

Therapeutisches Klettern bei Zwangsstörungen



SCHÖN KLINIK
Roseneck

- 1 Einführung Therapeutisches Klettern**
- 2 Evidenz**
- 3 Theoretische Einbindung in die klinische Sport- und Bewegungstherapie**
- 4 Themenfelder des therapeutischen Kletterns bei Zwangsstörungen**
- 5 Indikationen und Kontraindikationen**
- 6 Selbsterfahrung / Praktische Anwendung**

Bouldern



Sportklettern



- Erste Konzepte in den 80er und 90er Jahren (Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Forensik, Suchttherapie)
- Fachliteratur:
 - 2017 Lukowski: Klettern in der Therapie
 - 2018 Kowald und Zajetz: Therapeutisches Klettern in den Anwendungsfeldern Psychotherapie und Pädagogik
 - 2025 Kern: Therapeutisches Klettern und Bouldern in der Physiotherapie und Ergotherapie
- Schön Klinik Roseneck (Psychosomatik) seit 2011



Definition nach Kern (2025):

„Therapeutisches Klettern und Bouldern ist eine bewegungstherapeutische Anwendung des Kletterns, die im Rahmen einer präventiven oder rehabilitativen Maßnahme die individuellen Ressourcen einer Person einsetzt, um spezifische biologische, psychische und soziale Ziele zu erreichen und vorhandene Defizite positiv zu beeinflussen.“



Therapeutisches Klettern bei psychischen Erkrankungen



**Symposium
in Prien am Chiemsee**

**Freitag und Samstag,
24. und 25. Januar 2020**

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser

Erstes fachspezifisches Symposium
Januar 2020 in der Schön Klinik Roseneck

**Uniklinikum
Erlangen**



Fachtreffen therapeutisches Klettern
Juni 2025 am Uniklinikum Erlangen

Gründung von Fachverband für
Klettertherapie (FAKT!)

Karg et al. (2020):

- „Boulderpsychotherapie“ vs. angeleitetes Homeworkout
- Randomisiert, kontrollierte Studie
- N = 133
- signifikanter Rückgang depressiver Symptomatik und Angstempfinden
- positive Veränderung bzgl. Körperbild und Selbstwertgefühl
- BPT höhere Effektstärke als Kontrollgruppe

Table 3 Group Differences between the BPT and the EP Group for Change Scores between t0 and t1

Scale	BPT (n = 64) ΔM (SD)	EP (n = 69) ΔM (SD)	Cohen's d	Independent t-test p	U-test p
Primary outcome					
Depression (MADRS)	-8.4 (10.4) [†]	-3.0 (9.3) [†]	0.55	.002*	.001*
Secondary outcomes					
Anxiety (GAD-7)	-3.4 (4.3) [†]	-2.0 (4.0) [†]	0.35	.046*	.079 [†]
Body Image (FKB-20)	3.5 (6.6) [†]	1.0 (5.3)	0.42	.018*	.010*
Global self-esteem (R-SES)	3.6 (4.2) [†]	1.7 (4.3) [†]	0.45	.011*	.007*
Active and passive coping (FERUS)	3.2 (7.2) [†]	1.3 (6.4)	0.28	.115	.130
Interpersonal sensitivity (SCL-90)	-3.5 (6.2) [†]	-3.0 (5.8) [†]	0.09	.591	.880
Additional measure					
Depression (PHQ-9)	-4.7 (6.3) [†]	-2.6 (5.2) [†]	0.36	.041*	.043*

Note. Differences between t0 and t1 (t1-t0): Negative values on the MADRS, PHQ-9, GAD-7, and SCL-90 indicate improvements in symptoms, positive values on the FKB-20, GSE, R-SES, and FERUS indicate positive effects

[†] indicates a significant difference between t0 and t1 within the group; [†] $p \leq .10$; * $p \leq .05$

Luttenberger et al. (2022):

- „Boulderpsychotherapie“ vs. KVT (Gruppe)
- Randomisiert, kontrollierte Studie
- N = 156
- Dauer der Intervention: 10 Wochen, 1 Treffen pro Woche á 120 Minuten
- Datenerhebung: t0 zu Beginn, t1 nach Abschluss der Gruppe, t2 nach einem Jahr
- Beide Gruppen mit positivem Effekt auf depressive Symptome, Effektstärke war gleich hoch (kein signifikanter Unterschied)

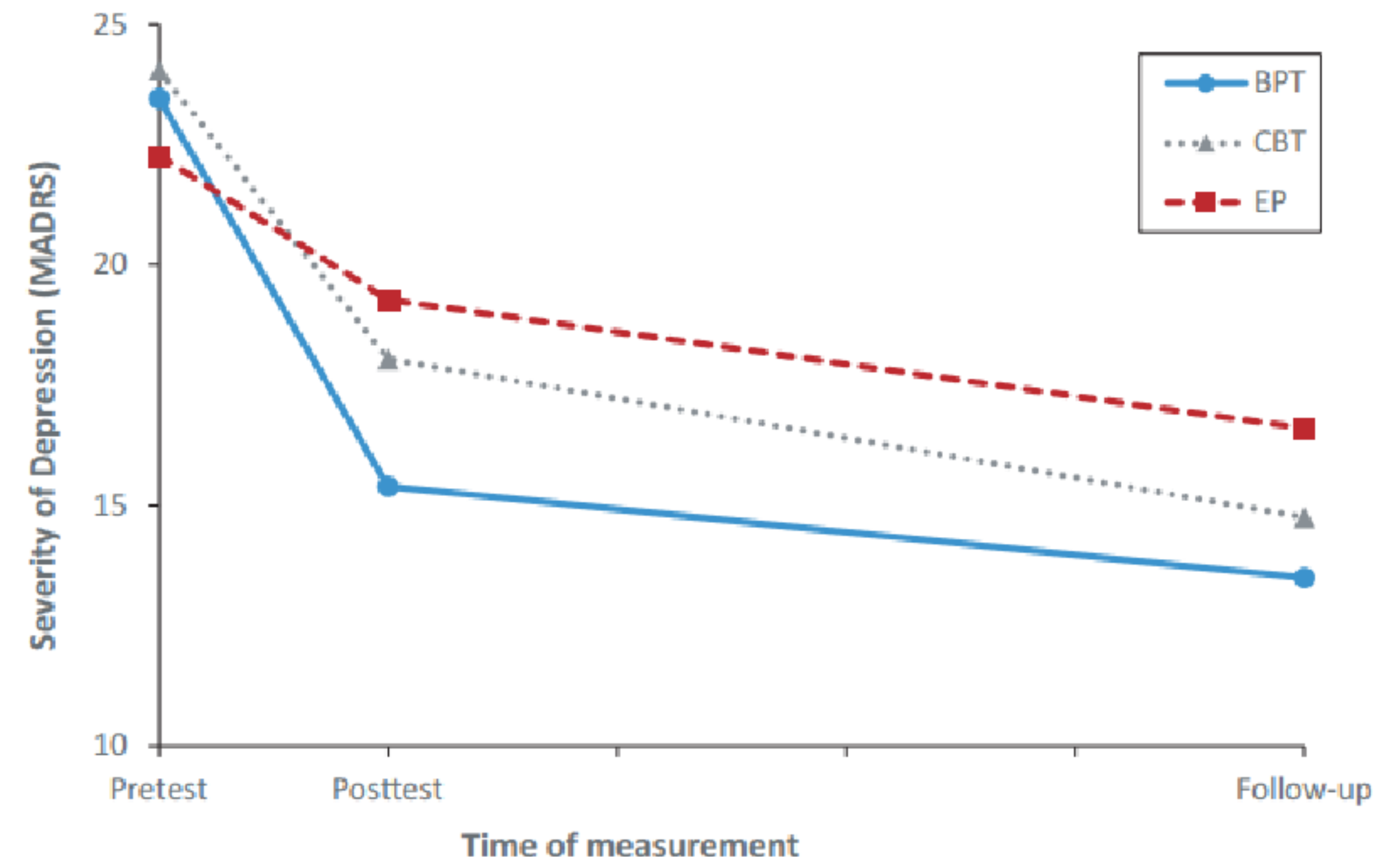


465
British Journal of Clinical Psychology (2022), 61, 465–493
© 2021 The Authors. British Journal of Clinical Psychology
published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Psychological Society
www.wileyonlinelibrary.com

Bouldering psychotherapy is not inferior to cognitive behavioural therapy in the group treatment of depression: A randomized controlled trial

Katharina Luttenberger¹, Nina Karg-Hefner¹, Matthias Berking²,
Leona Kind¹, Maren Weiss³, Johannes Kornhuber⁴ and
Lisa Dorscht^{*1} 

480 Katharina Luttenberger et al.



Thaller et al. (2022):

- Therapeutisches Klettern vs. Nordic Walking und sitzender Aktivität
- Klinische Pilotstudie
- N = 21
- All Tn haben Fragebögen bei jeweils einem Termin der drei Gruppen ausgefüllt
- Datenerhebung: t0 vor, t1 während, t2 nach Abschluss, t3 180 Minuten nach Abschluss des Termins
- TK signifikant höhere Effektstärke als NW und SA im Bezug auf Selbstwirksamkeit und affektive Reaktionen
- Signifikant positiver Effekt auf Angstepfinden bei TK und NW
- Studie wird aktuell mit größerer Stichprobenzahl erweitert
- Zwei zusätzliche qualitative Studien bzgl. a) Essstörungen und b) Zwangsstörungen, Angststörungen, Depression

Variable	Intervention	Pre		Post		Time			Intervention			Time*Intervention		
		M	(SD)	M	(SD)	F (1,20)	p	η^2	F (2,40)	p	η^2	F (2,40)	p	η^2
Positive Affect	CT	2.79	(0.7)	3.63	(0.9)	30.014	<0.001 ***	0.60	26.180	<0.001 ***	0.567	8.957	0.001 **	0.309
	NW	2.46	(0.6)	2.98	(0.7)									
	SC	2.17	(0.6)	2.26	(0.8)									
Negative Affect	CT	2.24	(0.7)	1.61	(0.7)	51.512	<0.001 ***	0.72	2.072	0.154	0.094	2.626	0.089	0.116
	NW	2.09	(1.0)	1.58	(0.8)									
	SC	2.2	(1.0)	1.93	(1.0)									
State anxiety	CT	53.90	(10.9)	43.95	(11.0)	27.128	<0.001 ***	0.576	5.020	0.011 *	0.201	6.603	0.003 **	0.248
	NW	53.29	(13.4)	44.86	(10.6)									
	SC	54.38	(12.8)	52.33	(13.0)									
Self-efficacy	CT	22.29	(5.9)	26.76	(6.1)	27.200	<0.001 ***	0.576	8.496	0.001 **	0.298	6.046	0.005 **	0.232
	NW	22.14	(7.13)	23.71	(6.6)									
	SC	21.67	(6.3)	22.67	(7.1)									

Note. CT = climbing therapy, NW = Nordic walking, SC = sedentary control condition; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Theoretische Einbindung in die klinische Sport- und Bewegungstherapie

Vier Ebenen der
Sport- und Bewegungstherapie
(nach Hölter):

- Koordination
- Ausdauer / Kraft
- Mobilisation
- Nordic Walking
- Fitnessgymnastik

Funktionell

Sozial

- Soziale Fähigkeiten
- Rollenbewusstsein
- Kleine und große Sportspiele
- Gruppendynamische Interventionen

Sensitiv

Symbolisch

- Achtsamkeit
- Körperwahrnehmung
- Innere Prozesse
- Yoga
- Qi Gong

- Deuten
- Metaphorik
- Konzentriative Bewegungstherapie
- Tanztherapie

Wirkfaktoren der
Sport- und Bewegungstherapie
(nach Höller):

Problemaktualisierung

- Aktion – Reaktion
- Kletterwand als Spiegel
- Verhaltensmuster erkennen und erleben

Klärungsperspektive

- Verstehen
- Differenzieren
- Einordnen

Aktive Hilfe zur Problembewältigung

- Neue Strategien anbieten und erproben
- Individuelles Üben
- Positive Bewältigungsverfahren

Ressourcenaktivierung

- Stärken und Fähigkeiten bewusst machen und fördern
- Selbstwirksamkeit
- Selbstbestimmung

Indikationen:

- Im Prinzip alle Krankheitsbilder
- Vorrangig:
 - Angst- und Zwangsstörungen
 - PTBS

Kontraindikationen:

- Akute Suizidalität
- Akute Psychose
- Bestimmte orthopädische Erkrankungen
- Adipositas Grad 2 & 3 (Gewicht, Hüftumfang)
- Untergewicht (unter BMI 18)
- Osteoporose / Osteopenie
- Bestimmte Medikation (z.B. Tavor)

Graubereich:

- Dissoziation
- Epilepsie
- NSSV

- 
- Aufmerksamkeitsregulation
 - Selbstwirksamkeit
 - Umgang mit Ängsten / Zwängen
 - Abbau Vermeidungsverhalten
 - Kontrolle abgeben
 - Hilfe annehmen
 - Vertrauen in andere
 - Eigene Grenzen wahrnehmen
 - Achtsamkeit
 - Unterbrechung von Rumination
 - Hedonismus / Genusserleben
 - Perfektionismus
 - Körperwahrnehmung
 - Verantwortung übernehmen
 - Soziale Fähigkeiten
 - Emotionsregulation
 - Kraft / Ausdauer / Koordination
 - Innere Dialoge
 - Eigene Bedürfnisse äußern
 - Impulskontrolle
 - Nähe - Distanz

Zeit zum Klettern!

