Möglichkeiten ausgerichtete Kletterpraxis unterstützt zudem das Erleben von Flow und damit auch Selbstwirksamkeits-, Resilienz- und Kohärenzerfahrungen (vgl. Weiß 2016, S. 137). „Wenn wir im Flow sind, sind unser Fühlen, unser Wollen und unser Denken in diesen Augenblicken in Übereinstimmung“, schreibt Weiß (ebd.). Es gilt hier, einen Ausgleich zwischen Selbstüber- und Selbstunterschätzung herzustellen, sodass die Jungen und Mädchen sich weder dauerhaft unter- noch überfordern. Das Bouldern bietet besondere Möglichkeiten für ein vorsichtiges Ausloten

von Grenzen und zum Induzieren von Flowerleben. Vor allem ein angstfreier und spielerischer Einstieg in die Materie des Kletterns ist dabei ein zentraler Vorteil (vgl. Kowald & Hufnagl 2015, S. 142). Dabei können Fachkräfte zudem eine erste Einschätzung der Bewegungskompetenzen und Förderschwerpunkte sowie des Bindungsverhaltens, der Vertrauensfähigkeit, der Explorations- und Autonomiebedürfnisse und des Angstlevels der Kinder und Jugendlichen vornehmen. Hieran können sich die folgenden Kletterstunden orientieren sowie die jeweilige Komfortzone erkundet und ausgebaut werden. Es gibt eine Vielzahl an Boulderspielen (vgl. Kowald & Zajetz 2015b; Lukowsky 2017b), die hierfür einen geeigneten Rahmen bieten und den Spaß beim Klettern fördern. Auch bei Übungen wie dem Schaukeln im Seil werden die Entspannungsfähigkeit sowie das Vertrauen in die Klettermaterialien und in die sichernde Person unterstützt (vgl. Wallner 2015).

Schließlich ist es wichtig, Klettererfolgen mit allen Sinnen nachzuspüren und diese bewusst gemeinsam zu zelebrieren (vgl. Huber 2013, S. 112). Dabei spielen sowohl die positive Affirmation und gespiegelte Freude der anleitenden Fachkraft als auch der Gruppe eine unterstützende Rolle (vgl. Zajetz 2015b). Die Kinder und Jugendlichen können sich so in ihrem Selbstwirken wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen.

4.3.3 Bindungsorientiert begleiten und kommunizieren

Dalferth et al. (2015) betrachten therapeutisches Klettern als „Hochleistung auf Beziehungsebene“ (S. 228). Der bindungsorientierten Beziehungsgestaltung kommt analog traumapädagogischer und bindungstheoretischer Erkenntnisse gerade beim Klettern mit der Zielgruppe eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kapitel 2.2; 2.3). Die Aktivierung des Bindungssystems in Verbindung mit traumabedingten Überlebensmustern lässt eine tragende Beziehung und feinfühliges Prozessbegleitung daher unabdingbar für gelingende klettertherapeutische Lernerfahrungen mit traumatisierten Menschen werden.

Klettertherapeut*innen können dabei als „sicherer Hafen“ (Scherwath & Friedrich 2016, S. 87) fungieren und ein stabiles und verlässliches Beziehungsangebot machen. Hierzu bedarf es einer co-regulierenden und validierenden Kommunikation (vgl. Haupt-Scherer 2017). Diese zeichnet sich durch die feinfühliges Wahrnehmung der Bewegungsqualitäten und des Körperausdrucks der Kinder und Jugendlichen (vgl. Kapitel 3.6), der akzeptierenden Verbalisierung ihres emotionalen Befindens und der prompten und angemessenen Beantwortung ihrer Signale aus (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 90).

Die Haltung der anleitenden Fachkraft gegenüber traumabedingten Stressreaktionen, Gefühlen von Wut, Scham, bindungsvermeidendem Verhalten oder bindungsabwertender Kommunikation sollte reflexiv sein und die guten Gründe hierfür beachten. Dabei ist

ein „[v]erstehensorientierter Zugang“ (vgl. ebd., S. 65) anzuraten, durch welchen belastende Erlebens- und Verhaltensweisen als einstmals notwendige Überlebensstrategien betrachtet werden. Dies schließt auch die Berücksichtigung des situativen Entwicklungsalters der Kinder und Jugendlichen mit ein. Klettertherapeut*innen müssen sich bewusst sein, dass die Dissoziation früher Traumatisierungen unter Stress zu einem Zurückfallen in jüngere Ich-Zustände führen kann (vgl. Haupt-Scherer 2017; 2018). Eine wertschätzende, kongruente und empathische Haltung entsprechend der Basisvariablen personenzentrierter Beziehungsgestaltung (vgl. Rogers 2007; Weiß 2016, S. 115) kann den Kindern und Jugendlichen helfen, sich mit ihren individuellen Bewältigungsmustern in herausfordernden Klettersituationen sicher und angenommen zu fühlen. Zugleich müssen ihre Autonomiebedürfnisse ausreichend beachtet werden, damit die Kinder und Jugendlichen sich nicht von dem Bindungsangebot überfordert fühlen. Für ein kindzentriertes „Wechselspiel zwischen Bindung und Exploration“ (Brisch 2014, S. 29) kann es daher hilfreich sein, mit den Kindern und Jugendlichen vor dem Einstieg in eine Route das jeweilige Ziel klar zu definieren, sodass sie innerhalb eines sicheren Rahmens den Kletterrhythmus selbst bestimmen können.

Eine bindungssensible Anleitung erfordert weiterhin eine maximale sprachliche und physische Präsenz und Aufmerksamkeit der Fachkräfte (vgl. Kowald 2015a). Beim Sichern im Vorstieg zeigt sich ein Nachlassen der Konzentration spürbar bei der Ausgabe des Seils. Wird zu spät auf die Fortbewegung der kletternden Person reagiert, strafft sich das Seil und das Weiterkommen stockt. Im Vorstieg muss das Seil zudem immer wieder stückweise eingeholt und wieder ausgegeben werden, was ein hohes Maß an Konzentration und Sensitivität erfordert, während im Nachstieg fortlaufend Seil eingeholt werden muss, damit die Seilspannung ausreichend ist. Durch eine aufmerksame und kompetente Sicherung, eine feinfühlig verbale Resonanz auf ihr Erleben und Verhalten und das Aufrechterhalten von Blickkontakt können die Kinder und Jugendlichen beim Klettern förderliche Beziehungserfahrungen mit der Fachkraft sammeln (vgl. ebd.; Scherwath & Friedrich 2016, S. 94 f.). Dies sollte stets zum Anlass einer nachträglichen Beschreibung und Klärung der Gefühle und Bewertungen gemacht werden, die mit derartigen Differenzenerfahrungen für die Kinder und Jugendlichen einhergehen.

4.3.4 Sicherer Umgang mit Flashbackerleben und Dissoziation

Ein besonderes Risiko beim Klettern mit der Zielgruppe liegt im traumatischen Wiedererleben und den damit verbundenen dissoziativen Zuständen Betroffener. Daher sollte eine traumasensible Kletterpraxis sich vorab mit der Möglichkeit von Flashbacks und Immobilität oder Kampf- und Fluchtverhalten auseinandersetzen. Neben der Identifizie-

rung möglicher Trigger sollten vorab gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen Krisenpläne erstellt sowie Notfallstrategien im Umgang mit überflutenden Gefühlen erarbeitet werden. Dies erhöht nicht nur das Sicherheitsempfinden der Klient*innen, sondern auch die Handlungsfähigkeit der Fachkräfte (vgl. Weiß 2014). Zudem können die Kinder und Jugendlichen so schrittweise an neue Strategien der Selbstregulation herangeführt und in Notfallsituationen an diese Inhalte erinnert werden.

Das Aussteigen aus dissoziativen Zuständen benötigt eine aktive Begleitung (vgl. Gräbener 2013, S. 123). Dabei muss die Fachkraft auch ihre Gegenübertragungsgefühle auf das Verhalten der kletternden Person bemerken, da diese Anteile aus der Traumadynamik spiegeln (vgl. Weiß 2016, S. 176 f.). Der*die Klettertherapeut*in kann die eigenen Gefühle und Körperempfindungen hierauf bewusst als Gegenreaktion einordnen und auf diese Weise sich selbst regulierend bewusst aus dieser aussteigen (vgl. Kessler 2016). Strategien zum Beenden von Überflutungsreaktionen beinhalten weiterhin die räumliche und zeitliche Reorientierung von Betroffenen (vgl. Weiß 2016, S. 176; Schroeder 2016). Auch hier wirkt eine validierende Kommunikation und feinfühliges Resonanz stabilisierend, da so Sicherheit und Verständnis vermittelt werden (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 94 f.). Zunächst erfolgt dabei eine Verbalisierung der Körperhaltung und der damit verbundenen Gefühle. Anschließend kann erfragt werden, was das Kind oder der*die Jugendliche gerade braucht, um sich wieder beruhigen zu können. Ist die Kontaktfähigkeit bereits eingeschränkt, sollten Interventionen wie Atemübungen, Hineinsetzen ins Seil, Abseilen oder vorsichtiges Abklettern beim Bouldern eingeleitet werden. Dabei kann der Aufmerksamkeitsfokus zunächst auf eine ruhige Atmung, das Fühlen der Klettergriffe, sanfte Schaukelbewegungen im Kletterseil oder die Wahrnehmung eines stabilen Stands an der Kletterwand gelenkt werden (vgl. Lukowsky 2017b, S. 68). „Auch der Hinweis auf seine eigene Person und was als Nächstes geschehen wird, ist nützlich und gibt Sicherheit“, schreibt Schroeder (2016, S. 216).

Sobald möglich, sollte der junge Mensch vorsichtig abgelassen werden, damit wieder volle Kontrolle über die Situation entsteht und die Selbstregulation im direkten Kontakt und auf festem Boden fortgeführt werden kann. Der*die Klettertherapeut*in muss beim Ablassen respektive Abklettern verdeutlichen, dass er*sie die kletternde Person sicher im Seil hält oder durch Spotten sanft auffängt. Er*sie kann zudem durch einen beruhigenden und ermutigenden Tonfall unterstützend wirken.

4.3.5 Selbstwahrnehmung und Selbstverstehen anregen

Die Körper- und Selbstwahrnehmung zu stärken ist ein wichtiges Element der Klettertherapie mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen. Die unterbrochene Verbindung zum Körper wiederaufzunehmen, diesen und seine traumabedingten

Reaktionen wahrnehmen und versorgen zu können, stellen dabei zentrale Zielperspektiven dar.

Dies kann beispielsweise mithilfe themenspezifischer Gruppen- oder Einzelarbeit unterstützt werden (vgl. Weiß 2016, S. 126 – 130). Dabei wird die Differenzierung von Körperempfindungen, Gefühlen, Gedanken und dem entsprechenden Bewegungsverhalten an der Kletter- oder Boulderwand thematisiert. Zugleich ist es Aufgabe von Klettertherapeut*innen, die Kinder und Jugendlichen für ihre Stressreaktionsmuster und Körperbewegungen zu sensibilisieren und ihnen Rückmeldungen über wahrnehmbare Veränderungen zu geben. Darüber hinaus kann die Bestimmung der inneren Anspannung vor, während und nach der Kletterstunde oder einer Route die Selbstwahrnehmung schulen. Gemeinsam zu Papier gebrachte Spannungskurven können Aufschluss darüber geben, ab wann bei den Kindern und Jugendlichen Übererregung oder Dissoziation eintritt. Auch belastende Körperzustände werden so in eine Verbindung mit seelischem Stresserleben gebracht. Für den*die Klettertherapeut*in und die Kinder und Jugendlichen bieten sich dadurch Anknüpfungspunkte für eine Reflexion über die Bedürfnisse und Verhaltensweisen, die mit Über- oder Untererregung einhergehen sowie für die Erarbeitung adaptiver Bewältigungsstrategien im Rahmen des Kletterangebotes.

Eine weitere Möglichkeit, an der Auflösung negativer Selbstbewertungen und Ohnmachtserfahrungen zu arbeiten, bieten psychoedukative Ansätze der Traumapädagogik (vgl. ebd. 2016; 2014). Dabei stellen Fachkräfte den Kindern und Jugendlichen psycho-traumatologisches Wissen kindgerecht zur Verfügung und tragen so zu einer erhöhten Selbstakzeptanz bei. Im Rahmen von klettertherapeutischen Interventionen können etwa Aspekte aus dem jeweiligen traumabedingten Erleben und Verhalten der Teilnehmenden in die Nachbesprechung einer Stunde eingebaut werden. Dabei sollten Fachkräfte unterstützend Informationen einfließen lassen, die die Kinder und Jugendlichen dazu anregen, beim Klettern aufkommende Ängste, Hemmungen oder Selbstabwertungen in ihren lebensgeschichtlichen Kontext einzuordnen und damit als sinnvoll zu begreifen (vgl. Haupt-Scherer 2017). Dies bedarf jedoch auch eines besonderen Maßes an Feingefühligkeit und der Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen, sich negativen Gefühlen zuwenden zu können. Abwehrende Signale müssen in jedem Fall ernstgenommen sowie Grenzen der Belastbarkeit rücksichtsvoll akzeptiert werden. Auch hier ist eine sichere und unterstützende Beziehung zur Fachkraft Voraussetzung für die Offenheit gegenüber belastenden Gefühlen (vgl. Haupt-Scherer & Lippegas 2019).

In Situationen von Überforderung oder Widerstand gegenüber klettertherapeutischen Übungen kann es zudem hilfreich sein, Ansätze der Arbeit mit inneren Anteilen einfließen zu lassen (vgl. Haupt-Scherer 2017). Die Fachkräfte sind dabei gefordert, die eigenen „Ambivalenzen in der Situation in der Sprache der inneren Anteile zu formulieren“ (ebd.,

S. 9). Dabei ist eine bedürfniszentrierte und gewaltfreie Kommunikation hilfreich, die den Teilnehmenden vermittelt, dass an ihren inneren Konflikten Anteil genommen wird und es den Fachkräften ein Anliegen ist, dass die Kinder und Jugendlichen ihre selbst gesteckten Ziele erreichen. Anschließend kann ein verstehensorientierter Zugang helfen, Ambivalenzen der Kinder und Jugendlichen, die sich in unterschiedlichen inneren Anteilen ausdrücken, aufzugreifen und diese zu Wort kommen zu lassen (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 146 f.). Die Förderung von schützenden, unterstützenden und mutigen Anteilen sowie die Versorgung von ängstlichen, traurigen oder überforderten Ich-Zuständen helfen den Kindern und Jugendlichen dabei, innerlich mehr Kohärenz und Kooperation herzustellen (vgl. Peichl 2012). Diese mit ihren lebensgeschichtlich sinnhaften Funktionen und Kompetenzen zu würdigen, ist dabei ein zentrales Anliegen (vgl. Scherwath & Friedrich 2016, S. 146). Zugleich gilt es, den*die Mannschaftskapitän*in als selbststeuernden Anteil des inneren Teams in seiner*ihrer Funktion zu stärken (vgl. ebd.; Haupt-Scherer 2017). Diese Prozesse benötigen eine geschulte und langfristige Begleitung, die sich ausreichend Zeit nimmt, mit den Klient*innen an einem inneren Mannschaftsplan zu arbeiten. Im klettertherapeutischen Kontext kann dabei gegebenenfalls an die traumatherapeutische oder -pädagogische Anteilsarbeit angeknüpft werden. Hierin besteht die Chance, das Selbstverstehen, die Selbststeuerung und damit das Selbsterleben der Kinder und Jugendlichen entscheidend zu verbessern (vgl. Haupt-Scherer 2018).

4.3.6 Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen

Mit den bislang beschriebenen Handlungsempfehlungen werden bereits Erfahrungen von Orientierung und Kontrolle, sicherer Bindung, Selbstwertsteigerung und Lebensfreude ermöglicht. Durch eine an Vorhersehbarkeit und Partizipation ausgerichtete Kletterpraxis lassen sich weitere korrigierende Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen induzieren.

Partizipation gilt als Handlungsmaxime, die Selbstwirksamkeit befördert und das Gefühl von Einflussmöglichkeit für chronisch interpersonell traumatisierte junge Menschen erfahrbar macht (vgl. König 2016; Macsenaere 2016; Kühn 2013b). In einer partizipativen Praxis muss die Teilnahme am klettertherapeutischen Angebot selbstverständlich freiwillig erfolgen, um einen Gegensatz zu grenzverletzenden Traumaerfahrungen darzustellen. Bei Ausfällen und kurzfristigen Absagen sollte stets nach dem guten Grund der Klient*innen gefragt werden. Ambivalenzen von traumatisierten Teilnehmenden sollten ausgehalten und Signale gesendet werden, dass diese auch mit schwierigen Gefühlen willkommen sind. Gleichwohl ist es wichtig, diese ernst zu nehmen, hierüber ins Gespräch zu kommen und dahinter liegende Bedürfnisse gemeinsam zu erforschen.

Die Gewährleistung von Sicherheit sollte in relativem Einklang mit der Eröffnung von Entscheidungsräumen bezüglich der Kletterrouten, Spiele und Übungen stehen. Außerdem ist es wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen ihre Leistungsgrenzen selbst bestimmen und als Experten für ihre Bedürfnisse verstanden werden (vgl. Weiß 2016). Teilnehmende müssen sofort und ohne Diskussion seitens der sichernden Person aus einer Klettertour abgelassen oder beim Abklettern unterstützt werden, wenn sie dies wünschen. Die Interventionen dennoch so zu gestalten, dass die Kinder und Jugendlichen an Stellen auch über traumabedingte Grenzen hinauswachsen, bleibt dabei sicherlich eine Herausforderung für die Klettertherapeut*innen. Andererseits kann bereits das Erklettern weniger Meter oder einer leichten Route eine selbstwerterhöhende Wirkung bei den Teilnehmenden entfalten (vgl. Lukowsky 2017b; Zajetz 2015c).

Die Evaluation des Angebotes durch die Zielgruppe kann die Ausrichtung an deren Bedürfnissen und Möglichkeiten zusätzlich erhöhen. Dabei können die jungen Menschen zudem Kontrollerfahrungen durch eine Wertschätzung und Berücksichtigung ihrer Wünsche durch die Fachkräfte machen. Beim Seilklettern sollten zudem fortlaufend Rückmeldungen von der kletternden Person über die gewünschte Seilstraffung und die empfundene Qualität der Sicherung eingeholt werden. So spüren die jungen Menschen unmittelbar, dass sie ihren Bewegungsrhythmus selbst bestimmen können.

Transparenz gilt ebenso als eine voraussetzungsvolle Bedingung für gelingende traumasensible Begleitung und Förderung (vgl. Baierl 2016c). Vorhersehbarkeit wirkt Ohnmachtsgefühlen entgegen und stärkt die Kinder und Jugendlichen im Empfinden von Orientierung und Sicherheit (vgl. König 2016). Dementsprechend sollten Klettertherapeut*innen den Teilnehmenden stets eine Einführung in die Räumlichkeiten der Kletter- oder Boulderhallen sowie in die Umgebung und Besonderheiten des Geländes beim Felsklettern geben. Transparente Regeln und Grenzen sind dabei als haltgebende Strukturen zu verstehen (vgl. ebd.; Schmid & Lang 2013). Sie geben Orientierung für den Rahmen, in welchem sich das eigene Verhalten beim Klettern bewegen darf, bevor Konsequenzen entstehen. Auch hier muss eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten als klare Grenze für eine sichere Kletterpraxis verstanden werden, deren Übertreten ein De-eskalieren und Stabilisieren zwingend notwendig macht.

5 Fazit und Ausblick

Wie im ersten Teil der Arbeit aufgezeigt, ist Trauma „ein weites Feld“ (Peichl 2013, S. 52). Dieses sollte im Rahmen ganzheitlich ausgerichteter Interventionen nicht nur als „psychosoziales Geschehen“ (Schmid et al. 2012, S. 238) verstanden werden. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen manifestieren sich insbesondere (hirn-)physiologisch und beeinflussen damit die Selbstwahrnehmungs- und Selbstregulationsfähigkeit von jungen Heranwachsenden nachhaltig (vgl. Lang 2016). Auch die körperliche Dimension bedarf deshalb ausreichender Beachtung hinsichtlich ihrer Wirkung auf die innere Verfassung und die Beziehungsfähigkeit Betroffener.

Komplexe Traumatisierungen vom Typ II geschehen gleichwohl überwiegend auf Beziehungsebene. Dadurch können betroffene Kinder und Jugendliche oft keine ausreichend grundbedürfnisbefriedigenden Erfahrungen machen. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf die biopsychosoziale Gesundheit junger Menschen, die sich in den dargestellten Traumafolgen ausdrücken. Seelische Verletzungen, die die Verarbeitungskapazitäten der Kinder und Jugendlichen überfordern, wirken im Hier und Jetzt fort. Sie beeinträchtigen nachvollziehbar das Sicherheitserleben und die Vertrauensfähigkeit der jungen Menschen. Entsprechend zeigen sich Erfahrungen von chronischer Misshandlung und Vernachlässigung durch ein übererregtes Nervensystem, fortdauernde Erfahrungen von Kontrollverlust und traumatisch geprägte Beziehungserwartungen.

Komplexe Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter können auch als Entwicklungstraumatisierungen verstanden werden (Garbe 2018; Streeck-Fischer 2014). Die Erlebens- und Verhaltensweisen traumatisierter Kinder und Jugendlicher sind aus einer wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung heraus als enorme Anpassungsleistung an widrige Entwicklungsbedingungen zu würdigen. Traumafolgesymptome stellen nach diesem Verständnis Lösungsversuche angesichts extremer Lebensumstände dar. Ein heilsames Entwicklungsmilieu bietet den Kindern und Jugendlichen in diesem Sinne die Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen zu machen, die sie in ihrer Identitätsentwicklung stärken. Die Förderung von Ressourcen und Bewältigungskompetenzen, sowie die nachträgliche Versorgung der Grundbedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, selbstwertfördernden sowie lust- und freudvollen Erfahrungen stehen dabei im Zentrum. Die Heilung von Bindungstraumatisierungen kann durch langjährige und kontinuierliche Begleitung auch bei sehr schweren Verletzungen schrittweise gelingen (vgl. Huber 2012; 2013). Es bedarf hierfür jedoch einer reflexiven Beziehungsgestaltung, die die Lebensleistung Betroffener anerkennt und das erfahrene Leid mit aushält. Das Erleben einer sicheren und akzeptierenden sozialen Umgebung sowie eine bindungs-sensible Begleitung durch feinfühlig und verlässliche Bezugspersonen stellen daher übergeordnete Zielperspektiven in traumapädagogischen Konzepten dar. Zudem sollte

im Rahmen traumasensibler Begleitung auch an der Herstellung eines positiven Körpergefühls, dem Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen und der Beruhigung psychobiologischer Spannungszustände angesetzt werden.

Traumatasensibilität bedeutet in diesem Sinne, die Beachtung und Befriedigung der psychosozialen Grundbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen und dies konzeptionell zu verankern (vgl. Baierl 2016c). Dabei sollte ganz bewusst eine Bewältigungsperspektive gegenüber der Traumafolgen eingenommen werden (vgl. Gräbener 2013, S. 75; Gahleitner 2011). Für die ganzheitliche Versorgung der biopsychosozialen Entwicklungsbedarfe betroffener Kinder und Jugendlicher benötigt es neben der traumapädagogischen Alltagsbegleitung deshalb Konzepte, die interdisziplinäre Kooperationen für ein umfassendes Netzwerk äußerer Stabilität und Sicherheit einschließen. Die traumapädagogische Unterstützung kann auf diese Weise durch ergänzende traumasensible Förderansätze bereichert werden. Gahleitner (2011) schlägt hierfür unter anderem bewegungstherapeutische Verfahren „zur Herstellung eines übungs- und erfahrungsorientierten Übergangsraums“ (S. 95) vor, in welchem die Kinder und Jugendlichen heilsame Erfahrungen machen und sich Schritt für Schritt entwickeln können. Resilienzfördernde, ressourcenorientierte und identitätsstiftende Angebote, in welchen die Kinder und Jugendlichen sich gesehen und sozial eingebunden fühlen, erzielen in stationären Jugendwohngruppen besonders positive Wirkungen (vgl. Esser 2014). Körperorientierte Methoden haben zudem bereits seit einiger Zeit Einzug in die traumatherapeutische Behandlung gefunden und können nachweislich einen positiven Beitrag zur Traumaheilung leisten (vgl. van der Kolk 2014).

Therapeutisches Klettern kann als Ergebnis der vorangegangenen Auseinandersetzung als ein solches Übungs- und Lernfeld für die Entwicklungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Förderbedarf betrachtet werden und emotional korrigierende Erfahrungen bereitstellen. Gegenüber einem rein erlebnispädagogischen Ansatz hat es den Vorzug, dass es als ein klinisch ausgerichtetes Verfahren spezifisch an die Bedarfe chronisch interpersonell traumatisierter Kinder und Jugendlicher angepasst werden kann. Somit kann therapeutisches Klettern auch gezielt traumasensibel gestaltet werden. Die Chancen liegen dabei vor allem im Bereich der Wiederermächtigung des Selbst in Form von Handlungs- und Selbststeuerungsfähigkeit (vgl. Haupt-Scherer 2017), der Förderung von sozialen Kompetenzen, eines positiven Körperbezugs, Selbstwirksamkeitserleben und der Beziehungsfähigkeit. Die dargestellten erlebnispädagogischen Lernmodelle veranschaulichen diese Prozesse und lassen sich auch für die methodische Feinplanung von klettertherapeutischen Angeboten nutzen. Wichtig scheint dabei, dass durch Prozessorientierung als „eine Art Schritt-für-Schritt-Pädagogik [...] jeder zurückgelegte Zwischenschritt, jede gemeisterte Etappe als neuer Ausgangspunkt

angesehen [wird]" (Zuffellato & Kreszmeier 2012, S. 130). Auf diese Weise können die Interventionen stets entlang der spezifischen Bedürfnisse und Entwicklungsbedarfe entwickelt und umgesetzt werden, ohne ihre Adressat*innen zu überfordern und potentiell schädigende Erfahrungen zu produzieren.

Das subjektive Sicherheitserleben der Teilnehmenden sollte auf den verschiedenen Ebenen der Rahmenbedingungen, der Qualifikation der Fachkräfte sowie des Beziehungs- und Vertrauensverhältnisses zum*zur Klettertherapeut*in konsequent und feinfühlig mitgedacht werden, damit heilsame Erfahrungsräume entstehen können. Seidel (2012) argumentiert auf der anderen Seite, dass das Wagnis stets ein zentrales Element der Erlebnispädagogik ist: „Sobald wir uns in der Natur und nicht im Seminarraum befinden, gibt es ein gewisses Basisrisiko, und dies entspricht auch viel eher dem Alltag in unserer Lebenswelt und dem der Kinder und Jugendlichen“ (S. 28). Dahingehend lässt sich festhalten, dass korrigierende Erfahrungen zwar auch durch Herausforderungen angestoßen werden, diese sich jedoch stets an den Bewältigungsmöglichkeiten und den Grundbedürfnissen der Adressat*innen ausrichten müssen. Bedürfniszentrierung stellt daher eine zentrale Handlungsmaxime des therapeutischen Kletterns dar. Für junge Menschen, welche durch dysfunktionale Bindungserfahrungen bereits früh in ihren Grundbedürfnissen verletzt und traumatisiert wurden, gilt dies im Besonderen. Traumasensibel ausgerichtetes therapeutisches Klettern berücksichtigt diese Aspekte entsprechend verstärkt, während rein erlebnispädagogische Kletterangebote erfahrungsorientierte Lernprozesse eher außerhalb der Komfortzone anstoßen.

Durch eine Orientierung an traumapädagogischen Standards und Zielperspektiven, einem Bewusstsein für traumabedingte Erlebens- und Verhaltensweisen sowie den hieraus resultierenden Bedarfen können traumatisierte Kinder und Jugendliche im Rahmen dieses speziellen Angebotes im Idealfall korrigierende Selbstwirksamkeits- und Beziehungserfahrungen machen und in ihrer Selbstentwicklung unterstützt werden.

Für eine ausreichende wissenschaftliche Begründung dieses Verfahrens bedarf es weiterer Forschung bezüglich der Wirksamkeit auf einzelne traumabedingte Symptombelastungen. Die dargelegten Förderpotentiale des therapeutischen Kletterns für Kinder und Jugendliche mit komplexer Traumafolgestörung sind nicht empirisch gesichert, sondern bilden hypothetische Chancen einer traumasensiblen Kletterpraxis ab. Die in dieser Arbeit vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen können zudem keine störungsspezifische Konzeption ersetzen. Vielmehr sind sie als erste methodische Impulse zu verstehen, die beispielsweise praktizierenden Erlebnispädagog*innen und Klettertherapeut*innen eine Orientierung für einen traumasensiblen Umgang mit der Zielgruppe geben können. Perspektivisch könnte ein spezifisches Konzept für traumasensibles therapeuti-

ches Klettern als Grundlage für prospektive Wirksamkeitsstudien genutzt werden. Gegebenenfalls lassen sich die vorgestellten Handlungsempfehlungen hierfür als Grundlage für qualitative Forschung in zielgruppenevaluationsbasierten, langfristigen Kletter- und Boulderprojekten nutzen.

Im Rahmen dieser Arbeit konnten einige Aspekte nur begrenzt Raum für eine Auseinandersetzung finden. Die geschlechtliche Dimension des Kletterns konnte etwa nicht ausführlich berücksichtigt werden, wenngleich diese einen bedeutenden Einfluss auf die Kletterpraxis hat (vgl. Kirchner 2018). Therapeutisches Klettern gendersensibel zu gestalten, scheint gerade für Kinder und Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, unabdingbar zu sein. Die Interdependenzen zwischen Geschlecht und traumasensiblen therapeutischen Klettern sollten in einer konzeptionellen Auseinandersetzung daher explizite Beachtung finden.

Klärungsbedürftig blieben zudem die finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen der Klettertherapie mit der Zielgruppe. Sozialarbeiter*innen, die therapeutisches Klettern traumasensibel gestalten wollen, benötigen einen Rahmen, in dem sie finanzielle, methodische und konzeptionelle Sicherheit erfahren und anbieten können. In welcher Form in stationären oder ambulanten Jugendhilfesettings klettertherapeutische Interventionen umgesetzt werden können, sollte daher weiter erörtert werden. Traumapädagogische Konzepte fördern oftmals die interdisziplinäre und netzwerkorientierte Zusammenarbeit (vgl. Gies 2016) mit externen Stellen und internen Fachdiensten im Sinne einer „Versorgungskette“ (Schmid 2013a, S. 49) in einem „tragfähigen Betreuungsnetzwerk“ (Gahleitner 2011, S. 60). Dies könnte mögliche Anknüpfungspunkte für eine institutionelle Integration klettertherapeutischer Interventionen durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte bieten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass komplexe Traumatisierungen die Entwicklungs- und Teilhabechancen Betroffener langfristig beeinträchtigen können. Traumatisierende soziale Erfahrungen verursachen nicht nur gravierendes Leid bei den Überlebenden, sondern auch hohe gesellschaftliche Kosten (vgl. Habetha, Bleich, Sievers, Marschall, Weidenhammer & Fegert 2012). Daher müssen neben der Weiterentwicklung von kindzentrierten Konzepten, die sich für die Bewältigung biopsychosozialer Traumafolgen einsetzen, auch gesamtgesellschaftliche Anstrengungen zur Reduktion von Misshandlung und Vernachlässigung unternommen werden. Es ist wichtig, dass Kinder und Jugendliche mit schwierigen Startbedingungen umfassende und damit angemessene Unterstützung erhalten (vgl. Keupp 2012). Dafür braucht es nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch gesellschaftliche Solidarität, Verantwortungsübernahme für die kindlichen Bedürfnisse und das Ermöglichen von Entwicklungschancen.

Literaturverzeichnis

Abstreiter, R., Zwerger, R. & Zwerger, R. (2017). *Außen handeln – Innen schauen. Systemische Prozessbegleitung in der Erlebnispädagogik*. Augsburg: ZIEL.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Baierl, M. (2016a). Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 56 – 71). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Baierl, M. (2016b). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 21 – 46). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Baierl, M. (2016c). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 72 – 87). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Baierl, M., Götz-Kühne, C., Hensel, T., Lang, B. & Strauss, J. (2016). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 59 – 71). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Baig-Schneider, R. (2012). *Die moderne Erlebnispädagogik. Geschichte, Merkmale und Methodik eines pädagogischen Gegenkonzepts*. Augsburg: ZIEL.

Barth, M. (2012a). Bouldern in der Halle. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 99 – 102). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Barth, M. (2012b). Klettern in der Halle. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 103 – 107). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Bausum, J. (2013). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: „Ich bin und ich brauche euch.“. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik*.

Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis (S. 189 – 198). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Besser, L. (2013). Wenn die Vergangenheit die Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 39 – 54). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Böhmer, H. (2002a). Erlebnispädagogik zwischen Tradition und Aufbruch. In G. A. Pilz & H. Böhmer (Hrsg.), *Wahrnehmen – Bewegen – Verändern. Beiträge zur Theorie und Praxis sport-, körper-, und bewegungsbezogener sozialer Arbeit* (S. 59 – 78). Hannover: Blumhardt.

Böhmer, H. (2002b). Perspektiven und Abgründe – Lernen zwischen Himmel und Erde. Klettern und Ropes Courses in der erlebnispädagogischen Arbeit. In G. A. Pilz & H. Böhmer (Hrsg.), *Wahrnehmen – Bewegen – Verändern. Beiträge zur Theorie und Praxis sport-, körper-, und bewegungsbezogener sozialer Arbeit* (S. 225 – 237). Hannover: Blumhardt.

Borg-Laufs, M. (2019). Menschliche Entwicklung – Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. In D. Wälte, M. Borg-Laufs & B. Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (S. 11 – 70). 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 7 – 22). Tübingen: dgvt.

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B. & Hungerige, H. (2018). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Bowlby, J. (2016). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. Engl. Originalausgabe 1953. 7. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt.

- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. Engl. Originalausgabe 1969. München: Ernst Reinhardt.
- Brisch, K. H. (2014). Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche* (S. 15 – 42). Basel: Borgmann.
- Brisch, K. H. (2013). „Schütze mich, damit ich mich finde.“ Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 150 – 166). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Brisch, K. H. (2009). Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklungen. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 350 – 371). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 105 – 135). 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
- Dalferth, G., Renz, P., Doll, N. & Mollenhauer, A. (2015). Hochleistung auf Beziehungsebene. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 228 – 238). Stuttgart: Schattauer.
- Deutscher Alpenverein (2007). *Aktion sicher klettern. Sicher Topropeklettern und sicher Vorsteigen mit dem DAV-Kletterschein*. München: Deutscher Alpenverein e.V. Online abrufbar unter: https://www.alpenverein.de/bergsport/sicherheit/klettern/sicher-toprope-und-vorstieg-dav-kletterscheine_aid_10530.html, zuletzt geprüft am 16.04.2021.
- De Hair, I. A. (2017). Das Trauma-Tipi. Ein Arbeitskonzept für eine wertschätzende tiergestützte Traumapädagogik im Kontext der Natur. *e&I – erleben und lernen*, 25 (6), 20 – 22.
- Ding, U. (2013). Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 56 – 67). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3 – 12.

Einwanger, J. (2015). Erlebnispädagogik. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 81 – 95). Stuttgart: Schattauer.

Esser, K. (2014). Bindungsaspekte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Lernen aus der Erfahrung ehemaliger Kinderdorfkinder. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche* (S. 145 – 156). Basel: Borgmann.

Felitti, V. J. (2003). Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52(8), 547 – 559.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245 – 258.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Fisher, J. & Ogden, P. (2011). Die Sensusmotorische Psychotherapie. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung* (S. 360 – 379). Paderborn: Junfermann.

Ford, J. D. (2011). Neurobiologische und entwicklungspsychologische Forschung und ihre klinischen Implikationen. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung* (S. 51 – 80). Paderborn: Junfermann.

Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2011). Definition und Verständnis komplexer Traumata und der komplexen traumatischen Belastungsstörung. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.),

Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung (S. 32 – 50). Paderborn: Junfermann.

Fritz, A. & Schwiersch, M. (2007). Bindung und Risiko. In Einwanger, J. (Hrsg.), *Mut zum Risiko. Herausforderungen für die Arbeit mit Jugendlichen* (S. 18 – 31). München: Ernst Reinhardt.

Fröhlich-Gildhoff, K., Beuter, S., Fischer, S. & Rönnau-Böse, M. (2012). Resilienzförderung – eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und –pädagogisches Handeln. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 42 – 53). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Frühauf, A., Sevecke, K. & Kopp, M. (2019). Ist-Stand der Fachliteratur zu Effekten des therapeutischen Kletterns auf die psychische Gesundheit – Fazit: viel zu tun. *Neuropsychiatr*, 33, 1 – 7.

Fürst, W. (2012a). Erlebnispädagogik in der Erziehungshilfe – Methodische Ansätze. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 13 – 15). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Fürst, W. (2012b). Sicherheit und Risiko – zwei Seiten einer Münze. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 16 – 21). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Gahleitner, S. B. (2014). Bindung biopsychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche* (S. 55 – 72). Dortmund: Borgmann.

Gahleitner, S. B. (2013). Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? – Wie? – Wozu? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 45 – 55). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Gahleitner, S. B. (2011). *Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B., Loch, U. & Schulze, H. (2012). Psychosoziale Traumatologie. Eine Annäherung. In H. Schulze, U. Loch, S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 6 – 53). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Gahleitner, S. B. & Schleiffer, R. (2012). Bindung und Trauma. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 28 – 41). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Garbe, E. (2018). *Das kindliche Entwicklungstrauma Verstehen und bewältigen*. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Gharabaghi, K. (2013). Erziehung: Professionelle Hilfen im Jugendalter. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven* (S. 21 – 32). Berlin und Heidelberg: Springer.

Gies, H. (2016). Traumasensible Netzwerkarbeit. Ein Aufwand, der sich lohnt. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 327 – 333). Weinheim und Basel: Beltz.

Gilsdorf, R. (2004). *Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

Günder, R. (2011). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklung, Veränderungen Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*. 4., völlig neu überarbeitete und ergänzte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gräbener, J. (2013). *Basiswissen: Umgang mit traumatisierten Patienten*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J. & Fegert, J. (2012). *Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten)*

mehr? Kiel: Schriftenreihe des IGFS Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Bd. III.

Haupt-Scherer, S. (2018). *Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik*. 6., erweiterte Auflage. (o. O.): Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen.

Haupt-Scherer, S. (2017). Wiederermächtigung: Erlebnispädagogik als Chance. Anregungen zu einer traumasensiblen Erlebnispädagogik. *e&l – erleben und lernen*, 25 (6), 8 – 10.

Haupt-Scherer, S. & Lippegau, C. (2019). „*Ich sehe dich und ich bin für dich da!*“. *Bindungsorientierte Pädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe*. 2. Auflage. Bielefeld: Evangelische Kirche von Westfalen.

Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60 (6), 547 – 562.

Heckmair, B. & Michl, W. (2012). *Erleben und Lernen. Einführung in die Erlebnispädagogik*. 7., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Heekerens, H.-P. (2019). *100 Jahre Erlebnispädagogik. Rück-, Rund- und Ausblicke*. Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS-Verlag.

Heekerens, H.-P. (2016). *Psychotherapie und Soziale Arbeit. Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte*. Coburg: ZKS-Verlag.

Heimbeck, A., Wallner, S. & Reiter, M. (2015). Sport- und Bewegungstherapie. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 96 – 114). Stuttgart: Schattauer.

Hensel, T. (2016). Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 27 – 37). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Herman, J. (2010). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Engl. Originalausgabe 1992. 3. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Huber, A. (2020). *Die Angst, dein bester Freund*. Salzburg und München: Bergwelten.

Huber, M. (2013). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2*. 5. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. 5. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Hüther, G. (2011). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. 10. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Hüther, G. (2006). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 94 – 104). 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.

Iglseder, A. (2015). Klettern in der Entwicklung des Menschen und des Einzelnen – eine interdisziplinäre philosophische Betrachtung. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 1 – 6). Stuttgart: Schattauer.

Igney, C. (2012). „Was soll ich denn jetzt tun?“ Bewältigungswege komplex traumatisierter, dissoziativer Menschen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4* (S. 289 – 304). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Karg, N., Dorscht, L., Kornhuber, J. & Luttenberger, K. (2020). Bouldering psychotherapy is more effective in the treatment of depression than physical exercise alone: results of a multicentre randomised controlled intervention study. *BMC Psychiatry*, 20 (116), 1 – 13.

Kessler, T. (2016). Diese Wut, die mich immer wieder einholt. Methodisches zur Arbeit mit traumatischer Übertragung und der Gegenreaktion. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 282 – 289). Weinheim und Basel: Beltz.

Keupp, H. (2012). Verwirklichungschancen von Anfang an: Frühe Förderung im Kontext des 13. Kinder- und Jugendberichts. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Forschung und Praxis 3* (S. 64 – 75). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kinne, T. & Woitkowiak, S. (2013). Klettern – mehr als ein Bewegungsangebot für Schülerinnen und Schüler im Förderschwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung. In T. Kinne & G. Theunissen (Hrsg.), *Erlebnispädagogik in der Behindertenarbeit. Konzepte für die schulische und außerschulische Praxis* (S. 103 – 117). Stuttgart: Kohlhammer.

Kirchner, B. (2018). *Bewegungskompetenz. Sportklettern – Zwischen (geschlechtlichem) Können, Wollen und Dürfen*. Wiesbaden: Springer.

Knümann, S. (2019). *Naturtherapie. Mit Naturerfahrungen Beratung und Psychotherapie bereichern*. Weinheim und Basel: Beltz.

König, N. (2016). Der Tanz auf dem Tisch. Intensivpädagogische Wohngruppenarbeit mit traumatisierten Kindern. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 157 – 170). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Kowald, A.-C. (2015a). Bindungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 155 – 161). Stuttgart: Schattauer.

Kowald, A.-C. (2015b). Die therapeutische Identität als Klettertherapeut. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 242 – 248). Stuttgart: Schattauer.

Kowald, A.-C. (2015c). Erfahrungslernen und Erlebnistherapie. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 44 – 70). Stuttgart: Schattauer.

Kowald, A.-C. & Hufnagl, J. (2015). Therapeutisches Klettern mit Kindern und Jugendlichen. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 115 – 149). Stuttgart: Schattauer.

Kowald, A.-C. & Zajetz, A. K. (2015a). Erlebnisqualitäten des Kletterns. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 20 – 41). Stuttgart: Schattauer.

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

Kowald, A.-C. & Zajetz, A. K. (Hrsg.) (2015c). *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik*. Stuttgart: Schattauer.

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

Krautkrämer-Oberhoff, M. (2013). Traumapädagogik in der Heimerziehung. Biographiearbeit mit dem Lebensbuch „Meine Geschichte“. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 126 - 137). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Kröger, C. (2016). Was heißt eigentlich „psychisch krank“? Überlegungen zum Verständnis und zum Umgang mit psychischen Störungen in Beratungsprozessen. *Beratung Aktuell*, 3 (17), 3 – 16.

Kröger, C. (2015). Das Konsistenzmodell von Klaus Grawe: Zu den Zusammenhängen zwischen Grundbedürfnissen, motivationalen Schemata und Gesundheit. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 4 – 14). Weitraisdorf: ZKS-Verlag.

Kühn, M. (2016). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 19 – 26). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Kühn, M. (2013a). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 24 – 37). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Kühn, M. (2013b). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 138 – 149). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Lakemann, U. (2014). Erlebnispädagogik und Psychotherapie. In A. Ferstl, M. Scholz, C. Thiesen (Hrsg.), *Erlebnispädagogik: quo vadis? Zwischen Anpassung und Abenteuer* (S. 140 – 151). Augsburg: ZIEL.

Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Lang, B. (2013). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 220 – 228). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Lang, T. (2016). Trauma und Körper. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 394 – 405). Weinheim und Basel: Beltz.

Lang, T. (2013a). Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 187 – 217). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lang, T. (2013b). Körperliche Gewalt in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 309 – 333). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Laucht, M. (2006). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 53 – 71). 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.

Levine, P. (2014). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. 6. Auflage. München: Kösel.

Lindenthaler, C. & Lindenthaler, H. (2012). *Natur als Partnerin. Systemische Prozessbegleitung in psychosozialen Handlungsfeldern*. München: Buch & media.

Lohmann, K. (2016). Das Leben lieben lernen: Lebensfreude als Grundhaltung traumapädagogischen Handelns. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 131 – 143). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lovric, D. (2015). Neurowissenschaftliche Implikationen therapeutischen Kletterns. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 6 – 19). Stuttgart: Schattauer.

Luckner, J. & Nadler, R. S. (1997). *Processing the Experience. Strategies to Enhance and Generalize Learning*. 2. Auflage. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt.

Lukowski, T. (2017a). KiT: Klettern in der Therapie. In K. Mehl (Hrsg.), *Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik* (S. 121 – 128). Berlin: Springer.

Lukowski, T. (2017b). *Klettern in der Therapie*. München: Ernst Reinhardt.

Macsenaere, M. (2016). Partizipation. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 106 – 114). Weinheim und Basel: Beltz.

Mastalerz, D. (2012a). Bouldern im Gelände. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 108 – 113). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Mastalerz, D. (2012b). Klettern im Mittelgebirge. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 108 – 113). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Maercker, A. (2019). Komplexe PTBS. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 47 – 60). 5. Auflage. Berlin: Springer.

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

Mehl, K. (Hrsg.) (2017b). *Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik*. Berlin: Springer.

Michl, W. (2020). *Erlebnispädagogik*. 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Paffrath, F. H. (2013). *Einführung in die Erlebnispädagogik*. Augsburg: ZIEL.

Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 15 – 31.

Pauls, H. (2013b). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Peichl, J. (2013). *Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline – Ego-State – Täter-Introjekt*. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Rassenhofer, M., Hoffmann, U., Hermeling, L., Berthold, O., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2020). *Misshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe.

Riedesser, P. (2006). Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 160 – 171). 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.

Rogers, C. R. (2007). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. 19. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.

Romanowski, C. (2019). Kinder, Jugendliche und deren Familien in Multiproblemlagen: Skizzierung einiger Herausforderungen für die sozialtherapeutische Beratung in der Jugendhilfe. *Beratung Aktuell*, 1 (20), 4 – 18.

Rosner, R. (2013). Sind unsere diagnostischen Konzepte adäquat? Posttraumatische Belastungsstörung vs. Traumaentwicklungsstörung. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck, *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 64 – 70). 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Rothdeutsch-Granzer, C., Weiß, W. & Gahleitner, S. B. (2015). Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In S. B. Gahleitner, C. Frank, A. Leitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (S. 171 – 185). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Sack, M. & Mattheß, H. (2013). Somatoforme Störungen und komplexe Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 486 – 490). Stuttgart: Schattauer.

Schellong, J. (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 42 – 58). Stuttgart: Schattauer.

Scherwath, C. & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. 3., aktualisierte Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt.

Schmersow, S. & Tillmann, J. (2002). Vom Denken ohne Körper über Bewegung zu Bewusstheit mit Leib – Plädoyer für ein bewegliches Lernen. In G. A. Pilz & H. Böhmer (Hrsg.), *Wahrnehmen – Bewegen – Verändern. Beiträge zur Theorie und Praxis sport-, körper-, und bewegungsbezogener sozialer Arbeit* (S. 128 – 158). Hannover: Blumhardt.

Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3 (8), 124 – 130.

Schmid, P. F. (1995). *Personale Begegnung: der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge*. Würzburg: Echter.

Schmid, M. (2013a). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck, *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 36 – 60). 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmid, M. (2013b). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 56 – 83). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmid, M. (2012). Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiat-

rie/-psychotherapie. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Forschung und Praxis* 3 (S. 113 – 121). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schmid, M. & Lang, B. (2013). Überlegungen zum traumapädagogischen Umgang mit Regeln. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 280 – 308). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmid, M., Lang, B., Gahleitner, S. B., Weiß, W. & Kühn, M. (2012). Trauma – ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Forschung und Praxis* 3 (S. 238 – 247). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowic, K. & Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext*, 38 (4), 330 – 357.

Schmiedebach, H.-P. (2019). Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 3 – 12). 5. Auflage. Berlin: Springer.

Schleiffer, R. (2007). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Schleiffer, R. & Gahleitner, S. B. (2012). Schwierige Klientel oder schwierige Helfende? Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 197 – 204). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schöffl, V. & Hochholzer, T. (2020). Einleitung. In V. Schöffl, I. Schöffl T. Hochholzer & C. Lutter (Hrsg.), *Klettermedizin. Grundlagen, Unfälle, Verletzungen und Therapie* (S. 3 – 12). Berlin: Springer.

Schroeder, M. (2016). Umgang mit Kontrollverlusten und Förderung der Steuerungsfähigkeit im Gruppenalltag. In M. Baiertl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 211 – 223). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schulze, H. & Kühn, M. (2012). Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potentiale und Spannungsfelder. In H. Schulze, U. Loch, S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 166 – 185). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Seidel, H. (2012). Alles sicher oder was? Zum Verhältnis von Sicherheit und Wagnis in der Erlebnispädagogik. In D. Mastalerz & A. Brünner (Hrsg.), *Sicherheit und Risiko in der Erlebnispädagogik* (S. 22 – 30). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Spangler, G. (2011). Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 282 – 300). Stuttgart: Klett-Cotta.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a). *Jugendämter nahmen 2019 rund 49 500 Kinder zu ihrem Schutz in Obhut. Pressemitteilung Nr. 363 vom 17. September 2020.* Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_363_225.html, zuletzt geprüft am 06.04.2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b). *Entwicklung der Inobhutnahmen.* Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/_Grafik/_Interaktiv/inobhutnahmen.html, zuletzt geprüft am 06.04.2021.

Stemmer-Lück, M. (2012). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis.* 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Strauß, J.-W. (2016). Grenzen der Traumapädagogik – kritische (Nach-)Fragen. In W. Weiß, T. Kessler & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 449 – 457). Weinheim und Basel: Beltz.

Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz.* 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

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

Terr, L. (1997). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht.* München: Knauer.

- Teichler, M. H. (2011). Frühe Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen: Gene, Gehirn, Zeit und Pathologie. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 105 – 136). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thiesen, C. (2017). Traumatisierte Teilnehmende: Was ist zu beachten? Eine kurze Übersicht. *e&l – erleben und lernen*, 25 (6), 23.
- Thimme, T. (2016). Therapeutisches Klettern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Deimel & T. Thimme (Hrsg.), *Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters* (S.236 – 256). Sankt Augustin: Academia.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin.
- Wagner, W. (2013). Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 91 – 104). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Wallner, S. (2015). Psychologin in freier Praxis. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 302 – 305). Stuttgart: Schattauer.
- Weber, F. (2014). *Therapeutisches Klettern für Kinder mit ADHS. Visuelle Wahrnehmung und sensorische Integration*. Hamburg: Diplomica.
- Weinberg, D. (2016). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2014). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit*. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, W. (2016). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. 8., durchgesehene Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2014). Möglichkeiten der Traumapädagogik zur Regulation und Selbstregulation störungswerter dissoziativer Zustände. In W. Weiß, E. K. Friedrich, E. Picard & U. Ding (Hrsg.), *„Als wär ich ein Geist, der auf mich herunterschaut“*. *Dissoziation und Traumapädagogik* (S. 97 – 165). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Weiß, W. (2013a). Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder & Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 167 – 181). 2., ergänzte und korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Weiß, W. (2013b). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 145 – 156). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Wettig, J. (2012). Neurobiologie der frühkindlichen Traumatisierung. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Forschung und Praxis* 3 (S. 20 – 27). 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wiesing, S. (2016). Körperliche Stabilisation traumatisierter Jugendlicher in der stationären Jugendhilfe. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 171 – 184). 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Zajetz, A. K. (2015a). AD(H)S. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 151 – 154). Stuttgart: Schattauer.

Zajetz, A. K. (2015b). Verbale Interventionsebenen. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 224 – 227). Stuttgart: Schattauer.

Zajetz, A. K. (2015c). Warum eignet sich Klettern als therapeutisches Medium? In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 41 – 43). Stuttgart: Schattauer.

Ziegenhain, U. (2013). Traumabezogene Aspekte in Kinder- und Jugendgesundheit aus Sicht der Jugendberichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck, *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 10 – 27). 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Zuffellato, A. & Kreszmeier, A. H. (2012). *Lexikon Erlebnispädagogik. Theorie und Praxis der Erlebnispädagogik aus systemischer Perspektive*. 2., überarbeitete Auflage. Augsburg: ZIEL.