



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie an Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychiatrischer Behandlung“

verfasst von / submitted by
Réka Gyenis, BA MSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Privatdoz.

Zusammenfassung

Erlebnistherapie (ET) – der Einsatz professionell begleiteter Abenteuererlebnisse als Therapieverfahren – ist eine auch im deutschsprachigen Raum gern eingesetzte Methode. Ziel dieser Arbeit ist, den ET-Prozess in einem stationären jugendpsychiatrischen Setting aus der Teilnehmerperspektive zu beschreiben, um Wirkfaktoren, zugrundeliegende Mechanismen und eventuelle unbeabsichtigte Ergebnisse aufzudecken. Es wird vier Forschungsfragen nachgegangen: (1) Was sind die wichtigsten Erfahrungen von jungen Menschen in psychiatrischer Behandlung mit ET? (2) Welche Aspekte der ET werden als hilfreich wahrgenommen? (3) Welche Outcomes schreiben Patienten ET zu? (4) Welche Mechanismen der Veränderung werden beschrieben? Es wurden halbstrukturierte Interviews mit elf Patient*innen (15-20 Jahre) einer deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt und mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet.

Die Befragten erleben ET als eine Therapie, die Spaß mache, wo sie draußen sein und sich bewegen könnten, sich herausgefordert fühlten sowie Erfolgserlebnisse hätten. Dabei stehen die Anleitenden den Jugendlichen zur Seite und geben Sicherheit und Motivation. Aktive körperliche Betätigung, erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen sowie der Aspekt des Draußen-Seins wurden von den Befragten als entscheidende Wirkfaktoren eingeschätzt. Das Miteinander in der Gruppe sowie die Beziehung zu dem anleitenden Personal wurde ebenfalls überwiegend, aber nicht ausschließlich, als hilfreich beschrieben. Kontroverser angesehen wurden einzelne Begleitungstechniken wie z. B. Reflexionsgespräche. Laut den Befragten beeinflusst ET psychische Zustände sowie Coping positiv. Kurzfristig lenke ET von Problemen ab, reduziere Anspannung und verbessere die Stimmung, Sorge für Abwechslung in der Behandlung und eine bessere Gruppendynamik. Langfristiger gesehen berichten Patient*innen, durch ET aktiver geworden zu sein, mehr Selbstwirksamkeit, Offenheit für Neues sowie Akzeptanz persönlichen Grenzen gegenüber gewonnen zu haben, und das Setzen von Zielen als Alltagsstrategie besser einsetzen zu können. Viele hätten in der ET Ängste, innere Bilder oder eine psychische „Last“ bearbeitet und dadurch wichtige Therapieschritte bewerkstelligt. Die Analyse zeigt verschiedene plausible Kausalmechanismen zwischen den o. g. Aspekten und Ergebnissen auf.

Die Studienergebnisse decken sich mit der existierenden Forschungsliteratur. Die relative Gewichtung der einzelnen Kategorien spiegelt gleichzeitig Spezifitäten des untersuchten Settings wider. Weitere Forschung könnte sich mit körperlicher Aktivierung als Auswirkung der ET sowie Erfolg und spontanem Transfer als Wirkfaktoren beschäftigen.

Schlüsselwörter: Erlebnistherapie, qualitative Inhaltsanalyse, Prozessforschung, Jugendpsychiatrie

Abstract

Adventure therapy (AT) – the therapeutic application of adventure experiences to address psychosocial problems – is gaining in popularity worldwide, including German-speaking countries. The aim of the present study is to provide an in-detail description of the adventure-therapy process from the perspective of the individual patients in a specific setting: a psychiatric unit for youth and young adults. This enables the exploration of subjectively helpful therapeutic factors, underlying mechanisms of change and possible unintended therapeutic outcomes. Four research questions are pursued: (1) What are the most important experiences of youth and young adults in psychiatric care with adventure therapy? (2) Which aspects of the therapy are perceived as helpful? (3) Which outcomes do patients attribute to adventure therapy? (4) Which mechanisms of change do they describe? Eleven semi-structured interviews were conducted with patients (aged 15-20) of a German child and youth psychiatric clinic. The interviews were subsequently analyzed following the methodology of qualitative content analysis (Mayring, 2008).

The interviewees experienced AT as fun, offering an opportunity to spend time outdoors and to move. They feel challenged and experience success. The staff contribute to the experience by providing support, motivation and a sense of safety. Patients judge active, physical engagement, successful mastery of challenges and the aspect of being outdoors as crucial factors contributing to the therapeutic effect. Relationships to peers and staff are also mostly, but not exclusively, described as helpful factors. Some therapeutic strategies, e.g., reflection talks, were seen as controversial. The interviewees report a positive effect of AT on their physical state and coping: in the short run, AT distracts from problems, decreases psychological tension and elevates mood. It is a treatment modality different from the others, making the hospital-stay more multifaceted and less boring, while contributing to better dynamics within the patient group. In the long run, patients describe increased physical activity levels, increased self-efficacy, more openness for new experiences, as well as an increased acceptance of personal boundaries. Moreover, they describe applying goal-setting as an everyday coping strategy thanks to AT. Working through fears or psychological tension in AT („spontaneous transfer“) is often perceived as an important part of the overall treatment process. The analysis shows a number of plausible causal mechanisms linking the described aspects of AT to subjective outcomes.

The present results are largely consistent with previous studies. At the same time, the relative importance of the individual categories shows the specificities of the examined setting. Further research should look into physical activation as a potential outcome of AT, as well as success and spontaneous transfer as underlying therapeutic mechanisms.

Keywords: Adventure therapy, qualitative content analysis, process research, youth psychiatry

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
Kontext der Untersuchung: ET am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg Kinder- und Jugendpsychiatrie	7
Prozess-Outcome-Forschung	8
Theoretischer Hintergrund.....	10
Theorie der Wirkfaktoren und Mechanismen erlebniszentrierter Maßnahmen	10
Physical Experiential Adventure	10
Therapeutic Frame, Social Connection	13
Natur	15
Multi-Element-Modelle.....	17
Forschungsstand	18
Evaluationsforschung	19
Prozessforschung.....	22
Zusammenfassung und kritische Stimmen	24
Fragestellung.....	25
Methodik.....	27
Untersuchungsdesign.....	27
Messinstrumente.....	27
Stichprobe.....	29
Vorgehen	30
Schwierigkeiten, Selbstreflexion.....	31
Auswertung.....	32
Ergebnisse	34
Frage 1: Wichtigste Erfahrungen.....	34
Frage 2: Hilfreiche Aspekte.....	39
Frage 3: Outcomes.....	42
Frage 4: Wirkmechanismen.....	50
Diskussion.....	54
Wie wird ET erlebt?	55

Subjektive Outcomes der ET im stationären jugendpsychiatrischen Setting	56
Zusammenspiel von Wirkfaktoren und Outcomes	57
Subjektiv wahrgenommene Wirkfaktoren.....	60
Wirkmechanismen	61
Schwierigkeiten und Limitationen	62
Empfehlungen für zukünftige Forschung.....	64
Fazit.....	65
Literaturverzeichnis	67
Anhang A	75
Anlage 1: Leitfragen.....	75
Anlage 2: Interviewleitfaden	78
Anhang B	79
Anlage 3: Information für Sorgeberechtigte	79
Anlage 4: Einwilligungserklärung für Sorgeberechtigte	81
Anlage 5: Probandeninformation	83
Anlage 6: Einwilligungserklärung für Probanden.....	84
Anlage 7: Ablaufplan für Klinikpersonal	85
Anhang C	86
Anhang 8: Transkriptionsregel wie hier verwendet	86
Anhang 9: Prozessablauf Skalierung.....	87

Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie an Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychiatrischer Behandlung

Der Einsatz von Abenteuererlebnissen als Therapieverfahren gewinnt in vielen Ländern weltweit immer mehr an Popularität (Gilsdorf, 2004; N. Harper & Dobud, 2020). Die im deutschsprachigen Raum als Erlebnistherapie (ET) bekannte Therapieform wurzelt in der Reformpädagogik der 1920er Jahre und der daraus entstandenen modernen Erlebnispädagogik. In den deutschsprachigen Ländern werden abenteuerbasierte Interventionen vor allem in der Jugendhilfe und im jugendpsychiatrischen Kontext eingesetzt (Lakemann, 2017). Allerdings stellt ET eine vielseitige und heterogene Praxis da, wobei der kulturelle und institutionelle Kontext des jeweiligen Angebots einen erheblichen Einfluss ausübt. In ihrem Übersichtswerk zu Theorie und Praxis definieren Gass und Kollegen (2012) *adventure therapy* als „the prescriptive use of adventure experiences provided by mental health professionals, often conducted in natural settings that kinesthetically engage clients on cognitive, affective and behavioral levels“ (S. 1).

Es handelt sich also um eine Therapieform, die herausfordernde, aufregende, für die Patienten oftmals neue Aktivitäten einsetzt. Diese sind vielfältig und meist (aber nicht immer) naturnah gestaltet: Wandern, Klettern, Niedrig- oder Hochseilgartenbegehen, Kooperationsspiele, Camps mit Übernachtung usw. Die Patient*innen werden von der Therapie ganzheitlich angesprochen und in ihren psychischen Prozessen aktiv von der oder dem Therapeut*in begleitet.

Im deutschsprachigen Raum herrscht bis heute keine Einigkeit über den Stellenwert dieser Methode im Vergleich zur Erlebnispädagogik, aus der sie hervorgegangen ist, sowie zu anderen therapeutischen und sozialpädagogischen Maßnahmen. Um in diesen Fragen Klarheit zu schaffen, einigte sich der Deutsche Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, Fachgruppe ET (2020) vor Kurzem auf ein Selbstverständnis, demzufolge ET als eigenständiges Therapieverfahren oder als Ergänzung eines umfassenden Therapieprogramms angeboten werden kann. Handlungsorientierung und ganzheitliches Betrachten der Klient*innen sowie die Erarbeitung von Ressourcen und alternativen Handlungsmustern sind wichtige Merkmale. Im Gegensatz zur Erlebnispädagogik, richtet sich ET an eine Zielgruppe mit klinischer Symptomatik oder gravierenden Verhaltensauffälligkeiten. ET kann störungsübergreifend eingesetzt werden und zielt auf die Bearbeitung der klientenspezifischen Problematik ab. Der Prozess läuft in einem

klar definierten therapeutischen Rahmen ab und wird durch ausgebildetes Fachpersonal angeleitet (Deutscher Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, 2020).

Im Jahr 2004 beklagte Gilsdorf in einem der wichtigsten deutschsprachigen Übersichtswerke zum Thema, dass im Arbeitseinsatz der ET die Theorie der Praxis hinterherhinkt (Gilsdorf, 2004, S. 11). In den vergangenen Jahren hat sich in dieser Hinsicht einiges getan und die positive Wirkung der ET ist mittlerweile auch empirisch gut belegt (siehe Kapitel 1: Forschungsstand). Der Veränderungsprozess selbst während des Abenteuers wurde allerdings auch als „Black Box“ bezeichnet (z. B. Ewert, 1983; K. Russell & Gillis, 2017): Ein häufig genannter Kritikpunkt bleibt, dass trotz reichlicher Evaluationsforschung Wirkfaktoren und Wirkmechanismen relativ wenig untersucht wurden. Bedingungen, Voraussetzungen und eventuelle Moderatoren der Wirksamkeit seien unzureichend belegt. Mittlerweile lässt sich unserer Einschätzung nach allerdings eher sagen, dass die Forschung der Praxis und der Theorie hinterherhinkt: Komplexe theoretische Übersichtswerke werden immer zahlreicher, während ein flächendeckend akzeptiertes und vor allem empirisch begründetes Prozess-Modell des intrapsychischen und therapeutischen Geschehens in der ET weiterhin fehlt (Lakemann, 2017).

Kontext der Untersuchung: ET am Zentrum für Psychiatrie Südwestfalen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Großteil der ET-Forschung stammt aus den USA und aus Australien, wo Naturerfahrungen aufgrund der landschaftlichen Gegebenheiten einen anderen, „wilderer“, Charakter aufweisen können als in Westeuropa. Daher ist es gut möglich, dass bisherige Ergebnisse nicht auf alle Programmarten generalisierbar sind. Dieses Forschungsprojekt zielt unter anderem darauf ab, den Therapieprozess in der ET in einem zivilisationsnahen und daher für Westeuropa repräsentativen Setting genauer zu erfassen, und zwar in einer jugendpsychiatrischen Klinik.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau des Zentrums für Psychiatrie Südwestfalen (KJP-ZfP) ist eine der größten Institutionen dieser Art in Deutschland. ET wird dort seit vielen Jahren als Teil eines umfangreichen Behandlungsprogramms eingesetzt. Patient*innen von zehn bis achtzehn Jahren nehmen regelmäßig an verschiedenen erlebnistherapeutischen Maßnahmen teil. Daher verfügt diese Institution über im deutschsprachigen Raum seltene Erfahrungswerte.

Im stationären Setting handelt es sich um regelmäßig stattfindende Angebote, die Jugendliche, meist in Kleingruppen, aber auch einzeln, freiwillig wahrnehmen. Im Rahmen der

ET wird oft geklettert, in der Kletterhalle oder im klinikeigenen Hoch- oder Niedrigseilgarten. Die Klinik besitzt auch eine Bogenschießhalle. Manchmal werden mehrtägige Ausflüge, zum Beispiel eine Rad- oder Segeltour, angeboten. Im Programm „stationsäquivalente Behandlung zu Hause“ (StäB) wird ET im Einzelsetting durchgeführt, wobei die Therapiestunde flexibel auf die einzelnen Patient*innen sowie die Gegebenheiten ihrer Wohnumgebung zugeschnitten wird. Hier sind auch Aktivitäten wie Baumklettern, gemeinsames Joggen, Krafttraining, Tennis oder Yoga denkbar (C. Mayer, persönliche Kommunikation, 20.01.2020). Da Patient*innen aus unterschiedlichen Altersgruppen und mit diversen Diagnosen an der Behandlung teilnehmen, eignet sich diese Klinik hervorragend dafür, vielfältige Teilnehmerperspektiven auf ET zu untersuchen.

Prozess-Outcome-Forschung

Obwohl ET nicht im engeren Sinne ein Psychotherapieverfahren ist, bedient sich die vorliegende Arbeit der Konzeptualisierung und Methodik der Psychotherapieforschung. Eine genaue Erfassung des Wie und des Warum einer Veränderung durch Therapie wirft ernstzunehmende methodische und sogar epistemologische Schwierigkeiten auf (Gelo & Manzo, 2015; Hardy & Llewelyn, 2015). Eine solche würde aber ermöglichen, zusätzliche oder bessere Strategien zu entwickeln, um kritische Prozesse einzuleiten, essenzielle Elemente einer Therapie zu identifizieren, die auf keinen Fall in der Praxis zu kurz kommen dürfen, sowie Moderatoren zu identifizieren und nach Wichtigkeit zuordnen, um eine zielführendere Zuweisung der jeweiligen Behandlung an Patient*innen zu ermöglichen (Kazdin, 2007). Außerdem würde das generierte Wissen zur Theoriebildung beitragen (Hardy & Llewelyn, 2015).

Process-Outcome Research befasst sich mit der Beziehung zwischen Aspekten des therapeutischen Prozesses und dessen Outcome, wobei der Outcome “refers to those clinically meaningful changes that may be observed as results of the therapeutic process” (Gelo & Manzo, 2015, S. 252). Was genau der Therapieprozess beinhaltet, definieren Gelo und Manzo (2015) als all of the events that, during the course of a treatment, occur as part of the therapy sessions and/or may be related to these sessions. These events may refer to any domain (physiological, affective, cognitive, behavioral, etc.) that is ascribable to the client, to the therapist, and/or to their relationship. (S. 248)

Der Therapieprozess kann also im Rahmen der Prozessforschung in seiner Gesamtheit untersucht werden, wobei Aspekte der Behandlung wie Aussagen, Verhalten, psychologisches oder

physiologisches Geschehen, Rahmenbedingungen usw. genau beschrieben werden. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur Prozess-Outcome-Forschung in der ET: Charakteristika des Therapieprozesses sowie deren (klinische) Auswirkung werden untersucht (Gelo & Manzo, 2015).

Zu diesen Zweck erscheint eine offene und qualitative Erhebungsmethode aus mehreren Gründen vorteilhaft. Erstens besteht die bisherige ET-Literatur größtenteils aus von Praktizierenden geschriebenen theoretischen Übersichtswerken sowie quantitativer Outcome-Forschung. Hier wird also ein Versuch unternommen, den Therapieprozess *aus der Patientenperspektive* zu rekonstruieren. Von Interesse sind die Erfahrungen der Patient*innen, wobei gemeinsame Themen ebenso zählen wie Unterschiede im Erleben. Zweitens wäre es laut Witman (1989) im ET-Kontext wichtig, „possible, not just intended outcomes“ (S. 62) zu untersuchen, was durch eine qualitative Erhebung möglich ist.

Mit ihrer Zielsetzung der möglichst offenen und lebensnahen Beschreibung von Erfahrungen, Deutungen und Wahrnehmungen knüpft diese Arbeit an die Tradition der Qualitativen Sozialforschung an und bedient sich Methoden, die oft in dieser Forschungsrichtung verwendet werden: das qualitative Interview und die Qualitative Inhaltsanalyse (Kruse, 2015; Mayring, 2008). Die Ausrichtung der Analyse bleibt aber psychologisch: Obwohl Therapie eindeutig eine soziale Praxis darstellt, ist hier weniger die Co-Konstruktion der sozialen Wirklichkeit von Interesse (wie in der Sozialforschung), sondern eher die Rekonstruktion subjektiver, individueller psychologischer Prozesse. Das Vorhaben soll also einen Beitrag zur psychotherapeutischen Prozess-Outcome-Forschung leisten.

In *Abschnitt 1* wird eine Synthese der diversen, in der deutsch- und englischsprachigen Literatur vorgeschlagenen zugrundeliegenden Theorien präsentiert, gefolgt von einer Zusammenfassung der wichtigsten vorliegenden empirische Befunde mit Relevanz zur vorliegenden Untersuchung. Darauf aufbauend werden in *Abschnitt 2* die Forschungsfragen erläutert sowie die verwendete Methodik und die Vorgehensweise genau beschrieben. In *Abschnitt 3* werden die Ergebnisse der Datenanalyse präsentiert, gegliedert nach den vier Forschungsfragen: (1) *Wichtigste Erfahrungen mit ET*; (2) *Subjektive Outcomes der ET*; (3) *Hilfreiche Aspekte* und (4) *Mechanismen der Veränderung*. Die Studienergebnisse werden dann in *Abschnitt 4* im Hinblick auf bestehende Literatur diskutiert. Es wird auf Implikationen für die Praxis,

Empfehlungen für weitere Forschung sowie auf die Limitation der vorliegenden Arbeit eingegangen.

Theoretischer Hintergrund

Der oben zitierten Definition zum Trotz bleibt „Erlebnistherapie“ gewissermaßen ein Sammelbegriff. Um das Programm an der ZfP einordnen und den Forschungsstand evaluieren zu können, ist es hilfreich, neben den deutschen auch die differenzierteren englischen Begriffe zu betrachten. Im englischsprachigen Raum sind *wilderness therapy* oder *bush adventure therapy* (Intervention mit eher längerem Aufenthalt in der Wildnis) und *adventure (based) therapy* (eher verschiedene, kürzere, oft weniger naturnahe abenteuerbasierte Interventionen, z. B. Hochseilgartenbegehen) am häufigsten verwendete Begriffe (Lakemann, 2017).¹ In der deutschsprachigen Literatur sind neben *Erlebnistherapie* (u. a. Fontane-Klinik 1997, Lakemann 2017) noch weitere Begriffe wie *Erfahrungszentrierte Maßnahmen* (Schag, 2009) und *Erfahrungsorientierte Therapie* (Mehl, 2014) zu finden, die aber nicht zwingend auf unterschiedliche Programmarten deuten. Nach der Begriffswahl der KJP-ZfP wird in dieser Arbeit der Begriff „Erlebnistherapie“ (ET) verwendet.

Theorie der Wirkfaktoren und Mechanismen erlebniszentrierter Maßnahmen

In den folgenden Absätzen werden die wichtigste theoretischen Überlegungen zu den zugrundeliegenden Wirkfaktoren und Mechanismen erläutert. Die in der Literatur vorhandenen Konzepte und Modelle wurden größtenteils im Kontext der Erlebnispädagogik (EP) entwickelt, die unten zitierten Experten adaptierten sie anschließend auf den therapeutischen Ansatz hin. Abenteuerbasierte Methoden, die sich in der pädagogischen und therapeutischen Praxis bewährt haben, stützen sich auf allgemeine Lernmodelle sowie kontextspezifische pädagogische Modelle und Wirkfaktoren. Im Folgenden werden Mechanismen rund um die Aspekte *Abenteuer*, *therapeutischer Rahmen* und *Natur* (Carpenter & Pryor, 2021) zusammengefasst.

Physical Experiential Adventure

Ungleichgewichtsmodell, Flow. EP sowie ET bauen auf der Idee von *development-by-challenge* (Neill, 2008), dem bewussten Einsatz von Spannung und Entspannung, auf (z. B. Nadler,

¹ Manche Programme bieten eine Kombination von beiden Methoden an, manche andere mischen Adventure Therapy und klientenzentrierte Psychotherapie unter dem Namen „Adventure Based Counselling“ (Schag, 2009). „Outdoor Therapy“ und „Challenge Therapy“ werden ebenfalls erwähnt.

2003; Lakemann, 2017)²: „[E]inerseits verlangt die Situation von [den Teilnehmenden] zu handeln, andererseits reichen alte Bewältigungsstrategien für eine adäquate Lösung nicht aus. Etwas Neues muss versucht werden.“ (Schag, 2009, S. 21). Sind die neue Verhaltensstrategien erfolgreich, kehrt die psychische Homöostase zurück und es entsteht eine Selbstwirksamkeitserfahrung. Durch Reflexion wird das neue Verhalten mit dem positiven Gefühl kognitiv verknüpft, was Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht. Gleichzeitig wächst die intrinsische Motivation, sich auf weitere Herausforderungssituationen einzulassen (Nadler, 1993; Neill, 2008b)(Nadler, 2003, zitiert nach Schag, 2009; Neill, 2008).

Als eine weitere Erklärung, wie Herausforderungsbewältigung motivierend wirkt, bietet sich Csikszentmihályis Flow-Theorie an (Carpenter & Pryor, 2021; Merkle, 2014; Schag, 2009): Wenn die wahrgenommene Anforderung der Aktivität auf eine exakt passende selbstzugeschriebene Fähigkeit des Teilnehmenden trifft, kann der „Flow“-Zustand entstehen. Dies wird als sehr angenehm empfunden; die Aktivität wird aufgrund intrinsischer Sinnhaftigkeit ausgeübt (Csikszentmihályi, 1992). Sollte nun während der ET ein Flow-Zustand zustande kommen, gibt er den Klient*innen intrinsische Motivation, weiter/erneut mitzumachen (Merkle, 2014).

Wie ausgeprägt die entstehende Spannung sein soll, ist unklar. Manche Autoren gehen davon aus, dass nur bei einer echten Grenzerfahrung Persönlichkeitsentwicklung entstehen kann (Kimball & Bacon, 1993). Andere (z. B. Gilsdorf, 2004) legen Wert darauf, dass die Teilnehmenden die Aktion als positiv und wachstumsfördernd empfinden. Hier ist der Grad der Herausforderung nicht so wichtig wie ein positives Framing. Falls das Erleben vom „Flow“ einen wichtigen Wirkfaktor darstellen sollte, wäre der optimale Grad der Herausforderung an die individuellen Fähigkeiten anzupassen (Merkle, 2014). Wie der Spannungsgrad sich tatsächlich auf therapeutische Ziele auswirkt, bleibt noch empirisch zu untersuchen (Carpenter & Pryor, 2021).

Erfahrungslernen. EP- und ET-Praxis bezieht sich am häufigsten auf Kolbs (1984) Theorie des Erfahrungslernens. Dieser zufolge findet Lernen durch den sog. erfahrungsbasierten Lernzyklus in vier Schritten statt: (1) *Konkrete Erfahrung*, welche die Primärsubstanz des Lernens darstellt; (2) *Beobachtung und Reflexion*, wodurch das Erlebte evaluiert wird, z.B. durch Suche nach möglichen Ursachen der Erfahrung; (3) *Abstrakte Begriffsbildung* oder die Generalisierung

² Oft auch „adaptive Dissonanz“ (z. B. Walsh & Gollin, 1976) oder „Eustress“ (z. B. Gilsdorf, 2004) im Sinne von Selye (1974) genannt.

von Schlussfolgerungen und die Integration des Lernens in die Wissensstruktur; und schließlich (4) *Aktives Experimentieren*, wodurch das Gelernte in neuen Situationen umgesetzt werde. Dadurch entstehen wieder neue Erfahrungen und der Prozess kann von vorne beginnen. In der ET fängt das Lernen auf der Handlungsebene an, und das Gelernte kann wieder, oft unmittelbar, in Handlungen umgesetzt werden (Gilsdorf, 2004).

Die unmittelbare Verknüpfung zwischen Handlung und Feedback stellt auch aus verhaltenstheoretischer Sicht die Stärke des Ansatzes dar (Neill, 2008; Schag 2009). Adäquates Verhalten werde sofort belohnt, nicht nur durch den Therapeut*innen, sondern auch durch die Gruppe und die natürliche Umgebung, während unangebrachtes Verhalten bestraft wird. Beispielsweise werden diejenigen, die das Zelt nicht sorgfältig aufbauen, nass. So werde soziales und funktionales Verhalten erlernt und/oder verstärkt (Kraft, 1999).

Persönlichkeitsveränderung durch Abenteuer. Eine Selbstkonzeptveränderung durch EP/ET ist empirisch gut belegt (Fleischer et al., 2017). Das Selbstkonzept, oder „die Summe der Eigenschaften, die die Person als zu sich gehörig ansieht“ (Carver & Scheier, 2004, p. 391, eigene Übersetzung), entsteht durch Lebenserfahrung und bestimmt u. a. die Einschätzung und Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und bestimmt Wahrnehmung, Gefühle und Verhalten mit (Carver & Scheier, 2004; Sagone & Caroli, 2014). In der ET sind vor allem die eng verwandten Konzepte der *Selbstwirksamkeit*, der *Kontrollüberzeugung* und des *Selbstwerts* von Relevanz (Fleischer et al., 2017).

Das Begriff „Selbstwirksamkeit“ stammt aus Banduras sozial-kognitiver Lerntheorie (Bandura, 1992, 2001; Bandura & Walters, 1977) und bezeichnet den Grad der Überzeugung einer Person, dass sie eine schwierige Situation aus eigener Kraft erfolgreich meistern kann. Selbstwirksamkeit ergibt sich aus vier Faktoren: (1) eigenen Erfahrungswerten mit ähnlichen Situationen in der Vergangenheit, (2) Erfahrungen mit der Leistung von Personen, die einem ähnlich sind (Modelle); (3) verbaler Ermutigung zu oder dem Abraten von Lösungsversuchen; und (4) dem Grad der Aufregungsreaktion des eigenen Körper. Die Klient*innen in ET bekommen viele Möglichkeiten, Herausforderungssituationen zu meistern und ihnen ähnliche Personen dabei zu beobachten. Verbale und emotionale Unterstützung sowie Arbeit am und mit dem Aufregungszustand des eigenen Körpers dürfen ebenso wenig fehlen.

„Kontrollüberzeugung“, definiert als der Grad der Überzeugung, dass das Auftreten eines Ereignisses vom eigenen Verhalten abhängig ist (Rotter, 1966), ist ein vergleichbares Konzept, das

auf behavioristische Lerntheorien zurückzuführen ist. Ähnlich wie Selbstwirksamkeit wird auch eine Erhöhung der Kontrollüberzeugung erwartet, d. h. Klient*innen werden in dem Glauben bestärkt, dass ihr Verhalten wirksam sei (*Internal Locus of Control*, s. Fleischer et al., 2017; vgl. auch Hans, 2000).

„Selbstwert“, die affektive Bewertung des Selbst, könne sich durch ET ebenfalls verbessern (Fleischer et al., 2017; Lakemann, 2017).

Körperliche Aspekte. Körperliche Aktivität und der Aufbau körperlicher Fähigkeiten gehören traditionell zu Kurt Hahns Erlebnispädagogik (Gilsdorf, 2004) und sind laut Praxisberichten auch in der ET wirksam und wichtig. Mehl (2017) argumentiert, dass der Bewegungsaspekt in der ET bekannte gesundheitsfördernde neurobiologische Mechanismen (z. B. Neurogenese) fördere. Auf kognitiver Ebene gesehen fördert Körperaktivität laut Mehl Basiskompetenzen wie Zielstrebigkeit und Durchhaltungsvermögen und wandelt Schemata um, z. B. mit Botschaften wie „Anstrengung lohnt sich!“. Klein-Isberner und Wenzel (2017) berichten aus ihrer Arbeit mit Suchtkranken, dass die sportlichen Übungen im Rahmen der ET Aktivitätsniveau und Stimmung ihrer Patient*innen heben.

Bewegung in der Natur (*green exercise*) scheint dabei noch intensiver gesundheitsfördernd zu sein als Bewegung in Innenräumen oder in der städtischen Umgebung (Barton, Wood, Pretty & Rogerson, 2016). Es ist daher gut möglich, dass im ET-Kontext eine Interaktion der Faktoren Natur und Bewegung die Wirksamkeit fördert.

Therapeutic Frame, Social Connection

Abenteuer und Sport in der Freizeit können viele der oben genannten Wirkungen erzeugen. Die ET unterscheidet sich von „bloßer“ Freizeitaktivität allerdings in zentralen Punkten. So werden *Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Klient*in, Gruppendynamik* und *Programmgestaltung* bewusst und zielgerichtet eingesetzt.

Therapeutische Beziehung. Eine angemessen gestaltete therapeutische Beziehung ist in der ET genauso wichtig für einen Behandlungserfolg wie in anderen (Psycho-)Therapieformen (Lorri, 2012). Die ET soll den Aufbau einer tragfähigen Beziehung beschleunigen oder bei manchen, „schwierigen“ Klient*innen diese gar erst ermöglichen (z. B. Gilsdorf, 2004; Lakemann, 2017). Therapeut*in und Klient*in „stecken“ in derselben Situation und seien in gemeinsamem Tun engagiert (Schwiersch, 1995). Dadurch werde das Machtverhältnis flacher als im traditionellen Therapiesetting (Kimball & Bacon, 1993). Der oder die Therapeut*in agiere eher als

Rollenmodell, das mit Gefühlen und Bedürfnissen offen umgeht, dabei aber die körperliche sowie emotionale Sicherheit der Klient*innen jederzeit gewährleistet (Schag, 2009).

Beziehungen in der Gruppe. Sofern die ET in einer Gruppe stattfindet, stellen interpersonelle Beziehungen und Gruppenprozesse einen therapeutischen Wirkfaktor da, ähnlich wie bei anderen Formen der Gruppentherapie (Neill, 2008a). Im Einklang mit der entwicklungsbedingten Wichtigkeit von Peerbeziehungen im Jugendalter (z. B. Berk, 2011) wirkt eine positive Gruppenerfahrung äußerst heilsam und oft mangelbeseitigend (Witman, 1989). Außerdem besteht durch die Peerbeziehungen die Möglichkeit, interpersonelle Themen zu bearbeiten (Mehl, 2017), positive und unterstützende Beziehungen aufzubauen und von gegenseitigem Feedback zu profitieren. Problemlöseaufgaben schaffen schnell ein positives Gruppenumfeld durch das Stärken von Zusammenarbeit und gegenseitigem Vertrauen (Gilsdorf, 2004), das wiederum die individuelle Entwicklung fördert (Fabrizio & Neill, 2005). Gruppenkohäsion kann außerdem Motivation und Leistung steigern (Klein-Isberner & Wenzel, 2017; Schag, 2009).

Programmgestaltung, Transfer. Was in der Therapie gemacht werden kann, ist oft durch örtliche und zeitliche Gegebenheiten begrenzt. Ausschlaggebend ist eher, *wie* die Aktivität durchgeführt wird: eine Orientierung an individuellen Therapiezielen, Fähigkeiten und Vorlieben der Teilnehmenden trägt zu einer positiven, sinnvollen Erfahrung bei (Gilsdorf, 2004).

Im Idealfall wird das, was in der Therapie erlebt und gelernt wird, ins alltägliche Leben der Klient*innen übertragen. Der Literatur zufolge ist eine Übertragung der kinästhetisch-emotionalen Erfahrung auf eine sprachliche, kognitive Ebene erwünscht, wofür eine geschickte Situationsgestaltung, Begleitung und Nachbereitung von Therapeut*innenseite nötig sein kann (Lung, 2012). Anleitenden stehen mehrere Begleitungsstrategien zur Verfügung, wobei sie mehr oder weniger bis hin zu gar nicht involviert sind: Die Erfahrung kann für oder mit den Klient*innen interpretiert werden, der Prozess kann aktiv begleitet und mitgestaltet werden, sie können aber auch auf *spontanen Transfer* setzen, bzw. auf die Idee, dass starke Selbst-, Natur- und Gemeinschaftserfahrungen sich schwer in Sprache übersetzen lassen, und durch eine Interpretation nur "zerredet" werden (Gass, 1995). Die exakten Voraussetzungen einer positiven Erfahrung und eines gelungenen Transfers sind meines Wissens nach empirisch noch nicht untersucht. Laut Gilsdorf (2004) sind neben einer klientenorientierten Programmgestaltung Faktoren wie

freiwillige Teilnahme, wertschätzender Umgang, Vertrauen und hoffnungsvolle Erwartungen wichtig.

Metaphern, Symbolarbeit, Übergangsrituale. Manche Autoren sehen die Stärke der ET, vor allem der Wildnistherapie darin, dass sie unbewusste Metaphern berühre – kollektive präsenste Bilder, etwa Archetypen im Jung'schen Sinne (z. B. „Heldenreise“), oder Isomorphie mit der alltäglichen Lebenserfahrung der jeweiligen Teilnehmenden (Kimball & Bacon, 1993; Lung, 2012; Schag, 2009). Vor allem durch derartige Bilder, Redewendungen und Metaphern kann ein spontaner Transfer geschehen.

Abenteuererfahrungen, vor allem in der Wildnis, bieten sich als symbolische Schwelle zwischen der alten und der neuen Lebenssituation, also als „Übergangsrituale“ an (Gilsdorf, 2004). Auf diese Wirkung aufbauend beinhalten viele Programme symbolische und rituelle Elemente in der Natur. Laut Mehl (2017) helfen solche Rituale, „instabil gewordene Muster auszuhalten und sich auf Neues einzulassen“ (S. 61), wobei die Veränderung nicht durch kognitive Prozesse, sondern auf einer tieferen, spirituellen Ebene erzeugt wird (Gilsdorf, 2004).

Diagnostischer Einsatz der ET. Die ET stellt eine wertvolle Informationsquelle über individuelle Prägungen der Klient*innen dar: Laut Praxisberichten werden dysfunktionale Verhaltensweisen sowie aktuelle intrapsychische Themen, Ressourcen, Wünsche und Ziele in der ET-Situation schneller offensichtlich als im klassischen psychotherapeutischen Setting (Kimball & Bacon, 1993; Lakemann, 2017). ET-Maßnahmen stellen einer Art „psycho-physische Exposition“ dar (Mehl, 2017). Wegen der Neuartigkeit und Unmittelbarkeit der Situation können die Patient*innen ihre Symptome weniger verbergen, da sie über keine erprobte Verhaltensstrategien verfügt (Klein-Isberner & Wenzel, 2017; Schag, 2009). Dadurch können Erlebnistherapeut*innen mit wichtigen diagnostischen Informationen zum gesamten Behandlungsplan ihrer Klient*innen beitragen.

Natur

Viele ET-Angebote, die aus der in ökologischen Philosophien verankerten Outdoorpädagogik erwachsen sind, bauen stark auf der Annahme auf, dass Zeit in und mit der Natur zu Erholung und Heilung beitrage (Neill, 2008). Die ET geht einen Schritt weiter als die meisten Therapien, indem sie Natur nicht nur als Hintergrund für die „eigentliche“ therapeutische Arbeit nutzt (so wie z. B. Kliniken im Grünen), sondern als wichtiges Medium der Therapie einsetzt (Gilsdorf, 2004; Pryor et al., 2018). Die Frage, wie genau Natur auf uns wirkt, und warum

sie ein geeignetes therapeutisches Medium darstellt, ist schwer zu beantworten. In den folgenden Absätzen werden Überlegungen beschrieben, die häufig in der ET/EP-Literatur zum Ausdruck kommen.

Ort der Entspannung und Auszeit. Die Natur als Entspannungsort spielt in vielen modernen Kulturen eine wichtige Rolle. „Attention Restoration Theory“ (ART; R. Kaplan & Kaplan, 1989; S. Kaplan, 1995) stellt einen möglichen Mechanismus dar, wie die natürliche Umgebung als Erholungsort funktionieren kann (Gilsdorf, 2004; Hoyer, 2012; Schag, 2009). Laut ART können sich erschöpfte kognitive Ressourcen besonders dann erholen, wenn man sich in einer Umgebung aufhält, die (1) eine Auszeit vom alltäglichen Stress, beispielsweise durch räumliche Entfernung, sowie (2) mühelose Aufmerksamkeit ermöglicht, d. h. als reizvoll, aber angenehm wahrgenommen wird und ohne aufwendige bewusste Aufmerksamkeitssteuerung unsere Aufmerksamkeit erregt. „Natürliche“ Umgebungen wie z. B. Wälder und Gewässer werden als derartige Umgebungen beschrieben.³

Über die Entspannung hinaus wird bisweilen der Aspekt des „Wegseins“ als Wirkfaktor der ET erwähnt. Räumliche Entfernung, in einer ganz anderen Umgebung zu sein, und das Gefühl von Abgeschiedenheit ermöglichen eine Reflexion und den Gewinn von neuen Perspektiven über das eigene Leben und aktuelle Problematiken (Pryor et al., 2018).

Natur als Lernumgebung. Im Gegensatz zum Alltag vieler Menschen, wo Anforderungen und Möglichkeiten oft unübersichtlich und die Folgen des eigenen Handelns mit seinen Entscheidungen verzögert, indirekt und kompliziert sind (Gilsdorf, 2004; Mehl, 2017), gestalten sich in der Natur Anforderungen konkret und überschaubar. Unsere „Handlungsmöglichkeiten entsprechen unserer situativen Verantwortung“ (Gilsdorf, 2004, S. 129) – wir wissen, was zu tun ist und wir sind in der Lage es zu tun. Vor allem bei Jugendlichen, die gesellschaftliche/schulische Anforderungen oft als künstlich und „gestellt“ wahrnehmen, umgeht die Naturerfahrung einige Widerstände. So ermöglicht die Natur ein Kompetenzerleben, das für viele Klient*innen mangelbeseitigend ist (Lakemann, 2017).

Menschliche Natur. Anhänger tiefenökologischen und ökopsychologischen Denkens gehen davon aus, dass das wahre Selbstgefühl – „sense of self“ – des Menschen in der Natur

³ Die Theorie ist weitgehend erforscht, der Forschungsstand wirft aber einige Widersprüche auf. Für ein systematisches Review siehe z. B. Ohly und Kollegen (2016).

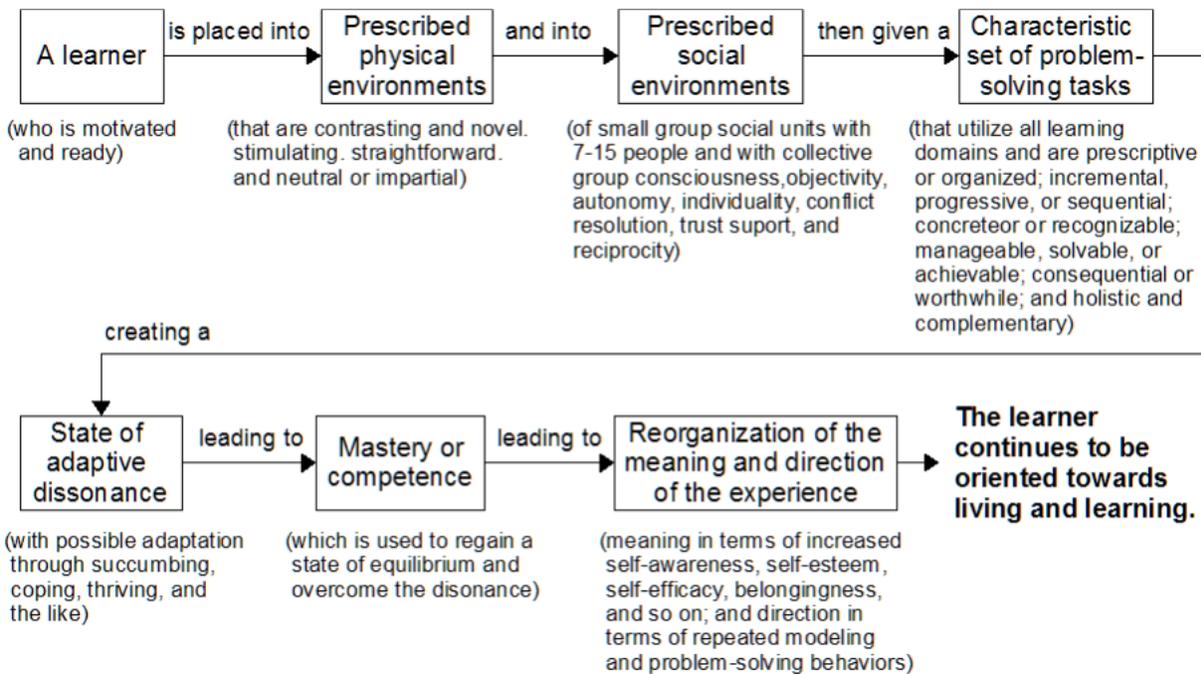
verankert sei. Daher stellt eine mit der Moderne einhergehende gesellschaftliche Entfremdung von der Natur und eine Verleugnung der umweltschädlichen Auswirkungen unseres Lebensstils bereits an sich eine große Belastung der Psyche dar und wirkt pathogen (Rozsak, 1992; Shepard, 1995, beide zitiert nach Hoyer, 2020). Insofern wirkt jegliches Erlebnis, die diese Verbindung wieder herstellt, wohltuend und bringt uns unserer menschlichen Natur näher. In der ET in der Natur unterwegs zu sein, ermöglicht ein Wiedereinstimmen auf natürliche Rhythmen wie Tag und Nacht oder die Wetterbedingungen. Ein Gefühl von Zugehörigkeit, Identität und Verbundenheit mit unserer Umgebung kann dabei entstehen (Gilsdorf, 2004; Hoyer, 2012; Klein-Isberner & Wenzel, 2017; Neill, 2008a).

Multi-Element-Modelle

In Bezug auf die relative Wichtigkeit, Interaktionen und Wirkmechanismen der oben genannten Faktoren herrscht in der Literatur kein Konsens. Das „*Outward Bound Process Model*“ (Abbildung 1, Walsh & Golins, 1976) ist zwar empirisch wenig belegt, wird aber oft zitiert und von Praktizierenden flächendeckend verwendet (McKenzie, 2000).

Abbildung 1:

Outward Bound Process Model



Anmerkung. “The Outward Bound Process Model” adaptiert v. Walsh und Golins (1976) durch Neill (2008b). CC License

Laut diesem Modell durchläuft der EP-Prozess eine Reihe von Schritten in einer bestimmten Sequenz: In einem neuen, aufregenden, aber überschaubaren Umfeld mit einer kooperativen, supportiven und konstruktiven sozialen Situation werden die Teilnehmenden gezielt mit Problemlösungsaufgaben konfrontiert und erfahren dadurch eine „adaptive Dissonanz“. Lernerfahrungen werden so angeleitet, dass die Teilnehmenden eine „mastery experience“ machen: Wird die Situation bewältigt, bekommen sie positives Feedback durch Peers, Leitung und Umgebung. Wird die Situation nicht adäquat gelöst, werden sie ermutigt, etwas Neues zu probieren. So erfolgt schließlich das Erlernen neuer Verhaltensstrategien. Durch Reflexion wird die Situation auf zukünftiges Handeln bezogen und das Gelernte ins Selbstbild integriert.

Russell und Farnum (2004) kritisieren die Annahme der Sequentialität und Linearität in Walsh und Golin's (1976) Modell und argumentieren, dass die verschiedenen Prozesse zyklisch wiederkehren. In ihrem Modell wirken drei Faktoren gleichzeitig: (a) *Wildnis* (oder Nature), die als restorative Umgebung agiert (s.o. Abschnitt „Natur“), (b) *Physical Self*, worunter Effekte der körperlichen Aktivität und die Herausforderungen des Wildnis-Settings auf das Selbstkonzept zusammengefasst werden; und (c) *Social Self*, worunter sie Effekte der gemeinsamen Meisterung des Alltags in der Wildnis auf soziale Kompetenzen, Einstellungen und Zugehörigkeit verstehen. Den Autoren zufolge spielen diese Faktoren im Laufe der Zeit unterschiedlich wichtige Rollen für unterschiedlichen Klient*innen, sind aber zu einem gewissen Grad immer präsent.

Pryor und Kollegen (2018) arbeiten mit einer ähnlichen Annahme der gleichzeitig wirkenden Mechanismen. Auf Theorien rund um Trauma und Heilung aufbauend (Jackson, 2016) postulieren sie vier Schlüssel-Mechanismen der „*Bush Adventure Therapy*“: (1) *Abenteuer*: die aktive Teilnahme an körperlichen Aktivitäten und Herausforderungen (2) *Therapeutischer Rahmen*: die gezielte Einsetzung von Strukturen und Praxen durch Anleitende und Organisatoren, sowie (3) *Natur*: die in der natürlichen Umgebung verbrachte Zeit (Pryor et al., 2018).

Forschungsstand

Anhand der oben beschriebenen theoretischen Basis lässt sich die Effektivität und zunehmende Popularität (Harper & Dobud, 2020) abenteuerbasierter Maßnahmen im therapeutischen Kontext gut nachvollziehen. Dementsprechend mehren sich die Bemühungen, wissenschaftliche Belege für die Methode zu generieren.

Evaluationsforschung

Die Wirksamkeit der ET ist relativ gut untersucht. Vor allem in den USA ist es üblich, dass die Teilnahme privat finanziert wird (Bowen & Neill, 2013). Viele US-Studien werden zumindest teilweise durch die Anbieter selbst durchgeführt und haben daher Qualitätsmanagementcharakter: Sie zielen darauf ab, durch die Erhebung der Therapieergebnisse die Wirksamkeit des untersuchten Programms zu belegen. Oft werden dafür standardisierte, quantitative Messinstrumente aus der Psychologie verwendet, meist mit zwei Erhebungszeitpunkten (One-Group Before-After Design) (Lakemann, 2017). Dadurch ist zwar eine solide Datenmenge entstanden, die Qualität der Belege wird aber aufgrund des o.g. Interessenkonflikts bisweilen in Frage gestellt (z. B. Dobud et al., 2020; Lakemann, 2017). Mittlerweile sind darüber hinaus Sekundäranalysen wie Metaanalysen, Reviews, Mediations- und Moderationsanalysen in der Literatur zu finden (s. unten).

Sammelstudien. Die bis heute ausführlichste Metaanalyse wurde von Bowen und Neill (2013) veröffentlicht. Sie bezogen 197 Studien über "Adventure Therapy"-Outcomes unabhängig von Behandlungssetting (von 2.908 Effektstärken, 206 Samples aus unterschiedlichen Altersgruppen) mit ein, wobei sie eine mittlere Effektstärke von $d=0.47$ auf unterschiedliche Outcomes feststellten. Aus den einbezogenen Studien wurden acht Outcome-Kategorien generiert: *academic, behavioural, clinical, family-development, morality/spirituality, physical, self-concept* und *social development outcomes*. Die meisten Studien befassten sich mit Veränderungen klinischer Symptome. Die stärksten Effekte wurden im Bereich der klinischen Symptomatik ($d=0.50$) und des Selbstkonzepts ($d=0.43$) nachgewiesen. Messungen nach einer Follow-up-Periode (in 55 Samples vorhanden) stellten nur noch wenige Änderungen ($d=0.03$) fest, was auf eine gewisse Dauerhaftigkeit des therapeutischen Gewinns hindeutet.

Selbstkonzeptbezogene Outcome-Variablen werden ebenfalls häufig untersucht. In einer Meta-Analyse von 30 Studien (53 Effektstärken, 1.802 Personen) untersuchte Fleischer (2016) den Effekt von ET-Programmen auf die Kontrollüberzeugung, die Selbstwirksamkeit und den Selbstwert. ET zeigte eine mittlere unmittelbare Effektstärke für unkontrollierte ($d=0.51$) und kontrollierte Studien ($d=0.56$) auf das Selbstkonzept. Die Langzeit-Effekte bestätigten eine nachhaltige Veränderung.

Evaluation der Wildnistherapie. Die Evaluation von Wildnistherapieprogrammen stellt einen der wichtigsten Bestandteile der ET-Forschung dar. Wildnistherapie (WT) hat sich in der Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, der Verminderung von psychischer

Symptomatik sowie Problemverhalten und der Steigerung von Veränderungsbereitschaft – vor allem unter Jugendlichen – als effektiv erwiesen (Norton et al., 2014).

Im Rahmen der Datensammlung verschiedener WT-Programme in den USA haben Tucker, Zelov und Young (2011) Prä- und Post-WT-Datenerhebungen von etwa 900 teilnehmenden Jugendlichen analysiert. Die Daten wurden mithilfe des *Youth Outcome Questionnaire* (Y-OQ) und des *Youth Outcome Questionnaire Self-Report* (Y-OQ-SR; Burlingame et al., 2004) erhoben. Dieses Beurteilungsinstrument psychologischer Dysfunktion und von Problemverhalten holt die Einschätzung der Eltern sowie der Jugendlichen selbst ein. Die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveau der Jugendlichen war statistisch und klinisch signifikant und erwies sich in Follow-ups nach sechs sowie zwölf Monaten als stabil (Zelov et al., 2013).

Gillis und Kollegen (2016) führten über Studien, die die Y-OQ und/oder die Y-OQ-SR verwendeten, eine Metaanalyse durch, um therapeutische Behandlungen im Wildnis-Setting mit anderen Behandlungsangeboten zu vergleichen. Interessanterweise fanden sie höhere Effektstärken für Programme im Wildnis-Setting durch den Y-OQ (Beobachtungen der Eltern/Sorgeberechtigten), aber höhere Effektstärken für Y-OQ-SR (Self-report) für nicht Wildnis-basierte Programme.

In zwei Metaanalysen richteten Wilson und Lipsey (2000) sowie Bedard und Kollegen (2003) ihren Fokus auf straffällige Jugendliche in WT. Die erste Metaanalyse (Wilson & Lipsey, 2000) wies eine kleine ($d=0.18$), die zweite (Bedard et al., 2003) eine mittlere (.45) Effektstärke nach. Die meisten mit einbezogenen Studien berichten über Messungen von *interpersonal skills*, *behavior changes*, *recidivism*, sowie *self-concept/locus of control*.

Der motivationsfördernde Effekt der WT ist mittlerweile ebenfalls sehr gut belegt: Anhand der Untersuchung von 872 Jugendlichen mit Substanzmissbrauchsproblematik hat Russell (2008) eine deutliche Steigerung der Veränderungsbereitschaft Prä- vs. Post-WT nachgewiesen. Im gleichen Setting (Jugendliche mit Substanzproblematik in WT) fanden Bettmann und Kollegen (2013) eine Steigerung der Y-OQ-SR-Scores unabhängig von der anfänglichen Veränderungsbereitschaft. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Veränderungsmotivation keine nötige Voraussetzung für eine positive Wirkung der WT sei.

Erlebnistherapie in stationärer Behandlung. Der Effekt erlebniszentrierter Interventionen im Rahmen einer stationären Behandlung ist wegen des Effekts unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen und anderer Moderatoren schwieriger zu untersuchen. Eine Integration von

Abenteuerelementen auf psychiatrischen Stationen sowie in Jugendhilfeeinrichtungen ist jedoch weit verbreitet (Bowen & Neill, 2014; Gilsdorf, 2004; Norton et al., 2014) und Bemühungen, die Wirkungen zu belegen, vermehren sich.

In ihrer Studie verglichen Mehl und Wolf (2008) Patient*innen in stationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik, die an einer Hochseilgarten-Exposition teilnahmen (Versuchsgruppe, $n=153$), mit Patient*innen der TAU-Bedingung ($n=92$). Die Versuchsbedingung zeigte eine größere Effektstärke bezogen auf die Gesamtbeeinträchtigung, die Depressivität, State- und Trait-Ängste, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit. Die Effektstärken für die Versuchsgruppe für die gesamte Behandlung waren insgesamt groß ($d>0.80$), der TAU- Bedingung wies höchstens mittlere Werte ($d<0.80$) auf.

Schag (2009) führte am KJP-ZfP Weissenau (welches auch in der vorliegenden Studie untersucht wurde) bei Patient*innen der stationären Jugendsuchttherapie Untersuchungen zur ET durch ($n=53$, Durchschnittsalter 16.6 Jahre). Er verglich erlebniszentrierte Maßnahmen mit anderen Therapiemaßnahmen. Die untersuchten Variablen wurden direkt vor und nach der jeweiligen Therapie gemessen. Er fand signifikante, kurzfristig positive Effekte auf das Körpergefühl und das Gefühl von Sinnhaftigkeit, langfristige positive Effekte auf die Behandlungsabsicht und die Behandlungsaktivität. Auf die Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen und auf die generelle Stimmung der Jugendlichen wurden sowohl kurz- als auch langfristige positive Effekte festgestellt.

Im Kontext von Delinquenz unter Jugendlichen drei Jahre nach Behandlung wurde eine niedrigere Rückfallsrate nach Teilnahme an einem stationären Programm mit Abenteuerelementen vs. TAU (matched sample von Jugendlichen in stationärer Behandlung ohne ET) festgestellt (19 % vs. über 30 %, H. L. Gillis & Gass, 2010).

Abenteuerelemente in ambulanter Behandlung. Vor allem im englischsprachigen Raum wird der Großteil erlebniszentrierter Interventionen im Rahmen eines längeren Aufenthalts angeboten. Ambulante Behandlungsangebote weisen allerdings viele Vorteile auf – sie sind kosteneffizient und auch für Patient*innen zugänglich, die keinen stationären Aufenthalt wünschen bzw. bei denen ein solcher nicht möglich ist (Norton et al., 2014). ET in ambulanter Behandlung wird manchmal als eigenständige Therapieform oder als Teil eines umfassenden Behandlungskonzepts (so wie im Programm STäB der KJP-ZfP) eingesetzt.

Die norwegische *friluftsterapi* ist ein Beispiel, bei dem Naturerfahrung den Hauptbestandteil

der Behandlung darstellt. Gabrielsen und Kollegen (2019) führten eine Mixed-methods-Studie über die (subjektiven) Effekte von *friluftsterapi* mit Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung durch. 32 Jugendliche (Alter 16-18) nahmen an einem zehnwöchigen Programm teil, das regelmäßige ein- bis dreitägige Wildnisausflüge beinhaltete, ergänzt durch einzel- und Gruppentherapiestunden. Quantitative Erhebungen unmittelbar nach Beendigung der Therapie lieferten uneindeutige Ergebnisse, die Tendenz des Follow-up (zwölf Monate später) deutete eher in die Richtung einer Genesung. In Post-treatment-Kurzinterviews berichteten Patient*innen, sie könnten ihre psychischen und körperlichen Grenzen besser einschätzen, fänden wieder Mut, ihre Alltagsanforderungen anzugehen, und könnten zunehmend Kraft und Hoffnung schöpfen. Beim Follow-up berichteten sie, dass in der *friluftsterapi* angefangene Prozesse wichtige Bestandteile weiterer Therapiearbeit darstellten. *Friluftsterapi* sei eine positive Erfahrung, die wichtige Erinnerungen hinterlasse, wirke beruhigend, gebe Anstoß zur Veränderung der Lebenssituation und trage zur Verbesserung von Selbstbild und Selbstbewusstsein, Laune, Energieniveau, Einstellungen sowie Emotionssteuerung bei.

Gillis und Speelman (2008) untersuchten in einer Metaanalyse die Wirksamkeit von hochseilbasierten Maßnahmen. Programme im therapeutischen Bereich wiesen eine mittlere ($d=0.53$) Effektstärke nach, die größten Effekte wurden in Bezug auf die Selbstwirksamkeit gefunden. Die Autoren sehen Hochseilaktionen folglich als ein vielversprechendes ambulantes therapeutisches Angebot an.

Abenteuerelemente als Teil einer ambulanten Behandlung scheinen den Effekt der Behandlung positiv zu beeinflussen: Tucker und Kollegen (2013) stellten eine signifikant höhere Verminderung der *problem severity* bei Jugendlichen in ambulanter psychiatrischer Behandlung mit Abenteuertherapie fest als bei Jugendlichen in der gleichen Behandlung ohne Abenteuerelemente. In einer kleinen Mixed-methods-Studie über Abenteuertherapie mit Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Traumaerfahrungen ($N=64$) zeigten Norton und Kollegen (2019) die Wirksamkeit der Integration von Abenteuerelementen im Vergleich zu traditioneller Beratung. Familien profitierten in den Bereichen Kommunikation, Kohäsion, Problemlösung sowie interpersonelle Skills.

Prozessforschung

Der Hauptteil der Forschung ist zwar Outcome-basiert, Forscher betonen aber zunehmend die Notwendigkeit eines genaueren Blicks auf die Wirkfaktoren und Prozesse der Veränderung (z. B. Dobud & Harper, 2018; Lakemann, 2017). Trotz theoretischer Ähnlichkeit der Wirkfaktoren zwischen

WT und abenteuerbasierten Elementen in anderen therapeutischen Settings sind Unterschiede denkbar – vor allem hinsichtlich der relativen Wichtigkeit der verschiedenen Mechanismen. Nachfolgend wird der Stand der Prozessforschung im Wildnis- sowie im stationären und ambulanten ET-Setting beschrieben.

Russell und Phillips-Miller (2002) analysierten den WT-Prozess von zwölf Teilnehmenden in vier verschiedenen Programmen anhand extensiver qualitativer Daten. Die Teilnehmenden erlebten die Aspekte (1) *Beziehungen zu den Therapeut*innen und anderen Erwachsenen in der Programmleitung*, (2) *Positive Gruppendynamik und Peerbeziehungen*, (3) *Alleinzeit in der Natur für Reflexion* sowie (4) *Herausforderungscharakter und Struktur des Prozesses* als wichtig und veränderungsfördernd. Nortons (Norton, 2010) qualitative Studie bestätigte diese Ergebnisse: Ihrer Untersuchung nach beeinflussen hauptsächlich *time in nature, contemplation, challenge, positive communication with parents* sowie *the group environment* Depressivität und allgemeines Funktionsniveau unter Jugendlichen.

In ihrer Studie “Reflections on a trip: two decades later” interviewten Davis-Berman und Berman (2012) vier Personen, die zwanzig Jahre zuvor an einem WT-Programm teilgenommen hatten. Subjektiv signifikant für ihr weiteres Leben waren der Zeitpunkt im Lebenslauf, an dem die WT absolviert wurde, die Naturerfahrung sowie mitgenommene Erkenntnisse und Konklusionen über sich selbst.

Um Russells und Farums (2004) Modell der Wirkfaktoren in der WT empirisch zu testen, entwickelten Russel und Gilles (2017) die *Adventure Therapy Experience Scale*, die vier Faktoren erfasst: *group adventure, reflection, nature* und *challenge*. Die Items der Skala basieren auf Praxiserfahrung sowie auf “consulting with the clinical and therapeutic staff of the program, and most importantly, speaking with the young adult male clients in the program” (Russell et al., 2017, S. 2). Diese Daten wurden allerdings nicht veröffentlicht.

Im Nicht-Wildnis-Kontext ergab die Literatursuche nur sehr wenige qualitative Studien. Die bereits vorgestellte *Frilufttherapi*-Studie (Gabrielsen et al., 2019) liefert unter anderem wichtige prozessbezogene Daten (z. B. wahrgenommene Anstöße in der Therapie, um die Lebenssituation zu verändern). Ebenfalls in einer Mixed-methods-Studie untersuchten Bryson und Kollegen (2013), ob Abenteuertherapie für erwachsene Patient*innen mit Psychose geeignet sei. Fünfzehn Patient*innen nahmen ambulant an einem sechswöchigen Programm teil. Die qualitative Datenanalyse anhand von Kurzinterviews ergab die Themen (1) *Overcoming new obstacles*, (2)

Establishing a routine, (3) *Making healthy changes* sowie (4) *Forming new connections*. In ihrer Doktorarbeit untersuchte Merkle (2016) die Rolle von Flow in der ET unter Kindern und Jugendlichen ($N=115$) quantitativ, ebenfalls an der KJP-ZfP. Klient*innen profitierten von Flow-Erfahrungen in der ET in ihrem globalen Therapieerfolg, Flow verbesserte außerdem die Einschätzung des eigenen Sozialverhaltens.

Die Scoping-Review von Dobud und Harper (2018) fasst 13 Studien zusammen, die Abenteuertherapie (in verschiedenen Settings) mit einer anderen Behandlung verglichen, um dadurch auf *unique factors* im Vergleich zu anderen Therapieformen schließen zu können. Unter den einbezogenen Studien befanden sich nur zwei, die signifikante Outcome-Unterschiede zwischen der Treatment-Gruppe und der alternative Behandlungsgruppe fanden – in diesen beiden Studien gab es aber wichtige Prä-treatment-Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Autoren kommen zu dem Schluss: “[T]he unique components of AT may not have greater influence than the factors shared with all other forms of therapeutic interventions. With this, AT does face a similar challenge to the many models of therapy.” (S. 21) Diese Perspektive deutet auf die Wichtigkeit einer genaueren Untersuchung dieser *unique factors* und deren potenzielle Effekte hin.

Zusammenfassung und kritische Stimmen

Die positive Wirkung der ET in den Bereichen klinische Symptomatik und psychosoziale Probleme ist relativ gut belegt. Abenteuerbasierte Interventionen wirken positiv in verschiedenen Settings, ob als eigenständige Behandlung oder als ergänzendes Verfahren. Die gefundenen Effektstärken liegen meistens im mittleren Bereich. Die meistuntersuchten Variablen beziehen sich auf das Selbstkonzept, klinische Symptomatik und allgemeine Outcomes. Der Großteil der Forschung befasst sich mit Jugendlichen, aber Studien mit anderen Altersgruppen und Zielgruppen sind ebenfalls in der Literatur zu finden (Bowen & Neill, 2014).

Der Forschungsstand wirft einige Kritikpunkte auf. Wegen ethischer, praktischer und methodischer Schwierigkeiten (nicht unüblich in der Psychotherapieforschung) fehlen RCTs über WT oder ET völlig⁴. Auch Vergleichsgruppen sowie Längsschnittdaten sind bislang unzureichend oft erhoben worden (Gass et al., 2012; Lakemann, 2017; Norton et al., 2014; Wilson & Lipsey, 2000). Einige Autoren fordern adäquatere Messinstrumente (z. B. Gass et al., 2012). Allzu

⁴ Für einen Bericht über die Hürden vor einem RCT-Projekt in der Wildnistherapie siehe Gabrielsen und Kollegen (2016b).

spärliche oder ganz fehlende Beschreibungen von Programmcharakteristika in vielen Publikationen erschweren die Vergleichbarkeit, die Replikation und ein genaueres Verständnis des Effekts verschiedener Programmelemente und Faktoren (Dobud & Harper, 2018; Gass et al., 2012; Norton et al., 2014). Witman (1989) weist außerdem darauf hin, dass die Auswahlkriterien für erhobene Outcome-Variablen oft nicht spezifiziert wurden.

Ein häufig genannter Kritikpunkt des Forschungsstandes ist, dass trotz reichlicher Evaluation Bedingungen, Voraussetzungen und Moderatoren der Wirksamkeit unzureichend untersucht blieben; ein empirisch begründetes Modell des therapeutischen Geschehens und des Veränderungsprozesses liege noch nicht vor (z. B. Dobud & Harper, 2018; Lakemann, 2017; Norton et al., 2014). Mehrere Autoren fordern daher Untersuchungen, die „mehr in die Tiefe gehen und [...] sowohl den stattfindenden Veränderungsprozesse analysieren als auch die Faktoren, die Veränderung bewirken“ (Lakemann, 2017, S. 97). Laut Witman (1989) wäre es außerdem wichtig, nicht nur die erzielten Effekte, sondern *alle* möglichen Effekte zu evaluieren.

Fragestellung

Das Ruf nach einer umfassenden Untersuchung der Wirkmechanismen in der ET taucht seit über dreißig Jahren immer wieder in der Literatur auf (z. B. Ewert, 1987; Lakemann, 2017; Norton et al., 2014; Witman, 1989). Obwohl in den vergangenen Jahren viel in diesem Bereich geforscht wurde, besteht zu diesem Thema immer noch kein Konsens. Darüber hinaus gibt es –obgleich ET auch im deutschsprachigen Raum als Ergänzungsverfahren in zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen integriert und vor allem in der Jugendpsychiatrie gern und erfolgreich verwendet wird (Lakemann, 2017) noch keine Studie, die den therapeutischen Prozess in diesem Kontext detailliert und umfassend untersucht hat. Offene Befragungen bezüglich der Auswirkungen von ET im stationären jugendpsychiatrischen Kontext fehlen ebenfalls. Daher nimmt sich die vorliegende Arbeit als Aufgabe vor, zur wissenschaftlichen Darstellung der Wirkmechanismen in der ET beizutragen, indem sie eine umfassende Beschreibung des ET-Prozesses und von dessen Auswirkungen auf Therapieoutcomes liefert. Gleichzeitig wird ein spezifisches Setting, ET in der stationären Jugendpsychiatrie, exploriert und beschrieben. In Kontrast zur standardisierten Erhebungsmethoden in der ET- und WT-Evaluationsforschung wird hier eine offene und erfahrungsorientierte Herangehensweise adoptiert.

Konkret zielt dieses Forschungsprojekt darauf ab,

- *Wirkfaktoren und Mechanismen sowie die subjektiv wahrgenommene Wirkung in der ET als Teilbehandlung in Wohnortsnähe zu untersuchen.* Der Großteil der bisherigen Prozessforschung entstand im wildnistherapeutischen Kontext, wo Wirkfaktoren und deren relative Wichtigkeit anders zum Tragen kommen können als in anderen Programmarten. Da in Westeuropa längere Wildnisaufenthalte kaum möglich sind und abenteuerbasierte Elemente sich oft auf ‚künstlichere‘ Herausforderungen (z. B. Seilgärten) stützen sowie als zeitlich begrenzter Teil eines Behandlungsplans angeboten werden (Lakeman, 2017), ist es von großer praktischer Bedeutung, die spezifische Zusammensetzung der Wirkfaktoren in diesem Kontext zu untersuchen.
- *die Teilnehmerperspektive sprechen zu lassen.* Sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Raum liegen Übersichtswerke von hoher Qualität vor (z. B. Dobud und Harper, 2021, Gass et al., 2020 oder Gilsdorf, 2004). Diese Werke stützen sich allerdings hauptsächlich auf allgemeine psychologische/pädagogische Theorien und auf professionelle Beobachtungen und Intuitionen von Praktizierenden. Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, Wirkfaktoren, Mechanismen und Auswirkungen der ET aus der Teilnehmerperspektive zu beschreiben, um eventuelle Abweichungen von Theorie und Programmzielen Raum zu geben.

Die Herangehensweise der vorliegenden Studie ist explorativ. Das Ziel ist, bedeutsame Variablen und deren Beziehungen zu entdecken, um eine spätere systematischere Hypothesentestung zu ermöglichen (Bortz, J. & Döring, 2007). Im Einklang mit dem Ruf nach qualitativen, in die Tiefe gehenden Explorationen (z. B. Mehl, 2017) wird eine qualitativ Nachbefragung durchgeführt, um den folgenden Fragen nachzugehen:

1. Was sind die wichtigsten Erfahrungen von jungen Menschen in psychiatrischer Behandlung mit Erlebnistherapie?
2. Welche Aspekte der Erlebnistherapie werden als hilfreich wahrgenommen?
3. Welche Outcomes schreiben Patient*innen ET zu?
4. Welche Mechanismen der Veränderung werden berichtet?

Methodik

Untersuchungsdesign

Zu die vorliegende Studie wird das “Qualitative Helpful Factors Design”⁵ nach Elliott (2010) wird verwendet. Dieses Design ermöglicht eine breite, qualitative Abbildung von Prozessen, die aus Klient*innen-Sicht fördernd (oder unwirksam) sind. Als Nachbefragung durchgeführt ermöglicht es auch das Berichten und Bewerten von Prozessen mit verzögertem oder diffusem Effekt. Die Befragung erfolgt im Rahmen halbstrukturierter Interviews. Patient*innen werden befragt, was sie in ihrer ET als hilfreich oder wichtig fanden, wie sie sich während ihrer Therapie veränderten und welchen Faktoren sie die Veränderungen zuschreiben. Um einen Bericht über den bereits abgeschlossenen Prozess zu ermöglichen, wird die Befragung einige Zeit (durchschnittlich sieben Wochen⁶) nach Behandlungsabschluss durchgeführt.

Messinstrumente

Als Erhebungsmethode wurde ein Leitfadeninterview entwickelt: ein Typ des nichtstandardisierten Interviews, bei dem die Kommunikation des Interviews mittels einer vorbereiteten Liste offener Fragen (dem Interviewleitfaden) strukturiert wird, damit bestimmte Themen angeschnitten werden können (Gläser & Laudel, 2006; Kruse, 2015). Ein Leitfadeninterview erscheint als sinnvoller Mittelweg zwischen einem hochstrukturierten, theoriegestützten Abfragen mit dem Risiko, wenig Unerwartetes zu finden, und einer sehr offenen Befragung mit dem Risiko, wenig relevante Daten zu erhalten. Bei der Konstruktion des Leitfadens war es einerseits wichtig, subjektiv relevanten Themen Raum zu lassen und andererseits auch genügend Erzählanreize zu geben.

Um eine Brücke zwischen Theorie und Empirie zu schlagen, ist es nach der Empfehlung von Gläser und Laudel (2006) zunächst hilfreich, „Leitfragen“ zu entwickeln. Die Leitfragen „charakterisieren das Wissen, das beschafft werden muss, um die Forschungsfrage zu beantworten. Sie benennen die zu rekonstruierenden Situationen oder Prozesse und beschreiben die Informationen, die über diese Situationen oder Prozesse beschafft werden müssen“ (Gläser & Laudel, 2006, S. 88). Die Leitfragen erfüllen daher dieselbe Funktion wie Hypothesen bei

⁵ Um das Design vollständig auszuführen, wäre noch das Erheben von *helpful factors* unmittelbar post-session nach jeder Therapieeinheit mittels Fragebogen erforderlich. Dies war im hier gegebenen Rahmen leider nicht möglich.

⁶ Dieses Zeitfenster nach der Behandlung ergab sich eher aus praktischen als aus theoretischen Überlegungen.

quantitativen Methoden, indem sie vorgeben, was die Erhebung an Daten liefern soll. Die Leitfragen wurden anhand des oben geschilderten Standes der Theorie und unter Berücksichtigung des Untersuchungskontexts⁷ erarbeitet und bestehen aus detaillierten Fragen bezüglich relevanter theoretischer Themenbereiche: Herausforderung und Spannungsgrad; Inhalt und Voraussetzungen von Lernerfahrungen; Änderungen auf der Ebene des Selbstbildes und anderer Einstellungen und Bewertungen; körperliche Aspekte der Erfahrung; die therapeutische Beziehung und die Rolle der therapeutischen Begleitungstechniken; die Rolle der Gruppe; konkrete Inhalte der Maßnahmen; die Rolle der Natur; ein mögliches Zusammenspiel zwischen ET und anderen Behandlungsbausteinen; sowie wahrgenommene Zusammenhänge und Kausalbeziehungen zwischen Aspekten der ET und Behandlungsergebnissen (in Anhang A).

Als Nächstes wurde anhand der Leitfragen der Leitfaden (in Anhang A) erarbeitet. Die abgefragten Themen samt Beispielfragen aus dem Leitfaden sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1:

Interviewleitfaden

Kategorie/ Themenbereich	Fragenformulierung (Beispiele)
Warm-up-Frage	Wie bist du dazu gekommen, überhaupt ET zu machen?
Offene Fragen	Wie war deine ET?
Therapeut*in	Was macht ein/e Erlebnistherapeut*in? Was ist ihr/sein Job?
Gruppe	Wie war es für dich, in dieser Gruppe ET zu machen?
Therapeutischer Rahmen	Sind dir Aussagen (aus den Reflexionsrunden) in Erinnerung geblieben? Was ist für dich der Unterschied zwischen Sport X/Y in deiner Freizeit und Sport X/Y in der Therapie?
Lerneffekt	Was kannst du in deinem jetzigen Alltag guteinsetzen? Was ist dein Fazit à la “das nehme ich mit”?
Kontext der Gesamtbehandlung	Stell' dir vor, du hättest genau dieselbe Behandlung mitgemacht, nur eben ohne ET. Was wäre anders gewesen?
Zusammenfassung	Wie würdest du deine Gesamterfahrung bewerten? Was hättest du dir noch gewünscht?

⁷ Z. B. finden viele Stunden nicht in der Natur, sondern in der künstlichen Umgebung wie Kletterhalle oder Bogenschießhalle, statt, daher war abzusehen, dass eine detaillierte Erhebung der Effekte der Natur vermutlich nicht möglich sein werde.

Bei der Fragenformulierung wurde darauf geachtet, dass die Fragen die wichtigsten theoretisch relevanten Themen berühren, aber möglichst offen und neutral formuliert sind. Ziel war es, die Fragen möglichst einfach und klar zu stellen, in Alltagssprache zu formulieren und in einer Reihenfolge anzuordnen, die sich an einem natürlichen Gesprächsverlauf orientiert. Thematisch zusammenhängende Fragen werden nacheinander gestellt; sofern relevant, werden Ereignisse chronologisch abgefragt. (Dresing & Pehl, 2018; Gläser & Laudel, 2006). Die Befragung zielt darauf ab, eine möglichst genaue Beschreibung der Erlebnisse, Gefühle und Gedanken während der ET zu gewinnen sowie eine Reflexion über die Rolle der ET in der Gesamtbehandlung und psychischen Veränderung anzuregen. Der Leitfaden wurde anhand der in den ersten zwei Interviews gesammelten Erfahrungen noch einmal angepasst. Es wurde zum Beispiel deutlich, dass nicht jede/r mit Begriffen wie „Lernfeld“ oder „Reflexion“ etwas anfangen kann. Die erste zwei Interviews wurden dennoch in die Datenanalyse aufgenommen, da sie sich, trotz Fehlformulierungen vonseiten der Interviewerin, als aussagekräftig und informativ erwiesen.

Strichprobe

Kriterien. Als mögliche ProbandInnen galten ehemalige Patient*innen des ZfP-KJP im Alter von 10 bis 21 Jahren, die im Rahmen ihrer Behandlung an ET-Maßnahme teilgenommen hatten. Da ET eine störungsübergreifend einsetzbare Methode ist, wurde im Hinblick auf das Störungsbild auf eine möglichst heterogene Stichprobe abgezielt. Untersucht wurde nicht die Wirkung von ET auf ein spezifisches Störungsbild, sondern die allgemeinen psychischen Mechanismen, die durch ET in Gang gesetzt werden, unabhängig vom Störungsbild. Obwohl laut dem ursprünglichen Untersuchungsplan alle Stationen und Altersgruppen am Standort Weissenau in die Datenerhebung mit einzubeziehen waren, ist die Rekrutierung aus organisatorischen Gründen nur auf folgenden Stationen gelungen: *Jugendpsychiatrie* (Altersgruppe 16 – 18); *clean.kick* überregionale offene Station für Jugendliche mit ausgeprägten Drogenproblemen (15-19); *clean.kids* Station für Kinder und Jugendliche mit Drogenerfahrung (12-15); *Stationsäquivalente Behandlung (StäB) für Kinder und Jugendliche* (15-18) sowie *StäB für junge Erwachsene* (18-21). Gesucht wurden Interviewpartner, bei denen ET einen wesentlichen, in die Gesamtbehandlung integrierten, regelmäßige Therapiebaustein darstellt. Ausgeschlossen wurden daher Patient*innen, die weniger als dreimal an einer ET-Stunde teilnahmen. Ein weiteres Ausschlusskriterium war das Vorliegen eines akuten Zustandes an dem Zeitpunkt des Interviews,

wodurch die Person nicht in der Lage wäre, zuverlässlich Auskunft zu geben – z.B. Rauschzustand oder akute Psychose.

Beschreibung. Die Erhebungsmethode entsprach einem *Convenience-Sampling*: Personen, die gerade zur Verfügung standen, wurden befragt. Die endgültige Stichprobe bestand aus allen Patient*innen, die im Zeitraum 31.03.-31.10.2020 die Einschlusskriterien erfüllten; die sowohl selbst in die Teilnahme eingewilligt hatten und für die eine Einwilligung der Sorgeberechtigten vorlag und die sich nach einer erneuten Kontaktaufnahme nach Behandlungsabschluss bereit erklärten, Auskunft zu geben. Interviews wurden mit elf Jugendlichen und jungen Erwachsenen, fünf weiblichen und sechs männlichen, im Alter von 15-20 (Durchschnittsalter 17.4 Jahre, $SD=1.23$) durchgeführt. Laut eigenen Angaben erfolgte ihre Behandlung wegen verschiedener und oft gehäufte Diagnosen und Störungen, darunter Drogenkonsum, Depression, suizidale Absichten, Angststörungen, PTBS, ADHS, psychotische Episoden und schwerer Probleme im familiären Umfeld. Die ProbandInnen wurden durchschnittlich sieben Wochen nach der Behandlung befragt. Die Stichprobenerhebung folgte dem Prinzip der Saturation (Bortz & Döring, 2007): als zusätzliche Interviews keine neuen Daten mehr lieferten, wurde die Erhebungsphase beendet.

Vorgehen

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Ulm genehmigt. Die Teilnehmenden wurden während ihrer Klinikaufnahme mündlich und schriftlich (Probandeninformation und Einwilligungserklärung siehe Anhang B, Anlage 3-6) durch das aufnehmende Personal (Ablaufplan der Studie für Personal siehe Anhang B, Anlage 7) oder die erlebnistherapeutische Leitung über die Studie informiert. Bei Interesse wurden eventuelle Fragen geklärt und eine Einwilligung wurde unterschrieben, sowohl von den Patient*innen als auch, bei minderjährigen Patient*innen, von Sorgeberechtigten (Anhang B, Anlage 4). Es wurden Kontaktdaten für eine Kontaktaufnahme nach Entlassung erhoben.

Die Patient*innen bzw. deren Sorgeberechtigte wurden nach der Entlassung telefonisch kontaktiert. Bei weiterhin bestehender Teilnahmebereitschaft wurde ein Gesprächstermin vereinbart. Das Gespräch wurde per Videoanruf geführt und mithilfe eines Audioaufnahmegeäts aufgezeichnet. Da zu diesem Zeitpunkt die schriftliche Einwilligung mehrere Monate zurück lag, wurden die Befragten vor der Aufzeichnung erneut über den Kontext der Studie (Ziel der Untersuchung, Hintergrund der Interviewenden) informiert und auf die Rahmenbedingungen

(Gesprächsdauer, Freiwilligkeit, Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten oder das Interview abubrechen, Umgang mit Daten) hingewiesen. Anschließend wurden die ersten Fragen des Leitfadens gestellt. Weitere Fragen wurden möglichst situativ nacheinander gestellt, um die erwähnten Themen zu vertiefen – es wurde aber trotzdem darauf geachtet, alle relevanten Fragen des Leitfadens zu stellen. Alle Gespräche wurden von der Versuchsleiterin geführt.

Schwierigkeiten, Selbstreflexion

Bei der Durchführung der Arbeit traten einige Schwierigkeiten auf, die eine Änderung des ursprünglichen Studienplans erforderlich machten. Zum einen erfolgten die ersten Schritte der Rekrutierung (Aufklärung, Einwilligung) durch das Klinikpersonal. Aufgrund der Berücksichtigung zahlreicher formaler und datenschutztechnischer Richtlinien war dies aufwendig und fehleranfällig, wodurch die Rekrutierung nur langsam voranging. Zweitens war trotz anderweitiger Planung die Rekrutierung auf Kinderstationen letztlich aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Obwohl wenige Studien mit jüngeren Altersgruppen vorliegen, und eine Untersuchung in dieser Altersgruppe besonders interessant gewesen wäre, musste der Fokus der Studie auf Jugendliche und junge Erwachsene beschränkt werden. Des Weiteren entfielen kurz nach Studienstart aufgrund von Einschränkungen in Verbindung mit der Corona-Pandemie viele Möglichkeiten, ET-Maßnahmen durchzuführen (z. B. waren Kletterhallen monatelang zu). Dies verlängerte die Studienlaufzeit, da für längere Zeit sehr wenige der rekrutierten Patient*innen auch die erforderliche ET-Stundenzahl erreichten, um aussagekräftig Auskunft erteilen zu können. Ebenso war es aufgrund von Corona-Einschränkungen nicht möglich, Interviews persönlich durchzuführen.

Im ursprünglichen Studienplan war außerdem die Erhebung von personenbezogenen Daten (Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnose) sowie des Endberichtes aus den Krankenakten vorgesehen. Dies hätte eine Triangulation der Daten aus den Interviews ermöglicht. Vor allem die Diagnosen hätten eine wichtige kontextuelle Information geliefert. Eine zusätzliche Analyse der Endberichte hätte dazu gedient, die berichtete Behandlungsergebnisse zu relativieren. Wegen fehlender technischer Ausstattung konnten diese Daten nicht datenschutzgerecht erhoben und verarbeitet werden – eine Triangulation der Interviewdaten war daher leider nicht möglich.

Persönliche Eigenschaften der interviewenden Person beeinflussen den Kommunikationsprozess sowie Charakter und Menge der gelieferten Informationen (Bortz & Döring, 2007). Die Versuchsleiterin verfügte über persönliche Erfahrung mit abenteuerbasierten

Aktionen und deren Begleitung sowie über Erfahrung mit Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung. Sie hatte allerdings keine Vorerfahrung mit wissenschaftlicher Interviewführung; die Interviews beinhalteten dementsprechend Momente von Unklarheit sowie unglücklich gestellte Fragen. Darüber hinaus ist denkbar, dass einige Befragte auf soziale Erwünschtheit achteten und nicht zu kritisch oder negativ erscheinen wollten. Im Allgemeinen wirkten die Berichte allerdings authentisch: Die meisten Befragten konnten sich öffnen und erzählten gern, die Gesprächsverläufe wirkten natürlich und angenehm.

Auswertung

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Um eine systematische Auswertung zu ermöglichen, wurden in einem ersten Schritt alle Interviews transkribiert. Die Transkription geschah anhand der Regeln des semantisch-inhaltlichen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2018, siehe auch Anlage 7) und ergab ein Textmaterial von 120 Seiten. Zur Transkription wurde die Webapplikation OTranscribe (www.otranscribe.com) verwendet, die eine leichte Navigation im Audio- sowie im Textmaterial ermöglicht und dadurch die Transkription beschleunigt. Bereits beim Transkribieren wurden alle personenbezogenen Daten aus dem Text (Namen des Befragten, des Therapeuten oder der Therapeutin, Daten des Aufenthalts oder Namen von Ortschaften) gelöscht.

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Philip Mayring (2008) angewendet. Das Ziel dieser Methode ist, Textmaterial aus Interviews, Fokusgruppen, qualitativen Fragebögen, Beobachtungsprotokollen oder anderen Dokumenten systematisch zu kategorisieren. Die Qualitative Inhaltsanalyse konzeptualisiert den Prozess der Zuordnung von Passagen zu bestimmten Kategorien als eine qualitativ-interpretative Arbeit, die streng regelgeleitet abläuft und damit den wissenschaftlichen Standard der Replizierbarkeit erfüllt. Darauf aufbauend sind quantitative inhaltsanalytische Methoden wie Frequenz- oder Kontingenzanalyse möglich (Mayring, 2008).

In der vorliegenden Analyse wurde die Methode der Zusammenfassung durchgeführt, ergänzt durch induktive Kategorienbildung und Skalierung. Die Zusammenfassung ermöglicht, das Gesamtmaterial durch Abstraktion auf eine überschaubare Essenz zu reduzieren, wobei wesentliche Inhalte erhalten bleiben (Mayring, 2008, S. 67). Das Material wird anhand vier aufeinander aufbauender Schritte reduziert: Erstens werden durch *Paraphrasierung* alle nicht inhaltstragenden und sich wiederholenden Formulierungen gestrichen und in eine einheitliche

Sprache sowie in simple, kurze grammatikalische Formen transformiert. Zweitens wird das Material auf dem gewünschten Abstraktionsniveau so *neu formuliert*, dass die Gegenstände der Paraphrasen in den neuen Formulierungen implizit sind. Drittens folgt die *Reduktion* – auch: Selektion – des Materials, wobei bedeutungsgleiche oder wenig bedeutsame Paraphrasen gestrichen werden. Viertens werden nun in einem weiteren Reduktionsschritt Paraphrasen mit ähnlichen Aussagen (Bündelung), oder mit dem gleichen Gegenstand (Integration) *zusammengefasst*. Um eine Übersicht über das Material zu erlangen und die weitere Analyse zu ermöglichen, wurden diese Schritte, wie in der Qualitativen Inhaltsanalyse empfohlen (Mayring, 2008), an ca. 50 % des Materials, konkret an sechs von elf Interviews durchgeführt.

Die induktive Kategorienbildung leitet Kategorien zu einem bestimmten Thema direkt aus dem Material ab, statt sich auf theoretische Vorannahmen zu stützen. Dies ermöglicht eine „naturalistische, gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrung durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung in der Sprache des Materials“ (Mayring, 2008, S. 86). Der Prozess ergibt ein Kategoriensystem, wobei die Kategorien durch „Ankerbeispiele“ dargestellt werden. Dies sind Zitate, welche die jeweilige Kategorie besonders gut veranschaulichen. Je nach Forschungsinteresse können mithilfe des entstandenen Kategoriensystems weitere Analyseschritte durchgeführt werden, etwa eine Häufigkeitsanalyse oder die Bildung von Hauptkategorien.

Eine Skalierung dient dazu, das Material oder dessen für die Fragestellung relevante Anteile auf einer Skala zu repräsentieren. Dazu ist eine „Einschätzungsdimension“ zu definieren: eine Variable von Interesse, die in dem Text verschiedene Ausprägungen annimmt. Die Einschätzungsdimension und deren mögliche Ausprägungen sind im Voraus genau zu definieren und in einem Kodierleitfaden festzuhalten (Kodierleitfaden der Skalierung für Frage 2 siehe Anhang C, Anlage 8). Alle inhaltsanalytischen Techniken sind iterativ konzipiert: Das Material soll mehrmals durchlaufen und das Kategoriensystem so oft wie nötig angepasst werden (Mayring, 2008).

Die Analyse wurde mithilfe der Open-access-Webapplikation QCAMap (www.qcamap.org) durchgeführt. Die Webapplikation wurde von Mayring und Kollegen selbst entwickelt und wird von ihnen weiterhin betreut. Sie führt die Nutzer*in Schritt für Schritt durch die verschiedenen inhaltsanalytischen Techniken und ermöglicht das Herunterladen von Ergebnissen als Excel-Datei.

Fragenspezifizierung: Prozess, Outcome

In vielen Fällen war schwierig zu entscheiden, ob eine Variable oder eine Beobachtung seher der Kategorie „Prozessbeschreibung“ oder „Outcome“ zuzuordnen ist. Eine allgemein gültige Grenze war auch in der Literatur nicht zu finden – dieselben Variablen können je nach Analyse als Prozess- oder Outcomevariablen betrachtet werden. Gelo und Manzo (2015) kommentieren hierzu:

[W]hen we move from a macro-level to a micro-level of observation, distinction between process (what happens in therapy) and outcome (what changes in clinical terms, as a consequence of therapy) becomes arbitrary, vague and fuzzy. This should not be surprising, because these two are actually heuristic constructs that we separate to describe psychotherapy better. (S. 253)

Für unsere Zwecke betrachten wir als „Outcome“ diejenigen Veränderungen, die als Endergebnis einer Kausalkette benannt werden.

Ergebnisse

Frage 1: Was sind die wichtigsten Erfahrungen von jungen Menschen in psychiatrischer Behandlung mit Erlebnistherapie?

Frage (1) ist als Zusammenfassung des Therapieprozesses aus der Sichtweise der Klient*innen konzipiert. Ziel der Analyse war es, das Gesamtmaterial in einer reduzierten Form abzubilden in Bezug auf **Handlungen, Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen der Teilnehmenden während der sowie in direkter Verbindung mit der ET** (etwa die vorherige Auswahl von Aktivitäten). Nur eigene Erfahrungen bezüglich ET wurden zusammengefasst. Eventuelle Informationen, die als Kontext erhoben worden (z. B. Passagen bezüglich des persönlichen Krankheitsverlaufs, der aktuellen Lebenssituation usw.) wurden weggelassen. Im Anschluss werden zehn Hauptkategorien gebildet. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt und werden unten genauer erläutert.

Tabelle 2:

Hauptsächliche Erfahrungen von Jugendlichen mit Erlebnistherapie

Kategorie	# Int.	Kategorie	# Int.
ET hat Spaß gemacht	11	Ich habe mich besser kennengelernt	9
Ich hab's geschafft	11	Ich konnte ET (NICHT) auf meine Probleme beziehen	9
Ich war aktiv: Ich habe mich bewegt und etwas gemacht	10	Durch ET hatte ich weniger Stress	7
Der/die Anleitende hat mich motiviert, begleitet, mit mir über die Aktivität und meine Probleme geredet, gab Sicherheit	10	ET mit anderen war eine positive Gruppenerfahrung, Plattform für Austausch und zum Trainieren von Sozialkompetenzen	7
Ich wurde vor Herausforderungen gestellt	9	Ich bin herausgekommen	5

Anmerkung: # Int.: Anzahl von Interviews, in der die jeweilige Kategorie vorkommt. ET: Erlebnistherapie

Es hat Spaß gemacht!

„[...] und dass ich endlich mal wieder mehr gelacht habe, oder dass ich auch Spaß daran hatte, an der Bewegung, also an den Sachen, die wir gemacht haben.“ (Anton, 18)

Spaß wurde in allen Interviews erwähnt. Zehn Befragte berichteten, ET allgemein genossen zu haben. Hauptsächlich wurde Spaß in Verbindung mit einer spezifischen Aktivität erwähnt: Klettern, Bouldern, Bogenschießen, Hoch- und Niedrigseilbegehen, Fahrradfahren, Badminton, Tennis, Kanufahren, Schlucht-Wandern und einige Interaktionsaufgaben wurden benannt. Spaß an der Bewegung allgemein war für sieben Interviewees wichtig; sechs erwähnten, mit den Mitpatient*innen und/oder mit den Therapeut*innen die gemeinsame Zeit genossen zu haben. Vier Personen berichteten über Aktivitäten, die keinen Spaß machten („[...] ist nicht mein Sport“, Anna, 15). Hier handelte es sich um ein Zusammenspiel von Überforderung und mangelnder wahrgenommener Sinnhaftigkeit.

Ich hab's geschafft!

„[Die Route] habe ich am Anfang natürlich nicht geschafft, war für mich bisschen frustrierend/ [...] und dann habe ich den anderen zugeschaut und dachte mir so ‚Ja, ich versuch's nochmal‘, wurde motiviert [...] also von den Betreuern, und dann hat es funktioniert. Und dann war es...

COOL.“ (Elias, 17)

„Auch das mit dem Baumklettern, wo man ein ERGEBNIS sieht, so, da sitzt man dann oben, und sagt sich ‚okay, ich bin jetzt...‘ / also, das sieht man ja, dass man weiter oben ist, ich habe den

See gesehen.“ (Tamara, 17)

Alle Befragten hatten Erfolgsgeschichten zu berichten. Erfolg – eigenständig oder als Gruppe – nahm, je nach Störungsbild und Aktivität, viele verschiedenen Formen an: Die Kletterwand zu meistern, ein Element im Seilgarten zu durchqueren oder die Radtour zu Ende zu bringen, aber auch den Therapeut*innen zu vertrauen, mit Gleichaltrigen zurechtzukommen oder in einer fremden Umgebung zu übernachten. Eine mit den Therapeut*innen gemeinsam entwickelte realistische Zielsetzung mit „Zwischenzielen“ sowie ein sichtbares, eindeutiges Ergebnis der eigenen Bemühungen war für viele wichtig.

Ich war aktiv: Ich habe mich bewegt und etwas gemacht

„Dieses Herauskommen, sich selbst entdecken, wieder in Bewegung kommen, aktiver werden, so, das fand ich ganz gut. Das hat bei mir auch irgendwie einen Schalter umgelegt, so, mit diesem immer mal wieder eine Stunde laufen zu gehen, sich dafür zu motivieren.“ (Emil, 18)

„Aktiv“ zu sein taucht in verschiedener Hinsicht in den Daten auf: (1) Die Befragten assoziieren ET mit sportlicher Aktivität, (2), sie werden dadurch „aktiver“ als Person, sie erleben sich als jemand, der Sport machen kann und das auch tut, und (3) sie sehen die Aktivität der ET im Kontrast zu anderen Elementen der Behandlung: In der ET kann man „machen statt reden“.

Anleitung

„[...] und ich fand das gut, [...]die Person auch zu haben, wo ich wusste, dass ich sie ansprechen kann, also dass sie nicht einfach da unten steht und mich festhält und wartet, dass man oben ankommt, und wieder runterkommt, sondern auch einfach mal mittendrin stehen bleiben kann und weiß, dass man sich auf die Person noch, so, verlassen kann.“ (Cäcilie, 17)

Es gab große Unterschiede hinsichtlich der Anleitung: Manche Stationen und Aktionen werden durch das Pflegepersonal angeleitet. Dagegen arbeiten etwa im Programm StÄB ausschließlich ausgebildete Erlebnistherapeut*innen im Eins-zu-Eins-Setting. Dementsprechend spiegelten sich

in den Daten teilweise komplexe Beziehungen wider, die sich auch außerhalb des Rahmens der ET abspielten. Überwiegend wurde die Anleitung trotzdem als Sicherheit gebend, unterstützend und ermöglichend beschrieben. Der Zuspruch der Betreuer*innen, um die Patient*innen zu motivieren und zu ermutigen, wurde überwiegend positiv angenommen, es gab aber auch Stimmen, die dies als übertrieben und „nervig“ beschrieben. In vielen Berichten wurde die Rolle der Anleitenden als zentral beschrieben. Ihre Offenheit und ihr Interesse daran, die Patient*innen zu verstehen und auf ihre Probleme einzugehen, war sehr wichtig. In drei Interviews war das Personal weniger wichtig oder schlicht irrelevant.

Ich wurde vor Herausforderungen gestellt

„[Fahrradfahren] war eine Herausforderung für mich. [Der Betreuer] hat versucht, uns immer weiter zu motivieren, aber ich bin da immer an meine Grenze gekommen. Und die erste halbe Stunde danach habe ich mich echt richtig fertig gefühlt, aber so einen Tag danach habe ich echt gemerkt, dass meine Ausdauer auch dadurch trainiert war, also ich konnte ein bisschen mehr rennen als davor und allgemein – das fand ich auf jeden Fall mega.“ (Anastasia, 17)

„Am Anfang alle so: ‚Nee, wir haben gar keinen Bock darauf‘ [...], und dann haben sich halt die Leute langsam angestrengt, es steigert sich dann so hoch, [...] und dann, ja, am Ende hat es dann halt Spaß gemacht, weil alle waren, glaube ich, freudig, dass wir es geschafft haben.“

(Benjamin, 18)

Mit neuen, schwierigen Situationen umzugehen, war ein wichtiges Thema in neun Interviews. Neben der Schwierigkeit der Aktivitäten an sich fanden es manche herausfordernd, sich auf ET überhaupt einzulassen und mitzumachen. Laut den Rahmenbedingungen der Behandlung mussten alle ET zumindest einmal ausprobieren, danach konnten sie freiwillig entscheiden, ob sie dabei bleiben wollten. Diese Regelung hat vielen dazu verholfen, sich auf ET einzulassen. Einige wenige Aktivitäten seien auch „langweilig“ gewesen, z. B. Interaktionsaufgaben sowie Niedrigseilgartenelemente. In dieser Situation war oft die Gruppendynamik entscheidend dafür, ob sie als Herausforderung wahrgenommen wurde oder nicht. Es gab auch Berichte über schlichte Überforderung mit manchen Situationen, z. B. mit Krafttraining oder Selbstverteidigungsübungen.

Ich habe mich besser kennengelernt

„ET war eher so ein Weg, um mich selbst zu finden, und auch zu gucken, mag ich das, was ich gerade gemacht habe, oder nicht so?“ (Anastasia, 17)

Vorlieben in Sachen Bewegung und Sport wurden häufig berichtet, genau wie Erfahrungen bezüglich Stärken, Schwächen und Grenzen, im körperlichen wie auch im psychischen Sinne. Manche beschrieben die Erfahrung als „sich spüren“ oder „sich positiv/aktiv erleben“. Die Berichte waren überwiegend positiv, selbst Grenzerfahrungen hingen oft mit Akzeptanz und Freude zusammen.

Problembezug

„Ich fühle mich halt so ein bisschen wehrlos und schwach, [...], weil ich ja so dünn bin. Und dieses Bogenschießen, es hat mir halt so Kraft gegeben irgendwie so, ‚Hier, ich kann mich auch wehren‘, irgendwie.“ (Anna, 15)

„[Der Therapeut sagte im Gespräch nach dem Badminton:] was ich auch mitnehmen soll, dass nicht nur ich mich bewege, sondern auch andere dazu bringe, sich zu bewegen. Das hat mir auch sehr viel gebracht, weil ich eben immer so die Person war, die gesagt hat ‚Ja, ich gehe, ich mache, ich tue dies‘.“ (Alice, 18)

Die Mehrheit der Befragten reflektierte darüber, welche Relevanz ET hinsichtlich ihres Alltags und ihrer Problematik hat. Manchmal war der Transfer eine spontane, emotional beladene Erfahrung, wie bei Anna. Öfter stellte sich durch eigene oder angeleitete Reflexion ein Zusammenhang her, wie bei Alice. Zwei Personen konnten keinen solchen Zusammenhang herstellen und fanden, dass ET einfach eine angenehme Art war, Sport zu treiben, mehr aber nicht. In diesen Interviews war eine gewisse Frustration herauszuhören.

Gruppenaspekt

„Man kann eben zum Beispiel im Team etwas machen, oder einfach Spaß, ja, wenn man sich mit jemandem gut versteht, dann/ ja, und wenn das dann noch beide irgendwie gerne machen, dann hat das ja auch sowas von Gemeinschaft, irgendwie.“ (Tamara, 17)

Der Austausch in der Gruppe war ein wichtiger Aspekt des stationären Aufenthalts, die auch in der ET (im Programm StäB nur in der ET) stattfindet. Dabei könnten Patient*innen wichtige Gemeinsamkeiten finden, Unterschiede erkennen und Einblick in alternative Lösungen und Verhaltensweisen der anderen bekommen. Es gab Berichte über positive Gruppenerfahrungen, geprägt von gegenseitiger Hilfe und Motivation, von Akzeptanz und Respekt, Zugehörigkeitsgefühl und gemeinsamem Erfolg. In solchen Gruppen konnten die Befragten die anderen schnell kennenlernen und wichtige Sozialkompetenzen üben. Es gab auch negative und

konfliktreiche Gruppenerfahrungen, wo die Stimmung schlecht und die Motivation zur Teilnahme gering war. Diese Gruppen wurden als hinderlich erlebt.

Durch ET hatte ich weniger Stress

„[Mein Kopf] war meistens freier danach, irgendwie. [Mein Körper] auch meistens entspannter. Es war dann halt wirklich mal so 1-2 Stunden, wo man abschalten konnte, so ein bisschen auch, obwohl es Therapie war.“ (Mark, 20)

Entspannung und Beruhigung in und nach ET waren für viele eine wichtige Erfahrung. Sie erlebten die Stunde als Ablenkung, Pause oder Befreiung. „Alltagsstress“, schwierige Gedanken und Probleme blieben durch den Fokus auf die Aktivität und den Abstand von ihrer Alltagsituation außen vor. Manche sprachen über Entspannung erst nach der Stunde, als einen wohltuenden Effekt körperlicher Bewegung: Sie haben sich „ausgepowert“, Stress „abgebaut“. Wie lange die Entspannung anhielt, war unterschiedlich. Manche berichteten, dadurch später am Tag auch besser lernen oder schlafen zu können. Eine Person berichtete, der Effekt habe sich schon auf dem Heimweg verflüchtigt.

Ich bin „rausgekommen“

„Ich bin halt wirklich einen Baum hochgeklettert und hatte dann oben auch den Ausblick, und ich fand es da oben einfach schön, also es war einfach/ ja, ich fand es einfach beruhigend, so ein Gefühl von Freiheit oder sowas.“ (Tamara, 18)

Für die Mehrheit der Befragten hieß ET: „Aus den eigenen vier Wänden rauskommen“ (Anton, 18). Von zu Hause weg sein, neue Orte sehen oder einfach in die Halle gehen, wo andere auch Sport treiben. „Rauskommen“ wurde oft mit dem Bewegungsaspekt zusammen erwähnt. Draußen, „an der frischen Luft“, bekomme man „den Kopf frei“. Diejenigen, die in der ET öfter in der Natur waren, berichteten über eine positive Wirkung: In der Natur zu sein sei schön, mache ruhig und glücklich.

Frage 2: Welche Aspekte der Erlebnistherapie werden als hilfreich wahrgenommen?

Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Skalierung unternommen: Aspekte der ET wurden anhand dessen eingeschätzt, wie förderlich sie für positive psychische Veränderungen waren. Wie oben erwähnt, wird die Grenze zwischen Aspekten der Therapie und des Outcomes der Therapie auf einer Mikroebene fließend (Gelo & Manzo, 2015). Für den Zweck dieser Analyse wurde ein Aspekt der ET folgendermaßen definiert: Aussagen, Verhalten, Gefühle sowie deren Veränderung während der ET-Stunde oder unmittelbar zur Teilnahme an ET gehörig (Z. B. Wie

sie über ET informiert wurden). „Hilfreich“ wurde als subjektiver Beitrag zur Minderung des Leidens und/oder Förderung positiven Copings definiert. Aspekte wurden auf einer Drei-Punkte-Skala eingestuft: „Geholfen“, „Etwas geholfen“ und „Nicht geholfen“ (Für vollständige Definitionen der Kategorien mit Ankerbeispielen siehe Anlage 9). Eine Häufigkeitsanalyse ergab folgende Ergebnisse:

Tabelle 3

*Hilfreiche Aspekte der Erlebnistherapie aus Patient*innensicht*

Aspekt	#Interviews			Aspekt	#Interviews		
	(++)	(+)	(0)		(++)	(+)	(0)
Bewegung	4	2	0	Grenzerfahrung	1	1	0
Erfolg	4	0	0	Problemspezifische Aktivität ^a	0	2	0
Gruppe	1	3	1	Ablenkung	0	2	0
Aktivität/spontaner Transfer	2	2	0	Gespräch über Problem ^b	0	2	0
“Rauskommen”	3	0	0	Kontakte mit Fremden ^c	1	0	0
Zwischenziele	2	1	0	Spaß	0	1	1
Aktiv etwas machen	2	1	0	Mitentscheidung ^d	0	1	0
Sich auspowern	1	2	0	Isomorphie (Reflexion) ^e	0	1	2
Überwindung mitzugehen	1	1	0	Sichtbares Ergebnis	0	1	0
Beziehung mit Therapeut	1	1	2	Eigenen Körper spüren	0	1	0

Anmerkung. (++) Hilfreich, (+) Etwas hilfreich, (0) Nicht hilfreich

^a In 2 Fällen wurden sehr spezifische Übungen anhand des Störungsbildes angeboten, nämlich Atemübungen und Selbstverteidigung

^b Gespräch mit Therapeut*innen über Problematik, unabhängig vom Inhalt der ET Stunde

^c Unterwegs während der Radtour oder beim Camping

^d Mitentscheidung des Patienten/der Patientin bez. Inhalt der ET-Stunde, im Vorfeld

^e Therapeut*in arbeitet mit Metaphern oder zieht Verbindung zwischen Verhalten in Stunde und Problematik

Die meisten Aspekte wurden bereits unter der Frage „hauptsächliche Erfahrungen“ näher erläutert. Die aufgelisteten Aspekte stellen teilweise eine Bündelung von ähnlichen Konzepten in verschiedenen Interviews dar (z. B. bezieht sich „Aktivität“ auf Aussagen, wobei die jeweilige Aktion, konkret Klettern, Hochseilgartenbegehen oder Bogenschießen, als transformativ erlebt wurde).

Die meisten Aspekte beziehen sich auf körperliche Aktivität und auf Herausforderung. Als am hilfreichsten eingeschätzter Wirkfaktor der ET stellte sich die körperliche Betätigung heraus: „Bewegung“, „Sich auspowern“, „Aktiv etwas machen statt reden“ und „Eigene Körper spüren“ werden insgesamt achtzehnmal als hilfreich zitiert. Als hilfreich empfunden wird auch eine herausfordernde Abenteueraktivität (4 Personen) mit einem Erfolgserlebnis (4), sichtbarem Ergebnis (1) und Grenzerfahrung (1). Spaß zu haben wurde nur von einer Person als etwas hilfreich empfunden. Eine Patientin sagte dagegen explizit, Spaß zu haben „verändert überhaupt nichts“ (Tamara, 17).

Unter den therapeutischen und sozialen Aspekten scheint die Gruppenerfahrung am wichtigsten zu sein, die von vier Personen als hilfreich erwähnt wurde, obwohl eine Person berichtete, die Gruppe habe nur gestört und er hätte lieber allein die Bogenschießhalle besucht. Kontakte außerhalb der Gruppe mit Fremden, die unterwegs entstanden, wurden von einer Person als etwas hilfreich erwähnt. Die therapeutische Beziehung wurde kontroverser angesehen – zwei Befragte meinten, die betreuende Person sei in ihrer Therapie wichtig gewesen, zwei anderen zufolge war es relativ unwichtig, wer (und ob) jemand dabei war. Verschiedene Methoden, die der/die Therapeut*in anwendete, wie direkte Gesprächsführung über die „Probleme“ der Patient*innen (2) oder das Anbieten problemspezifischer Aktivitäten (2) wurden auch als etwas hilfreich empfunden. Angeleitete Zielsetzung während der Aktivität wurde von zwei Befragten als „hilfreich“ und von einer als „etwas hilfreich“ eingeschätzt. Reflexion und die Arbeit mit Metaphern hingegen wurden nur einmal als etwas hilfreich, zweimal als nicht hilfreich beurteilt.

Zu den Rahmen gehört noch die Mitentscheidung bezüglich des Inhaltes der Stunde, die zwei Personen etwas geholfen habe. Weitere zwei hätten davon profitiert, sich immer wieder zu überwinden um überhaupt teilzunehmen. Statt Natur als Wirkfaktor wird in unserem Kontext über „Rauskommen“ gesprochen, die drei Personen geholfen habe. Schließlich wurde noch die „Ablenkung“ als etwas hilfreich erwähnt (2 Personen).

Die dargestellten Aspekte beziehen sich auf verschiedene Ebenen: Inhalt und Rahmen der Therapiestunde wie z. B. die jeweilige Aktivität oder die Reflexion, kognitive und emotionale Prozesse wie Überwindung oder Grenzerfahrung, körperliche Erfahrungen (z. B. „Sich auspowern“) und sogar die Einübung einer kognitiven Strategie (Zwischenziele setzen). In dieser Analyse wurden die Aspekte zuerst gesammelt und materialnah dargestellt. Mögliche Kausalbeziehungen werden in späteren Analyseschritten berücksichtigt.

Frage 3: Welche Outcomes schreiben Patient*innen ET zu?

Um die Frage zu beantworten, wurde erneut eine induktive Kategorienbildung unternommen. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, die festgelegten Outcomes in drei Hauptkategorien zu organisieren: (1) Session-Outcomes definiert als “the client’s improvements observed at a post-session level” (Gelo & Manzo, 2015, S. 253), (2) Between-session processes, definiert als “those events that occur during the intervals between at least two treatment sessions and that may be related to what occurred during the latter session” (Gelo & Manzo, 2015, S. 258) und schließlich (3) Post-Treatment Outcomes, “defined as the client’s improvements observed at a post-treatment level” (Gelo & Manzo, 2015, S. 253). Die gebildeten Kategorien sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4*Outcomes der Erlebnistherapie aus Patient*innenperspektive*

Kategorie	#Interviews
Session Outcomes	
Beruhigung	8
Ablenkung von Problemen	5
Verbesserte Stimmung	4
Between-Session Processes	
Abwechslung (weniger Langeweile)	4
Kontakt zu Mitpatient*innen aufbauen	3
Motivation, durch den Klinikalltag zu kommen	1
Offener für andere Therapien, weil weniger Stress	1
Post-Treatment Outcomes	
Aktiver geworden	8
Mehr Selbstwirksamkeit	5
Kennenlernen, Akzeptanz, Assertion eigener Grenzen und derer anderer	5
Inneres Bild>Last/Ängste durchgearbeitet	5
Mehr Offenheit für Neues und für Herausforderungen	4
Gelernt, sich Zwischenziele zu setzen	4

Session Outcomes. Wie unter Frage (1) bereits näher beschrieben, berichteten acht Befragte über eine Beruhigung während oder direkt im Anschluss an einer ET-Stunde. Bogenschießen wurde vor allem als entspannend und befreiend beschrieben:

Bogenschießen war auf jeden Fall sehr cool, um eine, wie soll ich sagen/ abzuladen. Um alles das, was ich habe, zum Beispiel, mit dem Bogen wegzuschießen, und danach habe ich mich auch, also, geleert gefühlt, sage ich mal so. Von den Aggressionen, den schlimmen Gedanken, und, ja. (Anastasia, 17)

Aktivitäten in der Natur wurden ebenfalls als beruhigend erlebt: „Ich finde, Natur ist einfach schön, so, das macht so ein beruhigendes Gefühl, so ein schönes Gefühl, glückliches Gefühl.“ (Elias, 17). In anderen Fällen setzte die Beruhigung nach der Stunde ein, als Effekt der intensiven sportlichen Betätigung: „[Beim Klettern] hat man sich ein bisschen ausgepowert, war wieder weiter runter, also was heißt wieder runter – war wieder angenehmer, mit anderen zu sprechen.“ (Elias, 17). Fünf Personen beschrieben einen wohltuenden Ablenkungseffekt. ET konnte von einem breiten Spektrum negativer, sogar intrusiver Gedanken und Gefühle ablenken, so wie das Craving während eines Entzugs, Flashbacks infolge eines Traumas, bedrohliche körperliche Empfindungen bei einer Angststörung:

Ich achte normalerweise während der Erlebnistherapie nicht so auf meinen Körper, weil, glaube ich, außerhalb zu viel anderes Zeug passiert, worauf ich achten muss. [...] Das heißt nicht im negativen Sinne, sondern eher so positiv. Also, wenn es mir irgendwo weh tut, dann vernachlässige ich das dann natürlich eben nicht. (Benjamin, 18)

Schließlich wird vor allem bei depressiven Verstimmungen ein stimmungsaufhellender Effekt der ET intensiv wahrgenommen: „[Den Körper zu spüren] holt aus einen aus so einem tiefen/ ja, wenn man so richtig keine Lust auf überhaupt gar nichts hat, so, dann/ zumindest da holt es einen für die Zeit da raus.“ (Tamara, 17). Über negative Wirkungen der Stunde wurde nicht berichtet.

Post-Session Outcomes. Bei den Post-Session Outcomes war hauptsächlich von Interesse, ob und wie ET sich auf andere Elemente der stationären Behandlung auswirkt. Vier Befragte meinten, ET stelle eine wichtige Abwechslung dar: Durch den Abenteuercharakter und den Aspekt des „Machen statt reden“ weise die Stunde eine völlig andere Qualität auf als die meisten Behandlungsbausteine:

[Der Klinikaufenthalt] wäre auf jeden Fall langweiliger gewesen, und ich bin so, dass ich mich freue/ zum Beispiel, wir waren jeden Donnerstag klettern. Dann habe ich mich am Dienstag schon gefreut: ‚Boah geil, Donnerstag Klettern, zwei Tage noch, das schafft man auf jeden Fall.‘ (Elias, 17)

ET habe Monotonie aufgebrochen sowie für weniger Langeweile gesorgt und könne dadurch helfen, durch den Klinikalltag und die Behandlung zu kommen. Drei Personen berichteten, dass

sie durch ET einfacher und/oder schneller Mitpatient*innen kennenlernen und einschätzen und in die Gruppe hineinfinden konnten:

[Auf dem Niedrigseilelement musste] halt immer die Person vorhin [...] jemandem helfen, und man musste die Person dahinter halten, und ich fand es schon am Anfang richtig mega, weil man da/ ich schon am zweiten Tag, wie heißt das, einen Kontakt zu Menschen aufbauen konnte. (Anastasia, 17)

Diese Kontakte sowie Gefühle von Zugehörigkeit und Angenommensein waren für diese Befragten wiederum wichtige Ressourcen in der Klinik. Des Weiteren stellte eine Person fest:

Durch die Erlebnistherapie eben wird man deutlich stabiler, und das entspannt einen auch ein bisschen. Und das macht eben einen auch offener für neue Erfahrungen, und das ist dann gut für die Therapie, weil, da muss man praktisch sich auf die Therapie einlassen. (Benjamin, 18)

Post-Treatment Outcomes. Die Interviews wurden durchschnittlich sieben Wochen nach Behandlungsabschluss durchgeführt, Post-Treatment Outcomes beziehen sich daher auf die Erfahrungen in diesem Zeitraum. Acht Befragte berichteten, durch ET aktiver geworden zu sein, oder Aktivitäten wieder aufgenommen zu haben: „Ich gehe immer wieder abends eine Stunde laufen. Ja. Das ist so, das habe ich mitgenommen, dass ich das mache, um auch aktiver zu werden, mich da Stück für Stück hochzuarbeiten.“ (Emil, 18). Als neue Aktivität gehen manche Befragte regelmäßig joggen, Fahrrad fahren oder spazieren und verbringen mehr Zeit draußen. Eine Person hat einen Kletterkurs besucht, eine möchte in einen Bogenschießverein eintreten. Sie berichteten, die wohltuende Wirkung der Bewegung und des Draußenseins durch ET erkannt zu haben und jetzt Spaß an der Aktivität zu haben. Draußen und beim Sport wiederum „kriegt man den Kopf frei“ (Cäcilie, 17) oder „denkt anders über die Sachen nach“ (Elias, 17).

Verschiedene Ausdrücke in den Interviews wie *Selbstvertrauen*, *An sich selber glauben*, *Sich positiv erleben*, *Mehr Selbstbewusstsein kriegen* oder *Sehen, was man kann* lassen sich theoriekonform als Selbstwirksamkeit zusammenfassen. Fünf Befragte berichten über erhöhte Selbstwirksamkeit. Diese bezieht sich oft auf Aktivität und Bewegung:

Ich war früher immer sehr, sehr aktiv [...] und durch meine Psychose [...] hat das Ganze nachgelassen, und ich habe mich selber gar nicht mehr wirklich so wahrgenommen, so, was ich auch noch drauf hatte, und das fand ich mal ganz cool, da wieder zu sehen, dass ich doch ein bisschen was kann, nicht nur auf der faulen Haut sitzen. (Anton, 18)

Selbstwirksamkeit geht aber in mehreren Fällen über das Sportliche hinaus: “[...] die Erfahrungen zu machen: sich ein Ziel zu setzen, und das zu schaffen. Und an sich selber auch zu glauben, dass es was bringt, sich Ziele zu setzen, und immer weiter daran zu arbeiten.” (Cäcilie, 17). Mehrere Passagen sprechen für eine allgemeine, situationsübergreifende, positive Veränderung des Selbstbildes.

Weiters haben fünf Personen Erkenntnisse bezüglich persönlicher Grenzen gewonnen. Diese betreffen oft den Bereich sportlicher Leistung, z. B. zu sehen, wie weit man auf dem Fahrrad fahren kann oder welche Kletterroute man schafft. Die körperliche Leistung ist allerdings oft von der psychisch-emotionalen nicht klar trennbar und in vielen Fällen (z. B.: „einen Brüller loslassen“, ein Hochseilelement durchqueren) scheint dieser ausschlaggebend zu sein. Die Erkenntnis kann darin bestehen, dass die eigenen Grenzen weiter gefasst sind, als man dachte, was zu der oben beschriebenen Selbstbildveränderung führen kann: „Ich dachte mir in dem Moment halt nur so: ‚Krass, was ich eigentlich auch schaffen würde. Was ich mich blind trauen würde, wie ich diesen Menschen da unten eigentlich vertraue, die mich einfach nur sichern.‘“ (Anna, 15). Es kam auch vor, dass die Erwartungen die eigentliche Leistung übertrafen – in dem Fall bestand das Lernen darin, dass man sich „vielleicht nicht überschätzen soll“ (Anton, 18). Andere erkannten, dass es erwünscht und akzeptabel ist, Grenzen zu haben und sie zu beachten:

Ich musste in [ET] ich selbst sein, weil – ich kann meine Kraft nicht verstellen, ich kann nicht so tun, als ob ich eben mehr Kraft habe als ich sie/ obwohl ich weniger Kraft habe, und so hat es mir das auch nochmal gezeigt [...], ich muss nicht mich durch den Tag kämpfen und meine Kräfte zeigen, obwohl ich keine mehr auf Reserve habe. (Alice, 18)

ET in der Gruppe zeigte mehreren Befragten, dass „jeder [...] eigene Grenzen“ habe (Anastasia, 17). Weiters ermöglichte die Gruppenform stellvertretende Erfahrungen im Sinne von Bandura (Bandura, 1992, 2001; Bandura & Walters, 1977):

[In der Gruppe gab es eine Teilnehmerin], die ihre Höhenangst ein bisschen überwunden hat. Das ist dann irgendwie ein schönes Gefühl, wenn die Teilnehmer herum sagen, ‚Ja komm, du schaffst das‘, und dann schafft sie das – haben alle irgendwie was davon.

(Mark, 20)

Diese Erfahrungen haben ihrerseits zu einer positiven Auseinandersetzung mit Grenzen beigetragen.

Neben kognitiven Erkenntnissen berichteten fünf Befragte von einer tiefergehenden Bearbeitung von Ängsten, Anspannung oder anderen Problemen. Es handelt sich um Episoden unterschiedlichen Inhalts, die hier unter dem Begriff „Transfer“ zusammengefasst werden. Zwei Befragte erzählten, wie sie beim Bogenschießen Spannung abgebaut und Kraft aufgebaut hätten:

Dieses Bogenschießen, es hat mir halt so Kraft gegeben, irgendwie so, ‚Hier, ich kann mich auch wehren‘ irgendwie, [...] auch ein sehr großes Gefühl von Kontrolle, und das fand ich halt auch sehr schön. [...] [Nach der Bogenschießstunde ging es mir] relativ gut, keine Ahnung. Ich habe mich so gefühlt, als hätte ich gerade gegen alle möglichen Dämonen auf der Welt gekämpft. (Anna, 15)

Eine Person mit Angststörung hatte eine wichtige Erkenntnis auf einem Hochseilelement:

Also, als ich das am Ende geschafft habe, war ich so richtig platt, aber ich habe halt gemerkt, ‚Okay, ich habe es jetzt geschafft!‘, und dann habe ich halt eben die Erkenntnis gewonnen, so: Wenn ich Angst habe, bringt es mich nicht um. Also, es kann auch relativ stark sein, und es passiert eigentlich nichts davon. (Benjamin, 18)

Er habe die Erkenntnis unmittelbar und spontan auf seine Panikattacken beziehen können und gibt an, dass er dieses Verständnis durch rein kognitive Schlussfolgerung nicht hätte gewinnen können.

Eine Person mit Traumaerfahrung beschrieb eine spontane Isomorphie zwischen ihren „Probleme[n] und [der] Schwierigkeit, wie es war“, die „wie so ein Netz ist“, welches sie zwischen den Griffen der Kletterwand wiedergefunden und die sie beim Klettern überwunden habe. Durch die Bewegung nach oben habe sie die Probleme bekämpft, die bei jedem Durchgang kleiner geworden und schließlich verschwunden seien. Eine andere traumatisierte Person berichtete,

wichtige Zusammenhänge zwischen einem Erkennen eigener Grenzen im Sport und dem Setzen von Grenzen zu Hause erkannt zu haben.

Vier Personen berichteten, sie seien jetzt offener neuen und/oder herausfordernden Situationen gegenüber. In der ET hätten sie sich wöchentlich auf Neues, Unbekanntes und vielleicht Schwieriges und Anstrengendes eingelassen. Diese Überwindung bedeutete für mehrere Personen bereits an sich einen Erfolg. Da ihre Erfahrung mit den schwierigen Situationen überwiegend positiv war, konnten sie sich für die Zukunft vornehmen, „mehr Motivation [zu] zeigen zu irgendwas, weil, es kann doch witzig sein danach, wenn man das macht“ (Elias, 17), oder „erstmal [zu] probieren und danach darüber [zu] urteilen [ob es einem hilft bzw. gefällt]“ (Alice, 18). Konkrete Beispielsituationen, wo die Befragten mehr Offenheit zeigen, fehlen in den Daten leider, abgesehen von der bereits beschriebenen Zunahme körperlicher Aktivität.

Die meisten Befragten erzählten, wie sie während der verschiedenen Aktionen mit den Therapeut*innen gemeinsam Ziele und „Zwischenziele“ setzten, wie z. B. eine bestimmte Kletterroute zu bewältigen oder beim Tennisspielen den Ball überhaupt erst einmal zu treffen. Vier Personen berichteten, dass sie jetzt ein derartiges Setzen von Zielen auf die Art und Weise, wie es in der ET geübt wurde, als Alltagstrategie verwenden. Z. B.:

Man muss sich ja immer kleine Ziele setzten, dass man am Ende beim großen Ziel ankommt. [...] Ich habe mir früher auch nur Ziele gesetzt, ich möchte den Tag gut starten, aber mir haben halt die Ziele dazwischen gefehlt. Erstmal dieses Aufstehen, dann mich richten, also kleine Momente. Ins Bad zu gehen, sich dort richten, sich anzuziehen und dann erst den Tag zu genießen. Diese Kleinschritte haben mir persönlich gefehlt. (Alice,18)

Zwei Personen gaben an, ihre Selbsteinschätzung und Zielsetzung sei realistischer geworden.

In vielen Fällen ist es schwierig, Outcomes der Erlebnistherapie von Veränderungen zu trennen, die durch andere Behandlungsbausteine angestoßen wurden, was manche Befragte selbst auch zum Ausdruck brachten:

Also, ich fand echt, das hat mit Beginn von StäB/ hat es [die Steigerung des Wohlbefindens] angefangen, weil ich halt täglich in Therapien war. [...] Dass man halt immer wieder so darüber geredet hat, wie es einem geht, was man so macht, und ja. Also,

ich will jetzt nicht sagen, dass es speziell nur von der Bewegungstherapie kam, oder Erlebnistherapie. (Anton, 18)

Um eine subjektive Einschätzung hinsichtlich der spezifischen Wirkung der ET zu erhalten, wurde die Frage gestellt, ob und inwiefern etwas anders gewesen wäre, wenn der oder die Patient*in genau dieselbe Behandlung ohne ET durchlaufen wäre. Mit einer Ausnahme meinten alle, das Ergebnis wäre anders gewesen:

Nee, ich glaube, es wäre schon anders gewesen. Ich glaube, das [ET] hat mir schon geholfen, mal wieder ein bisschen auf Zack zu kommen, dass ich mal wieder ein bisschen was mache. Ich glaube/ hätte vielleicht funktioniert, ja, aber es hat auf jeden Fall stark dazu beigetragen. (Anton, 18)

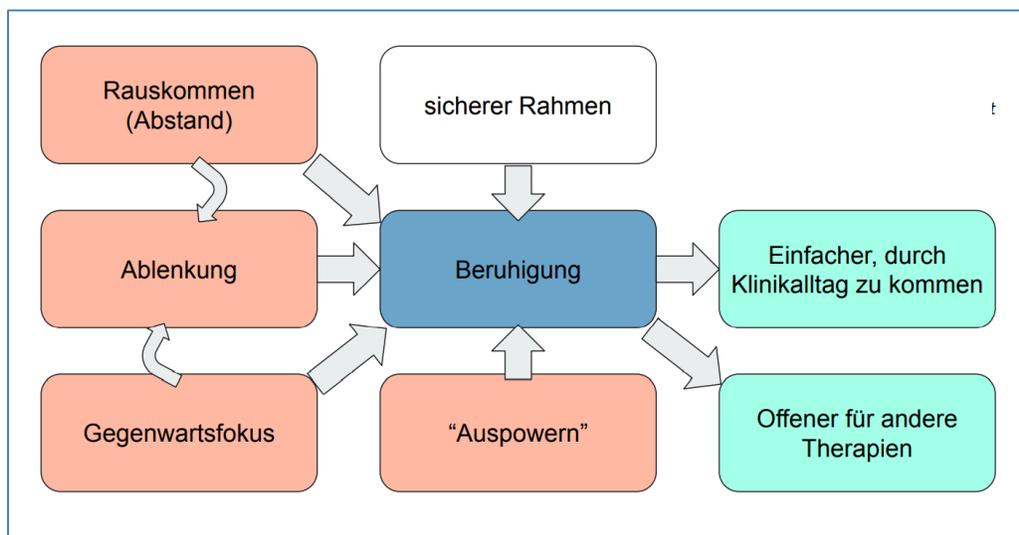
Mit der vorliegenden Methode (Befragung ohne experimentelle Manipulation und ohne Triangulation) ist es nicht möglich, auf klare Kausalbeziehungen zu schließen. Die oben beschriebenen Behandlungsergebnisse stellen allerdings Veränderungsprozesse da, die die Patient*innen selbst vorwiegend der Teilnahme an ET zuschreiben.

Frage 4: Welche Mechanismen der Veränderung werden beschrieben?

Die folgenden Wirkmechanismen sind aus dem Material hergeleitete Kausalketten. In den Kästen werden Aspekte sowie Outcomes, wie bereits unter Fragen 2 und 3 erläutert, dargestellt. Einige weitere aus der Theorie abgeleitete Konzepte wurden zu den Abbildungen hinzugefügt. Diese stellen Kategorien dar, die Zusammenhänge in den Interviews auf einem hohen Abstraktionsniveau wiedergeben und eher deduktiv als induktiv gebildet wurden, z. B.: „sicherer therapeutischer Rahmen“. Die Pfeile repräsentieren die in den Interviews beschriebenen Kausalbeziehungen. Diese wurden entweder spontan beschrieben oder auf Nachfrage wie „Was hat dir dabei geholfen...“ oder „Wie kam es dazu, dass...“ expliziert. Die dargestellten Modelle sind daher auf keinen Fall als statistische, sondern als semantische Zusammenhänge zu verstehen.

Abbildung 2:

Wirkmechanismus 1: Beruhigung

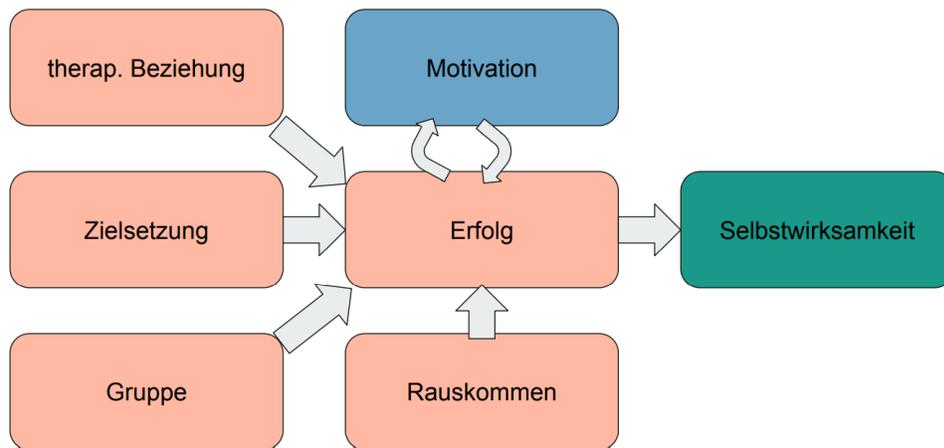


Beruhigung wurde durch unterschiedliche Personen unterschiedlichen Aspekten der ET zugeschrieben: Manche habe ET durch das Verlassen ihrer gewöhnlichen Umgebung und den körperlichen sowie psychischen Abstand zum Alltag beruhigt, wodurch man „diesen Alltagsstress mal gut sein lassen konnte“ (Mark, 20). Die Aktivitäten hätten ein hohes Maß an Gegenwartsfokus erfordert, nach innen wie auch nach außen gerichtet: „Beim Bogenschießen muss man sich auf sein Ziel konzentrieren, auf die Haltung, wie man steht [...] und das hat mich irgendwie einfach mal beruhigt.“ (Paul, 16). Viele erlebten die Aktivität und den dadurch nötigen Gegenwartsfokus als Ablenkung, was wiederum beruhigt. Schließlich berichteten manche von einem

Beruhigungseffekt dank des „Sich-Auspowers“, welcher nach der Stunde eingesetzt habe. Aspekte eines sicheren therapeutischen Rahmens wie auch eine als sicher wahrgenommene Umgebung und vertrauensvolle Beziehungen zur anleitenden Person und zur Gruppe hätten zum Beruhigungseffekt beigetragen.

Abbildung 3:

Wirkmechanismus 2: Selbstwirksamkeit



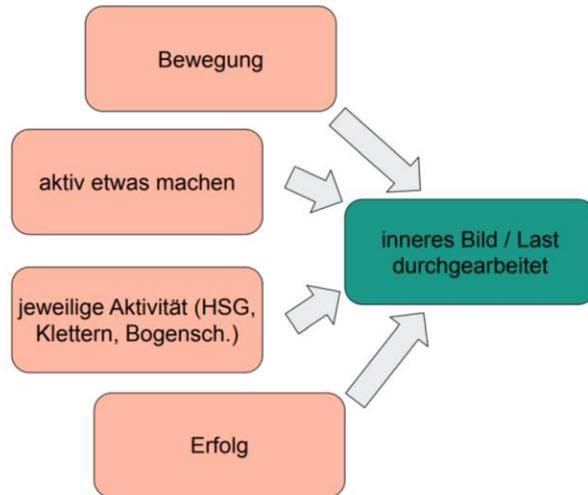
Die Steigerung der Selbstwirksamkeit entstand eindeutig durch die erfolgreiche Meisterung von Herausforderungssituationen. Erfolg wurde wiederum durch mehrere Faktoren ermöglicht, vor allem durch eine angeleitete, realistische Zielsetzung:

Dadurch, dass ich mir so das Ziel gesetzt habe, das zu machen, habe ich das dann auch irgendwann geschafft, so, und dann habe ich halt wieder gelernt, dass es Sinn macht, sich einer Situation auch wirklich zu stellen und sich hineinzusetzen, um anzukommen, wo man auch wirklich möchte. (Cäcilie, 17)

Erfolg in der Stunde habe zu mehr Motivation geführt, sich einzubringen: „Natürlich hat mich das dann immer weiter motiviert, und da wollte ich immer weitermachen, und das habe ich dann auch gemacht.“ (Cäcilie, 17). Dieses „Immer-Weitermachen“ habe wiederum Erfolg begünstigt. Eine vertrauensvolle Beziehung und die individuelle Aufmerksamkeit und Ermutigung der anleitenden Person sowie soziale Unterstützung durch die Gruppe seien ebenfalls wichtig gewesen. „Rauskommen“ wurde von mehreren als eine Leistung an sich wahrgenommen.

Abbildung 4:

Wirkmechanismus 3: Inneres Bild/Last durcharbeiten



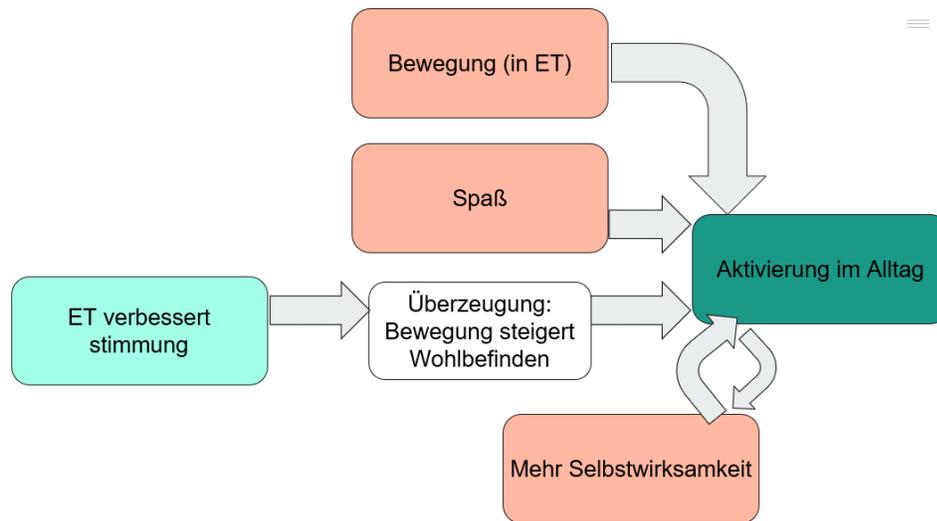
Auf die Nachfrage, wodurch es zur Durcharbeitung innerer Bilder und innerer Last gekommen sei, meinten die Befragten, dies sei hauptsächlich durch die Aktivität und die ganzheitliche, körperliche Betätigung möglich gewesen:

Also, dann, dass es möglich war, das auch durch sportliche Aktivität zu machen, hatte ich das Bild vor meinen Augen, und konnte jedes Mal/ dadurch, dass ich es geschafft habe, oben anzukommen [...] ist das Bild immer kleiner geworden. Und ich wusste, wenn es kleiner geworden ist, dann ist auch ein Teil meines Problems, das ich hatte, weggegangen. (Cäcilie, 17)

Eine Person berichtete, nur durch das Erleben der Angstbewältigung im Hochseilgarten sei es ihm gelungen, an die Idee „Angst bringt mich nicht um“ auch wirklich zu glauben: „Das ist mir dann eben durch diese Erlebnistherapie klar geworden, das hätte ich so niemals alleine erfahren. Auch wenn mir das jemand erzählt hat, ja, okay, schön! Das glaube ich dann nicht.“ (Benjamin, 18) Obwohl die Befragten über ein breites Spektrum an sportlichen Aktivitäten in der ET berichteten, wurden derartige Durchbrüche nur beim Klettern, Hochseilgartenbegehen und Bogenschießen berichtet.

Abbildung 5:

Wirkmechanismus 4: Aktivierung im Alltag



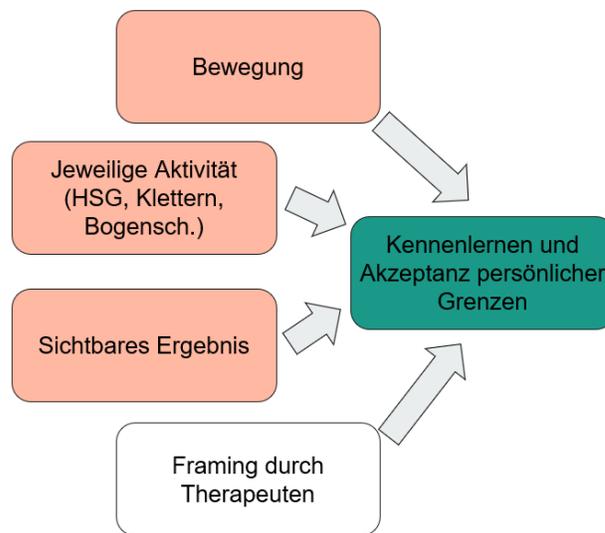
Die meisten Befragten erklärten ihre gestiegene sportliche Aktivität durch die Überzeugung, dass „Bewegung gut tut“. Die Idee sei ihnen entweder erst durch die ET gekommen oder sie seien dadurch darin bestärkt worden. Mehrere hätten zum ersten Mal oder von Neuem Spaß an der Bewegung entdeckt. Die durch ET gestiegene bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit führt auch nach der Behandlung zu mehr Bewegung. So erwähnte eine Person mit einem gewissen Stolz:

Aber ich mache das [Joggen] einfach gerade gerne eben, und auch das gibt mir [...] einfach ein gutes Gefühl, wenn ich sage ‚Okay, ich habe jetzt die Motivation gehabt, da laufen zu gehen‘ [...] Und da kann ich auch ein bisschen auf mich selber stolz sein, dass ich das schaffe. Einfach, weil das davor nicht möglich war. (Emil, 18)

Der Prozess hat also das Potenzial, in einer positiven Feedback-Loop durch Erfolgserlebnisse Selbstwirksamkeit und Leistungsmotivation weiter zu stärken.

Abbildung 6:

Wirkmechanismus 5: Kennenlernen und Akzeptanz persönlicher Grenzen



Eine Begegnung mit körperlichen Grenzen sei durch die sportliche Betätigung geschehen, mit psychischen Grenzen durch den Herausforderungscharakter der jeweiligen Aktivität. Ein sichtbares Ergebnis des eigenen Bemühens habe eine unmittelbare Rückkopplung ermöglicht:

Bei den Grenzen, wenn die Kraft ausgeht, dass man weiß, wenn man am Ende ist, und da auch – ja, wenn halt einem die Kraft ausgeht dann weiß man: ‚Okay, hier muss ich Schluss machen, wenn ich weitermache, dann kann ich mich selber verletzen‘. (Alice, 18)

Die anleitende Person kann dann im Idealfall die Erfahrung mit den Klient*innen durchsprechen, um ihnen zu konstruktiven Schlussfolgerungen zu verhelfen.

Die hier vorgestellten Wirkmechanismen stellen die subjektive Einschätzung weniger Befragter da. Um die therapeutischen sowie intrapsychischen Mechanismen im ET-Kontext vollständig zu beschreiben, wäre die Befragung einer größeren Stichprobe erforderlich, gefolgt von einer Operationalisierung der beteiligten Variablen und empirische Überprüfung.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, Wirkfaktoren und Mechanismen sowie subjektive Outcomes der ET im spezifischen Kontext einer stationären psychiatrischen Behandlung unter jungen Menschen zu explorieren. Anhand der Auswertung elf halbstrukturierter Interviews wurden deren wichtigste Erfahrungen in ET, subjektive Outcomes und hilfreiche Aspekte der ET sowie mögliche zugrundeliegende Wirkmechanismen herausgearbeitet. Ausgangspunkt der Arbeit

war der Ruf in der Literatur nach in die Tiefe gehende Exploration des erlebnistherapeutischen Prozesses (z. B. Lakemann, 2017; Norton et al., 2014) sowie die Forderung, nicht nur erzielte, sondern alle möglichen Outcomes zu erheben (Witman, 1989).

Die Ergebnisse stellen eine detaillierte Beschreibung des erlebnistherapeutischen Prozesses und von dessen Outcomes aus Patient*innensicht dar und kontextualisieren die Erfahrung als Teil einer umfassenden psychiatrischen Behandlung. Die beschriebenen Kategorien sind möglichst allgemein gehalten, störungsbildspezifische Abläufe wurden auf einer höheren Abstraktionsebene zusammengefasst. Manche Variablen werden sowohl als Aspekt der Therapie als auch als deren Outcome betrachtet – diese Wiederholung ist hinsichtlich einer materialnahen Darstellung sinnvoll, da die Befragten selbst Prozess von Ergebnis oft nicht klar unterscheiden können. Das Material besteht aus Erzählungen, die einen persönlichen Charakter haben; durch die Inhaltsanalyse kristallisierten sich wiederkehrende, gemeinsame Themen heraus, die sich als durchaus anschlussfähig an die Literatur erwiesen.

Die Ergebnisse entsprechen im Großen und Ganzen den theoretischen Vorüberlegungen sowie bisherigen empirischen Befunde, gehen aber darüber hinaus, indem sie, den Untersuchungszielen entsprechend, den spezifischen Kontext (ET als Ergänzungstherapie in der stationären psychiatrischen Behandlung) widerspiegeln. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse mit Hinblick auf Theorie und bisherige Forschungsergebnisse interpretiert. Anschließend wird auf Limitationen dieser Studie sowie auf Empfehlungen für weitere Forschung eingegangen.

Wie wird ET erlebt?

Es wurde zunächst auf eine detaillierte Beschreibung des ET-Prozesses aus Patient*innensicht hingearbeitet. Hierbei wurde mit Kazdin (2007) davon ausgegangen, dass “[d]epending on the detail, level of analysis, and sequence of moving from one to the other, description can become explanation” (S. 12). Die Befragten erlebten ET als einen Behandlungsbaustein, der Spaß macht, wo sie „rausgehen“ und sich bewegen, sich aktiv auf Herausforderungen einlassen und Erfolge erleben konnten. Die anleitenden Personen wurden zumeist als unterstützend, Sicherheit gebend und motivierend erlebt. Diese Beschreibungen decken sich mit dem Selbstverständnis und der spezifischen Herangehensweise der ET (Deutscher Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, 2020; Gilsdorf, 2004) und zeigen, dass die

therapeutische Intervention in dem untersuchten Setting wie gemeinhin empfohlen durchgeführt wird.

Als unerwartetes Thema wird „Rausgehen“ hervorgehoben. Das Programm findet in Klinik- und/oder Wohnortnähe statt, sodass nur ein Teil der Aktionen überhaupt draußen durchgeführt wird, und auch diese nur zum Teil in der Natur. „Rausgehen“ bedeutet für die Befragten, ihre alltägliche Umgebung zu verlassen, neue Orte zu sehen, eventuell in der Natur unterwegs zu sein. Dies zeigt, dass räumliche Entfernung und Draußensein, auch wenn dies in zivilisationsnahen Settings nur bedingt realisierbar ist, einen psychisch wichtigen Aspekt der ET-Erfahrung darstellen.

Der Tenor der Berichte ist überwiegend positiv. Einzelne Kritikpunkte und Unzufriedenheiten werden genannt; diese ergeben aber keine kohärenten Themen und lassen sich durch individuelle Vorlieben und Abneigungen oder singuläre Vorkommnisse erklären. Das einzige interviewübergreifend kontroverse Thema ist, ob die Befragten zwischen ET und ihrer Problematik eine Verbindung sehen oder nicht. Ein Mangel an wahrgenommenem Problembezug wird oft mit starker Unzufriedenheit verknüpft. Dieses Ergebnis betont die Wichtigkeit einer sinnvollen und positiven Situationsgestaltung (Gilsdorf, 2004), was, wie die Interviews zeigen, trotz Mühe und Sorgfalt nicht immer gelingt. Angesichts ihres altersbedingten Entwicklungsabschnitts (Pubertät) und häufig anzutreffenden Aspekten der Lebensgeschichte (oft schwierige Beziehungserfahrungen und negative Erfahrungen mit Institutionen) kann man von der Zielgruppe auch eine gewisse Skepsis erwarten. Daher ist es vielleicht in manchen Fällen gar nicht möglich oder nötig, den oder die Patient*in mit dem Angebot zufriedenzustellen.

Subjektive Outcomes der ET im stationären jugendpsychiatrischen Setting

Laut den vorliegenden Daten wirkt sich ET auf psychische Zustände sowie auf Coping direkt nach der Stunde, während des gesamten Behandlungsablaufs sowie nach Behandlungsabschluss positiv aus. Kurzfristig lenkt ET von Problemen ab, reduziert Spannung und verbessert die Stimmung, sorgt für Abwechslung in der Behandlung und eine bessere Gruppendynamik. Langfristiger gesehen berichten Befragte, durch ET aktiver geworden zu sein, mehr Selbstwirksamkeit, Offenheit für Neues und Akzeptanz persönlichen Grenzen gegenüber zu haben sowie das Setzen von Zielen als Alltagsstrategie besser nutzen zu können. Viele bearbeiteten in ET Ängste, inneren Bilder oder psychische „Last“ und bewerkstelligten dadurch wichtige Therapieschritte.

Die gefundenen Outcomes bestätigen in hohem Maße die Ergebnisse von Gabrielsen und Kollegen (2019). In ihrer Studie wie auch in der vorliegenden Arbeit schreiben die befragten jungen Patient*innen eine verbesserte Einschätzung persönlicher Grenzen, verbessertes Selbstbewusstsein und Selbstbild, Beruhigung und verbesserte Laune den ET-Maßnahmen zu. Obwohl die untersuchten Behandlungsprogramme sich unterscheiden, deutet die deutliche Ähnlichkeit identifizierter ET-Behandlungsergebnisse darauf hin, dass ET-Patient*innen allgemein eine intuitive Verbindung zwischen ihrer Therapie und den oben genannten Themen sehen.

Insgesamt sind alle gefundene Outcomekategorien anhand der Theorie gut erklärbar. Die Liste hier gezeigte Therapieergebnisse (Siehe Tabelle 4) geht allerdings über bisherige empirische Befunde hinaus. In den folgenden Abschnitten werden die herausgearbeiteten Outcome-Kategorien und zugrundeliegende Mechanismen zur bestehenden Literatur in Bezug gesetzt.

Zusammenspiel von Wirkfaktoren und Outcomes

Die Befragten betonen die Zunahme an Selbstwirksamkeit/Selbstvertrauen als Behandlungsergebnis. In manchen Fällen bleibt Selbstwirksamkeit spezifisch situationsbezogen oder bewegungsbezogen. Mehrere Passagen deuten allerdings in die Richtung einer situationsübergreifenden, trait-ähnlichen Veränderung der Selbstwirksamkeit. Dies geht mit der Idee konform, dass ET eine langfristige Veränderung des Selbstkonzepts bewirkt (z. B. Gilsdorf, 2004; Wasserburger, 2012), welche bereits durch zahlreiche Studienergebnisse bestätigt wurde (Bowen & Neill, 2014; Fleischer et al., 2017). Ebenfalls theoriekonform (Bandura, 1992, 2001; Bandura & Walters, 1977) entsteht die Veränderung durch erfolgreiche Herausforderungsbewältigung, was unter anderem durch verbale Ermutigung vonseiten des Therapeuten oder der Therapeutin und der Gruppe und sowie durch Beobachtung anderer in derselben Situation ermöglicht wird.

„Grenzerfahrung“ gehört traditionell zu den Wirkfaktoren der EP wie auch der ET (Gilsdorf, 2004; Walsh & Golins, 1976) und resultiert aus dem Herausforderungscharakter der eingesetzten Aktionen. Auch die hier Befragten gingen an ihre Grenzen und erlebten, wie andere dies auch tun. Sie berichten, sich dadurch besser kennengelernt zu haben und in der Folge mit Grenzen besser umgehen zu können. Was dies genau bedeutet, hängt mit dem jeweiligen Störungsbild und der individuellen Persönlichkeitsstruktur zusammen: Es kann etwa heißen, „die Komfortzone zu verlassen“, um eigene Grenzen zu erweitern und sich für Neues zu öffnen; oder

die eigenen Grenzen zunehmend zu zeigen und durchzusetzen; oder mehr Respekt und Akzeptanz den Grenzen anderer gegenüber zu zeigen. Laut den Interviews wurden ähnliche Themen parallel in der Psychotherapie bearbeitet; ET stellte allerdings eine unmittelbare Erfahrung mit dem Thema Grenzen, eine „psycho-physische Exposition“ (Gilsdorf, 2004), dar. Die Patient*innen erlebten die Erfahrungen als konstruktiv. Das Kennenlernen von Grenzen sowie mehr Offenheit für Neues kann ebenfalls als Veränderung des Selbstkonzepts betrachtet werden, was u. a. mit Selbstwirksamkeit zusammenhängen kann. Der Effekt dieser Veränderung auf Symptomatik oder Problemverhalten bleibt empirisch zu untersuchen.

Obwohl eine körperliche Aktivierung traditionell zur EP gehört (Gilsdorf, 2004) und dieser Effekt der ET bereits aus der Praxis berichtet wurde (Klein-Isberner & Wenzel, 2017), stellt Aktivierung im Alltag post-treatment eine bis jetzt wenig erforschte Auswirkung da. Der Literaturrecherche folgend wurde die aktivierende Wirkung der ET bisher allein in der onkologischen Versorgung empirisch belegt (Gill et al., 2016). Programmcharakteristika der ET an der KJP-ZfP tragen möglicherweise zur hervorgehobenen Rolle der *Bewegung* und des *kinästhetischen Engagements* als Behandlungsaspekt und *körperliche Aktivierung* als Behandlungsergebnis in der Stichprobe bei. Der Effekt ist theoretisch gut nachvollziehbar, da ET als körperorientierte und handlungsbasierte Methode konzipiert ist (Deutscher Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, 2020). Die hier berichtete Aktivierung ist vielseitig: neue, positivere Einstellungen und Überzeugungen Bewegung gegenüber, Veränderungsabsichten oder bereits erfolgte Gewohnheitsveränderung sowie eine ganz klare Zunahme bewegungsbezogener Selbstwirksamkeit. Ob diese Veränderungen auch durch andere Abenteuerprogramme entstehen, bleibt zu untersuchen. Möglicherweise wäre dieser Effekt nach einem WT-Programm, wo die TeilnehmerInnen ganz aus ihrem Alltagskontext herausgenommen werden und die durchgeführten Aktivitäten viel Ausrüstung und Knowhow erfordern, schwieriger zu erzeugen. Die Struktur des Programmes an der ZfP-KJP mit kurzen und regelmäßigen, zivilisationsnahen sportlichen Maßnahmen könnte dazu führen, dass regelmäßige Bewegung in den Alltag einfacher übertragen wird.

Die vorliegende Analyse zeigt einen frequenten und beträchtlichen Stressreduzierungs- und Beruhigungseffekt der ET, ähnlich wie bei gängigen Entspannungsverfahren (Z. B. Mindfulness Based Stress Reduction nach Kabat-Zinn, 2003 oder Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, 1938). Diese Wirkung ist ebenfalls theoriekonform: Gegenwartsfokus, körperliche

Betätigung vor allem in der Natur und Abstand von Alltagsstress besitzen hohes stressreduzierendes Potenzial (Barton et al., 2016; R. Kaplan & Kaplan, 1989; S. Kaplan, 1995). Der Effekt ist konsistent mit Mehl und Wolfs (2008) Ergebnissen, denen zufolge Hochseilgartenbegehen u. a. State-Ängste reduziert. Bei wem ET für Stressreduktion indiziert ist und unter welchen Bedingungen und in welchem Ausmaß ET entspannend wirkt, bleibt zu untersuchen.

Ein wichtiger Aspekt des ET-Prozesses war die Einübung des Setzens von Zielen samt Zwischenzielen, das von mehreren sogleich als Alltagsstrategie angewandt wurde und dabei wohl auch bereits einen Therapie-Outcome darstellt. Die Einübung des Ziele-Setzens stellt ein Beispiel für Erfahrungslernen dar. Als Alltagsstrategie angewandt, zeigt Zielsetzung einen erfolgreichen Transfer des Erlernten in der ET auf den alltäglichen Kontext der Patient*innen. „Ziele-Setzen“ kommt zwar bisher in der Literatur konkret nicht vor, sie bedeutet aber für den meisten Befragten die Verfügbarkeit eines neuen, adaptiven Denk- und Handlungsmusters. Das Erlernen von solchen ist ein deklariertes Ziel des Ansatzes (Deutscher Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, 2020; Gilsdorf, 2004).

Wichtige Schritte der Problembewältigung innerhalb der ET in Form von Durcharbeitung von Ängsten, schweren Gefühlen oder „inneren Bildern“ kommt bei etwa der Hälfte der Befragten vor. Diese Erfahrungen stellen potenziell wichtige Wirkmechanismen dar, die am ehesten durch die Idee des spontanen Transfers (z. B. Lung, 2012) zu erklären sind: Die Patient*innen entdecken spontan und ohne Anleitung eine Isomorphie zwischen dem Geschehen in der ET und Aspekten ihres Alltags oder Problems. Diese Entdeckungen stellen zumeist eine Art „Aha-Erlebnis“ dar: „Psychodynamisch relevante Einsicht bleibt [...] nicht bei einem intellektuellen Verstehen von Zusammenhängen stehen, sondern beinhaltet neben dem kognitiven Begreifen die gleichzeitige emotionale Erfahrung, verbunden mit einem leiblichen Erleben.“ (Boll-Klatt & Kohrs, 2018, S. 131). Auch sind in den Daten viele kognitive Einsichten zu finden, die entweder durch angeleitete Reflexion und Therapeutengespräche oder eigene Elaboration entstanden sind. Soweit es möglich ist, dies anhand der Interviews zu beurteilen, sind diese Einsichten emotional weniger beladen und werden als weniger transformativ präsentiert als o. g. „Aha-Erlebnisse“. Die Befragten benennen eher kinästhetisches Engagement, den Herausforderungscharakter der Aktivitäten und Erfolg als förderlich für wichtige Therapieschritte. Die Rolle der Reflexion und ein kognitives Durcharbeiten des Erlebnisses scheinen dieser Befragung zufolge insgesamt weniger relevant für einen

Therapieerfolg zu sein, als das ausgehend von der Theorie (z. B. Walsh, V., & Golins, 1976) zu erwarten gewesen wäre.

Subjektiv wahrgenommene Wirkfaktoren

Die identifizierten Wirkfaktoren replizieren zum Teil Ergebnisse von Russell und Phillips-Miller (2002) sowie Norton und Kollegen (2019): Der Herausforderungscharakter der Aktivitäten, Beziehungen zum Therapeuten oder zur Therapeutin und anderen Erwachsenen sowie Peerbeziehungen und eine positive Gruppendynamik wirken in der vorliegenden Befragung genauso wie in der Wildnistherapie. Die hier ausgearbeitete Liste hilfreicher Aspekte geht aber über bisherige empirische Befunde hinaus.

Körperliches Engagement, Abenteuer. Die Rolle der Bewegung und des kinästhetischen Engagements, welche in dieser Befragung besonders wichtig ausfällt, wurde durch die Interviewten oft mit konkreten Behandlungsergebnissen in Verbindung gesetzt (s. o.). Der Abenteuercharakter der Aktivitäten als Wirkfaktor zeigt sich in den Kategorien „Aktivität“, „Grenzerfahrung“ und „Erfolg“: Die Besonderheit der eingesetzten Aktivitäten ist das Erzeugen einer positiven Spannung, welche durch Erfolg aufgelöst wird – in dieser Hinsicht stützen die Berichte die bestehende Theorie (z. B. Gilsdorf, 2004; Wasserburger, 2012). Die Berichte deuten darüber hinaus darauf hin, dass nicht so sehr der Grad der Spannung, eine Grenzerfahrung oder sichtbare Ergebnisse für eine positive Wirkung ausschlaggebend sind – anders gesagt, nur Eustress zu erzeugen und Grenzen aufzuzeigen, genügt nicht. Vielmehr wird das Lösen der Spannung durch einen Erfolg als positiv wirkend wahrgenommen. Die Wichtigkeit von Erfolgserlebnissen für ein positives Outcome in der ET unterstreicht die Frage, wann genau eine Situation als Erfolg bewertet wird. Dabei spielt höchstwahrscheinlich neben einer angemessen ausgewählten Aktivität und richtigem Framing auch der Spannungsgrad eine Rolle.

Soziale Aspekte, therapeutischer Rahmen. Beziehungen sowohl in der Gruppe als auch mit dem anleitenden Personal werden von einem Teil der Befragten als konfliktuell, störend oder einfach nicht hilfreich beschrieben. Ähnliches berichten z. B. Bettmann und Kollegen (2007) aus ihrer Praxiserfahrung mit Jugendlichen: Dysfunktionale Bindungsschemata zeigen sich im verunsichernden Kontext der WT besonders deutlich. Obwohl Peerbeziehungen an der ZfP-KJP oft als schwierig beschrieben werden, spiegeln sich Gruppenaspekte in unseren Daten in den meisten Fällen als positiver Wirkfaktor wider, was darauf hindeutet, dass die schwierige Gruppendynamik vom Personal meist effektiv mitgesteuert wird. Die Kategorie „Gruppe“ in den

Daten ist allerdings weniger aussagekräftig, da viele Befragte die Therapie im Einzelsetting wahrgenommen haben. Außerdem entfalteten sich interpersonelle Beziehungen in der Psychiatrie nicht nur innerhalb der ET, und wurden von vielen Faktoren beeinflusst, die den Rahmen der vorliegenden Untersuchung sprengen.

Die therapeutischen Rahmenbedingungen (das Regelwerk der einzelnen Stationen sowie die Beziehungsgestaltung, die oft durch die Doppelrolle Pfleger*in-Erlebnistherapeut*in mitbestimmt wird, usw.) werden ebenfalls größtenteils außerhalb der ET gestaltet. Die Rolle dieses Rahmens ist allerdings nicht zu unterschätzen. Der Struktur des Programmes ermöglicht, dass den Patient*innen die nötige Überwindung gelingt, sich auf Neues und Herausforderndes einzulassen. Manche brachten diesen Punkt direkt zum Ausdruck: Sie freuten sich, dass sie sich bewegen „mussten“, „weil es halt die Therapie ist“ (Alice, 18). Die Rolle der therapeutischen „Hintergrundarbeit“ im Sinne von Beziehungsgestaltung und Prozessbegleitung nehmen die Befragten ebenso nur begrenzt wahr, ist aber ausschlaggebend, insofern sie den Prozess überhaupt ermöglicht und seine Konstruktivität sicherstellt – in einem praktischen wie auch in einem psychisch-emotionalen Sinn. Viele Begleitungstechniken wie Reflexion, metaphorisches Framing oder das Aufzeigen von Isomorphie durch den Therapeut*innen sind allerdings kontrovers und werden teils auch als negativ erlebt.

„Rausgehen“. Die Rolle der Naturerfahrung in der Studie könnte man anhand der Rahmenbedingungen des Programmes (größtenteils ‚künstlich‘ gestaltete Aktivitäten) als unwesentlich einschätzen. Die beruhigende, erfrischende Wirkung wird aber trotz des relativ geringen Naturkontakts von vielen Befragten berichtet: Aktionen in der Natur stellen oft ein Highlight dar. Die Daten streichen also die Wichtigkeit der Wirkfaktoren Natur und *Green Exercise*, dem Interaktionseffekt von Natur und Bewegung (Barton et al., 2016), heraus. Mit Blick auf die vorliegenden Daten erscheint es als wichtig und sinnvoll, Naturkontakt und Bewegung draußen in ET-Programme zu integrieren, selbst wenn dies nur für einen geringen Anteil des Programmes möglich ist.

Wirkmechanismen

Die Datenanalyse ließ auf verschiedene Kausalbeziehungen zwischen Aspekten und Ergebnissen des Therapieprozesses schließen. Die dargestellten Mechanismen erscheinen mit Blick auf die Literatur als plausibel und bilden teilweise ähnliche Zusammenhänge ab wie andere bekannte Modelle. Wirkmechanismen rund um gestiegene körperliche Aktivierung weisen

Parallelen zu gesundheitspsychologischen Modellen auf (z. B. *theory of reasoned action*, Fishbein & Ajzen, 2009). Die Aspekte, die zu Beruhigung führen, ähneln teilweise Wirkfaktoren anderer gängiger Entspannungsverfahren wie etwa MBSR (Kabat-Zinn, 2003): Gegenwartsfokus und das Richten der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, das gegenwärtige Tun oder Aspekte der Umgebung sind in beiden Settings wirksam. Die Faktoren Bewegung, aktives Tun und ein symbolischer Charakter des Erlebten, die in unserer Stichprobe zur Bearbeitung innerer Anspannung und innerer Bilder führen, sind aus anderen, bewegungs- und körperorientierten Therapiemethoden, z. B. Psychodrama oder Tanztherapie, bekannt. Die abgebildeten Mechanismen sind höchstwahrscheinlich unvollständig und stellen lediglich einen ersten Versuch da, wichtige Faktoren in der ET zu isolieren und Kausalmechanismen zu entdecken. Eine Standardisierung der vorgeschlagenen Variablen, eine sorgfältige Suche nach weiteren Wirkfaktoren und Moderatoren sowie eine experimentelle Hypothesentestung wären nötig, um endgültige Aussagen bezüglich der dargestellten Wirkmechanismen treffen zu können.

Schwierigkeiten und Limitationen

Die vorliegende Studie weist mehrere Limitationen auf. Zunächst zeigen sich in der Befragung Definitionsschwierigkeiten rund um den Begriff Erlebnistherapie – trotz der Tatsache, dass ET an der ZfP seit langer Zeit in einem stabilen Rahmen abläuft. In vielen Berichten mischen sich ET-Angebote mit Episoden von geschickt gestalteten Freizeit- und anderen pädagogischen Angeboten (z. B. Schwimmbadbesuch, Sozialkompetenztraining-Projekte), Bewegungstherapie (Joggen) oder tiergestützte Therapie (Reiten). In vielen Fällen stolpern Befragten über die Bezeichnung (Erlebnispädagogik/-therapie) und äußern sich verwirrt darüber, ob ein Programmpunkt zu „Erlebnis gezählt hat“ (Benjamin, 18) – die Frage war aus der Interviewer-Perspektive nicht immer zu klären. Es gab weiterhin relativ große Unterschiede zwischen den verschiedenen Stationen hinsichtlich der Qualifikation und Erfahrung des anleitenden Personals, der zur Verfügung stehenden Aktionen und des Grades der Freiwilligkeit und Eigeninitiative der Teilnehmenden. Einerseits ist diese Heterogenität in den Daten lebensnah: ET ist keine eng definierte Intervention mit Kassenfinanzierung und Standardprotokollen und soll flexibel auf örtliche Gegebenheiten zugeschnitten werden. Andererseits stellt sie eine Limitation da, da eine zu breite Definition des Untersuchungsobjekts das Treffen valider Aussagen erschwert.

Zweitens ergibt sich daraus eine Limitation, dass die Daten ausschließlich aus Patient*inneninterviews bestehen. Laut dem ursprünglichen Forschungsplan war eine

Triangulation vorgesehen, wobei neben den Interviews auch Diagnosen, Endberichte und Dokumentationen von ET-Stunden in die Datenanalyse mit einzubeziehen gewesen wären. Dies war leider aus praktischen Gründen nicht möglich: Die nötigen Vorsichtsmaßnahmen, um sensitive, gesundheitsbezogene persönliche Daten auswerten zu können, waren im Rahmen einer Masterarbeit nicht zu gewährleisten. Ohne diese Daten kann zwar das Ziel der Exploration der Patient*innenperspektive als erfüllt angesehen werden, die Validität der Schlussfolgerungen bleibt aber durch mögliche Selbstdarstellungsbias und die Grenzen der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion der Befragten begrenzt.

Drittens ist zu beachten, dass die Interviews und die Datenanalyse von derselben Person durchgeführt wurden. Höchstwahrscheinlich flossen trotz größter Sorgfalt Vorannahmen und subjektive Beurteilungen in die Befragung und Analyse ein. Darüber hinaus stand, obwohl die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse explizit eine Überprüfung des Kategoriensystems durch eine/n zweite/n Rater*in vorsieht, keine zweite Person für die Analyse zur Verfügung. Dadurch ist die Objektivität der Ergebnisse gemindert.

Viertens ist die Rücklaufquote der Studie unbekannt. Die Kommunikationskette zwischen Station, Studienkoordination und Rekrutierung war zu lang, um genau festzuhalten, wie viele Patient*innen in dem Untersuchungszeitraum stationär behandelt wurden, wie viele davon über die Studie aufgeklärt wurden und wie viele schließlich zusagten. Eine niedrige Rücklaufquote macht einen Bias (z. B. Nonresponse-Bias oder Voluntary-response-Bias) wahrscheinlicher (Bortz, J. & Döring, 2007). Es ist gut vorstellbar, dass die elf befragten Personen überdurchschnittlich zufrieden mit ET sind oder eine überdurchschnittlich erfolgreiche Behandlung hinter sich haben. Dagegen spricht, dass die Befragten auch viele Kritikpunkte nannten und es auch allgemein SkeptikerInnen unter ihnen gab. Um dies besser beurteilen zu können, wären objektive Daten über die Befragten sowie über die Gesamtpopulation hilfreich gewesen.

Schließlich kann als eine Limitation der Arbeit die gewählte Ausrichtung der qualitativen Exploration selbst gesehen werden. Die Stichprobengröße wurde anhand des Prinzips der Saturation bestimmt und zielt nicht auf Repräsentativität ab. Aussagen können daher nicht auf die Grundgesamtheit von jungen Menschen in psychiatrischer Behandlung generalisiert werden. Wegen der kleinen Stichprobe sind die dargestellte Frequenzanalysen nur als grobe Orientierungswerte interpretierbar. Um generalisierbare Ergebnisse zu liefern und kasuistische

Aussagen tätigen zu können, wäre weitere Forschung mit größeren Stichproben, standardisierten Erhebungen und bestenfalls experimentellen Methoden notwendig.

Empfehlungen für zukünftige Forschung

Anhand der vorliegenden Befunde scheinen einige Outcomes, Wirkfaktoren und Wirkmechanismen für zukünftige Forschung besonders beachtenswert. Obwohl Therapieergebnisse in der ET relativ gut belegt sind, stellt eine Zunahme der alltäglichen sportlichen Aktivität unseres Wissens eine unbeforschte Outcome-Kategorie dar. Alltägliche Bewegung ist ein wichtiges Gesundheitsverhalten, bringt eine Erhöhung der Lebensqualität mit sich und hat das Potential, eine klinisch relevante Symptomverbesserung anzustoßen oder aufrechtzuerhalten (Peacock et al., 2007; Saxena et al., 2005). Daher wäre es wichtig zu untersuchen, ob diese positive Wirkung der ET auch statistisch, womöglich experimentell nachweisbar ist. Weiterhin wäre zu klären, welche programmspezifischen Faktoren die Zunahme anstoßen, und inwieweit diese Veränderung auch langfristig erhalten bleibt.

Erfolgserlebnisse scheinen der vorliegenden Exploration zufolge für mehrere Veränderungsmechanismen ausschlaggebend zu sein: Sowohl für die Erhöhung der Selbstwirksamkeit als auch für die Bearbeitung von Ängsten, inneren Bildern und Spannungen ist ein Erfolg wichtig. Neben einer statistischen Untersuchung dieser Zusammenhänge wäre es sowohl für die Theoriebildung als auch für die Praxis enorm wichtig, genau festzulegen, unter welchen Bedingungen Erfolgserlebnisse entstehen und was von Organisations- und/oder Therapeut*innenseite getan werden kann, um solche Erlebnisse für möglichst viele zu ermöglichen.

Anhand der Berichte in dieser Studie lässt sich darüber hinaus eine hohe klinische Relevanz von spontanem Transfer und „Aha-Erlebnissen“ in der ET vermuten. Zu welchem Ausmaß diese Phänomene zur Verbesserung der klinischen Symptomatik beitragen, bleibt noch zu untersuchen. Es wäre wichtig, diese Wirkmechanismen genauer unter die Lupe zu nehmen, um zu erfassen, unter welchen Bedingungen und bei welchen Klient*innen solche transformativen „Aha-Erlebnisse“ in der ET entstehen sowie welche therapeutischen Techniken den Klient*innen zu solchen Durchbrüchen verhelfen können. Diese Fragen zu beantworten und die Mechanismen genau und explizit zu beschreiben, könnte sowohl in der Programmgestaltung als auch in der Weiterbildung von Erlebnistherapeut*innen eine Hilfestellung sein.

Fazit

Ziel dieser Masterarbeit war es, den erlebnistherapeutischen Prozess in einem stationären psychiatrischen Setting unter die Lupe zu nehmen, um Wirkfaktoren und zugrundeliegende Mechanismen aufzudecken. Ein weiteres Ziel war, die Teilnehmerperspektive zu erkunden, um auch bisher unerforschte Aspekte, unbeabsichtigte Prozesse oder unerwartete Therapieergebnisse freilegen zu können. Die befragten elf Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Alter 15-20 Jahre) befanden sich aufgrund äußerst diverser Störungsbilder und Lebenserfahrungen in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die mit einbezogenen Abenteuermaßnahmen waren ebenfalls vielfältig hinsichtlich ihrer Dauer, ihres Settings (Einzel-, Mehrpersonen- oder Gruppensetting), und der eingesetzten Medium (Höhe, Wasser, Kooperationsaufgaben usw.). Dadurch war es möglich, Berichte von einem breiten Spektrum persönlicher Erfahrungen mit ET zu sammeln, anhand deren die Forschungsfragen bearbeitet werden konnten. Um der Vielfalt persönlicher Erfahrungen Raum zu geben, aber gleichzeitig theoretisch relevante Aspekte abzudecken, wurde eine qualitative Methodik gewählt: Es wurden halbstrukturierte Interviews anhand eines theoriegestützten Leitfadens durchgeführt und anschließend durch die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet.

Zunächst wurde eine allgemeine Beschreibung des Therapieprozesses aus Klient*innensicht unternommen. Im Einklang mit den theoretischen Vorannahmen und der deklarierten Herangehensweise des Ansatzes lässt sich die ET-Erfahrung in folgenden Kategorien zusammenfassen: das „Rausgehen“ und die Bewegung, eine aktive und erfolgreiche Auseinandersetzung mit Herausforderungen, die Freude an der ET-Stunde, Grenz- und Gruppenerfahrung, eine unterstützende, motivierende, sicherheitsgebende Anleitung sowie Stressreduzierung. Als kontroverseste Kategorie in der ET-Erfahrung erwies sich, ob die Patient*innen eine Verbindung zwischen der ET und ihrer Problematik bzw. ihrem Alltagsleben sehen oder nicht. Diejenigen, die diese Brücke schlagen konnten, zeigten sich mit der ET-Erfahrung viel zufriedener als diejenigen, die keine direkte Verbindung sahen. Für sie waren Reflexion, aufgezeigte Isomorphie oder metaphorisches Framing der Aktivitäten eher unstimmig. Therapeutische Bemühungen wie Reflexionsgespräche oder personalisierte Aktivitätsangebote wurden ebenfalls kontrovers angenommen und überwiegend als nur bedingt hilfreich beurteilt.

Anschließend wurden Therapieoutcomes identifiziert, die die Befragten ET zuschrieben. Outcome-Kategorien wurden in der Analyse störungsübergreifend definiert, die subjektive Bedeutung und relative Wichtigkeit der einzelnen Outcomes ist allerdings von individuellen Störungsbildern und Therapiezielen geprägt. Als unmittelbare Wirkung der ET-Stunde zeigte sich vor allem ein entspannender Effekt. Längerfristig gesehen zeigt sich, im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen post-treatment ein Zuwachs der Selbstwirksamkeit als das wichtigste Ergebnis der ET. Diese Selbstwirksamkeit ist einerseits direkt auf die unternommenen sportlichen Aktivitäten bezogen, andererseits bekommt sie einen eindeutig generalisierten Charakter und zeigt in die Richtung nachhaltiger Persönlichkeitsveränderung. Zweitens kamen die meisten Befragten zur Überzeugung (oder wurden darin bestärkt), dass körperliche Aktivität wichtig sei und guttue. Zum Zeitpunkt des Interviews setzten mehrere dies auch um und bewegten sich regelmäßiger – diese körperliche Aktivierung post-treatment ist eine bis jetzt wenig erforschte Wirkung der ET. Drittens wurde eine Auseinandersetzung mit persönlichen Grenzen berichtet, wodurch mehr Akzeptanz für diese und Offenheit für Neues entstehe. Viertens war für die Befragten das Zustandekommen von „spontanem Transfer“ subjektiv sehr bedeutsam, wobei von transformativen Aha-Erlebnissen oder intuitiven Parallelen zwischen der ET-Aktivität und der Lebensrealität der Patient*innen berichtet wird. Schließlich nannten viele als ein wichtiges Therapieergebnis, Ziele-Setzen als Alltagstrategie infolge der ET besser anwenden zu können.

Im nächsten Analyseschritt wurden Aspekte des Prozesses identifiziert, die subjektiv zu Veränderung beitragen. Die Wirkfaktoren sind theoriekonform, die Gewichtung dieser Faktoren weicht aber einigermaßen von der Theorie ab und spiegelt die Gegebenheiten des untersuchten Settings wider. Dementsprechend stellt sich als wichtigster Aspekt das *aktive, körperliche Engagement* heraus. Ein *Erfolgserlebnis* ist der zweitwichtigste genannte Wirkfaktor, gefolgt von *Rauskommen* und *Ziele setzen*. Das Miteinander in der Gruppe war kontrovers, wurde aber überwiegend doch als hilfreich wahrgenommen. Die Beziehungen mit anleitenden Personen wurden mal als positiv, mal als ambivalent oder negativ wahrgenommen.

Schließlich wurden plausible Kausalbeziehungen zwischen Aspekten und Outcomes aus den Berichten deduziert. Im untersuchten Kontext kommt es zu vielfältigen Interaktionen zwischen den ET-Prozessen und anderen Behandlungsprozessen. Es erschiene gewagt, zu sagen, dass die oben berichteten Langzeit-Effekte ausschließlich auf die Teilnahme an ET zurückzuführen sind. Die ebenfalls beschriebenen Kausalbeziehungen zwischen Aspekten und

Outcomes der ET machen aber die Schlussfolgerung plausibel, dass ET einen äußerst bedeutsamen Beitrag zu diesen Therapieoutcomes leistete. Der Ablauf der Gesamtbehandlung wird darüber hinaus durch ET positiv beeinflusst: ET ermöglicht neuen Patient*innen ein schnelles Ankommen in der Gruppe, sorgt allgemein für eine bessere Gruppendynamik und für Abwechslung in der Behandlung.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Exploration, die spätere systematische Hypothesentestung ermöglichen soll. Inwieweit die Ergebnisse auf die Gesamtheit der Population der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychiatrischer Behandlung generalisierbar sind und in welchem Ausmaß ähnliche Prozesse und Outcomes bei anderen stationären ET-Programmen vorhanden sind, bleibt zu untersuchen. Die Studienergebnisse werfen einige interessante Fragen auf. Inwieweit eine Zunahme der körperlichen Aktivität auch in anderen Stichproben nachweisbar ist und ob der Effekt auch langfristig anhält, bleibt noch zu untersuchen. Ein Zusammenhang zwischen einem Erfolgserlebnis in der ET und positiven Behandlungsergebnissen sollte ebenfalls statistisch überprüft werden. Eine genaue Definition und Operationalisierung von „Erfolg“ sowie das Festlegen von Voraussetzungen für Erfolgserlebnissen wäre sowohl für die Theorie als auch für die Praxis von Bedeutung. Ebenso interessant für die Praxis wäre es, Voraussetzungen und klinische Relevanz von spontanem Transfer und „Aha-Erlebnissen“ im ET-Kontext zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1992). *Self Efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 51, 1–26.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs.
- Barton, J., Wood, C., Pretty, J., & Rogerson, M. (2016). Green exercise for health: A dose of nature. In J Barton, R. Bragg, C. Wood, & J. Pretty (Eds.), *Green Exercise Linking Nature, Health and Well-Being* (pp. 26–36). Taylor & Francis. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315750941-9>
- Bedard, R. M., Rosen, L., & Vacha-Haase, T. (2003). Wilderness therapy programs for juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Therapeutic Wilderness Camping*, 3(1), 7–13.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. Pearson Deutschland GmbH.

- Bettmann, J. E., Demong, E., & Jaspersen, R. A. (2007). Treating adolescents with adoption and attachment issues in wilderness therapy settings. *Journal of Therapeutic Schools & Programs*, 3(1), 116–137. <https://doi.org/10.19157/JTSP.issue.03.01.05>
- Bettmann, J. E., Russell, K. C., & Parry, K. J. (2013). How Substance Abuse Recovery Skills, Readiness to Change and Symptom Reduction Impact Change Processes in Wilderness Therapy Participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1039–1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9665-2>
- Boll-Klatt, A., & Kohrs, M. (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Kohlhammer Verlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (2007). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Springer-Verlag.
- Bowen, D. J., & Neill, J. T. (2014). A meta-analysis of adventure therapy outcomes and moderators. *The Open Psychology Journal*, 6(1), 28–53. <https://doi.org/10.2174/1874350120130802001>
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J., & Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1–11. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Burlingame, G., Wells, A., Lambert, M., & Cox, J. (2004). Youth Outcome Questionnaire: Updated psychometric properties. In M. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3rd ed., pp. 235–274). Lawrence Erlbaum Associates.
- Carpenter, C., & Pryor, A. (2021). Adventure therapy. In N. J. Harper & W. W. Dobud (Eds.), *Outdoor Therapies: An Introduction to Practices, Possibilities, and Critical Perspectives* (pp. 78–92). Routledge.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Das Geheimnis des Glücks*. Klett–Cotta.
- Deutscher Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik, F. E. (2020). *Selbstverständnis Erlebnistherapie*. https://www.bundesverband-erlebnispaedagogik.de/fileadmin/user_upload/be-ep.de/Dateien/Pdf/Downloads/20-05-26_be_selbstverstaendnis_erlebnistherapie.pdf
- Dobud, W. W., Cavanaugh, D. L., & Harper, N. J. (2020). Adventure therapy and routine outcome monitoring of treatment: The time is now. *Journal of Experiential Education*, 43(3), 262–

276. <https://doi.org/10.1177/1053825920911958>

- Dobud, W. W., & Harper, N. J. (2018). Of Dodo birds and common factors: A scoping review of direct comparison trials in adventure therapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 31*, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.005>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription und Analys: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8th ed.). Dr. Dresing & Pehl GmbH.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Ewert, A. W. (1983). *Outdoor adventure and self-concept: A research analysis*. University of Oregon.
- Ewert, A. W. (1987). Research in experiential education: An overview. *Journal of Experiential Education, 10*, 4–7.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2009). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fleischer, C., Doeblner, P., Bürkner, P., & Holling, H. (2017). *Adventure therapy effects on self-concept – A meta-analysis*. 1–53. <https://doi.org/10.31234/osf.io/c7y9a>
- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L. T., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V., & Fernee, C. R. (2019). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: a mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth, 24*(3), 282–296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Gabrielsen, L. E., Fernee, C. R., Aasen, G. O., & Eskedal, L. T. (2016). Why randomized trials are challenging within adventure therapy research. *Journal of Experiential Education, 39*(1), 5–14. <http://10.0.4.153/1053825915607535>
- Gass, M. A. (1995). *Book of metaphors*. Kendall Hunt Publishing.
- Gass, M. A., Gillis, H. L. L., & Russell, K. C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. Routledge.
- Gelo, O. C. G., & Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 247–279). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Gill, E., Goldenberg, M., Starnes, H., & Phelan, S. (2016). Outdoor adventure therapy to increase physical activity in young adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 34*(3),

- 184–199. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1157718>
- Gillis, H. L., & Gass, M. A. (2010). Treating juveniles in a sex offender program using adventure-based programming: A matched group design. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(1), 20–34. <https://doi.org/10.1080/10538710903485583>
- Gillis, Harold L., Speelman, E., Linville, N., Bailey, E., Kalle, A., Oglesbee, N., Sandlin, J., Thompson, L., & Jensen, J. (2016). Meta-analysis of Treatment Outcomes Measured by the Y-OQ and Y-OQ-SR Comparing Wilderness and Non-wilderness Treatment Programs. *Child and Youth Care Forum, 45*(6), 851–863. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9360-3>
- Gillis, L. H., & Speelman, E. (2008). Are Challenge (Ropes) Courses an Effective Tool? A Meta-Analysis. *Journal of Experiential Education, 31*(2), 111–135. <https://doi.org/10.5193/jee.31.2.111>
- Gilsdorf, R. (2004). *Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze*. EHP.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (2nd ed.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hans, T. A. (2000). A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 30*(1), 33–60. <https://doi.org/10.1023/A:1003649031834>
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In O. C. G. Gelo, S. Manzo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 183–194). Springer-Verlag.
- Harper, N., & Dobud, W. (2020). *Outdoor therapies: An introduction to practices, possibilities, and critical perspectives*. Routledge.
- Hoyer, S. (2012). Nature's role in adventure therapy: Action, assessment, awareness. In M. A. Gass, H. L. Gillis, & K. C. Russell (Eds.), *Adventure therapy: Theory, practice, research* (pp. 95–109). Routledge.
- Jackson, A. (2016). *Childhood neglect: Beyond trauma theory - mechanisms of harm and hope for recovery*. Conference poster.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice* (Hypnotic

- Techniques*). University of Chicago Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73–107.
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182. [https://doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2)
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kimball, R. O., & Bacon, S. B. (1993). The wilderness challenge model. In M. A. Gass (Ed.), *Adventure Therapy: Therapeutic applications of adventure programming* (pp. 11–41). Kendall Hunt Publishing.
- Klein-Isberner, T., & Wenzel, K. (2017). Angewandte Erlebnistherapie als komplementäre Behandlung bei Sucht- und Psychosomatikpatienten in der Fontane-Klinik. In K. Mehl (Ed.), *Erfahrungsorientierte Therapie* (pp. 139–147). Springer-Verlag.
- Kraft, R. J. (1999). Experiential learning. In C. J. Miles & S. Priest (Eds.), *Adventure education* (pp. 181–186). Venture Publishing.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung* (2nd ed.). Beltz Juventa.
- Lakemann, U. (2017). Die Wurzeln erfahrungsorientierter Therapie (EOT): Stand der internationalen Forschung. In K Mehl (Ed.), *Erfahrungsorientierte Therapie* (pp. 71-110). Springer. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-54544-7_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54544-7_3)
- Lorri, H. (2012). A psychotherapeutic foundation for adventure therapy. In M. A. Gass, H. L. Gillis, & K. C. Russell (Eds.), *Adventure therapy: Theory, practice, research* (pp. 49–67). Routledge.
- Lung, M. (2012). Practicing adventure therapy. In M. A. Gass, H. L. L. Gillis, & K. C. Russell (Eds.), *Adventure therapy: Theory, practice, research* (pp. 155–180). Routledge.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12th ed.). Beltz Verlag.
- McKenzie, M. D. (2000). How are adventure education program outcomes achieved?: A review

- of the literature. *Journal of Outdoor and Environmental Education*, 5(1), 19–27. <https://doi.org/10.1007/bf03400637>
- Mehl, Kilian, & Wolf, M. (2008). Erfahrungsorientiertes Lernen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(1), 35–42. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0569-3>
- Merkle, J. (2014). *Flow in der Erlebnistherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Universität Ulm.
- Nadler, R. S. (1993). Therapeutic process of change. In M. A. Gass (Ed.), *Adventure therapy: Theory, practice, research* (pp. 57–69). Krndall/Hunt Publicher Company.
- Neill, J. T. (2008a). *Enhancing life effectiveness: The impacts of outdoor education programs*. Universitz of West Sydney.
- Neill, J. T. (2008b). *The Outward Bound process model adapted from Walsh and Golins (1976)*. Walsh, V., & Golins, G. L. (1976). *The exploration of the Outward Bound process*. Unpublished manuscript, Colorado Outward Bound School, Denver, CO. <https://doi.org/CC> License
- Norton, C. L. (2010). Exploring the process of a therapeutic wilderness experience: Key components in the treatment of adolescent depression and psychosocial development. *Journal of Therapeutic Schools & Programs*, 4, 24–46.
- Norton, C. L., Tucker, A., Farnham-Stratton, M., Borroel, F., & Pelletier, A. (2019). Family enrichment adventure therapy: A mixed methods study examining the impact of trauma-informed adventure therapy on children and families affected by abuse. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(1), 85–95. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0133-4>
- Norton, C. L., Tucker, A., Russell, K. C., Bettmann, J. E., Gass, M. A., Gillis, H. L. L., & Behrens, E. (2014). Adventure therapy with youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46–59. <https://doi.org/10.1177/1053825913518895>
- Ohly, H., White, M. P., Wheeler, B. W., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Nikolaou, V., & Garside, R. (2016). Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 19(7), 305–343. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1196155>
- Peacock, J., Hine, R., & Pretty, J. (2007). The mental health benefits of green exercise activities and green care. *Mind Week Report, February*, 1–18.
- Pryor, A., Pryor, R., & Carpenter, C. (2018). *A formative evaluation of the Gippsland Wilderness*

- Program March 2018* (Issue March). <https://learning.berrystreet.org.au/resources/formative-evaluation-gippsland-wilderness-program>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1.
- Russell, K. C. (2008). Adolescent substance-use treatment: Service delivery, research on effectiveness, and emerging treatment alternatives. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 2(2–4), 68–96. <https://doi.org/10.1080/15560350802081264>
- Russell, K. C., & Farnum, J. (2004). A concurrent model of the wilderness therapy process. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*, 4(1), 39–55. <https://doi.org/10.1080/14729670485200411>
- Russell, K. C., Gillis, H. L. L., & Kivlighan, D. M. (2017). Process factors explaining psychosocial outcomes in adventure therapy. *Psychotherapy*, 54(3), 273–280. <https://doi.org/10.1037/pst0000131>
- Russell, K. C., & Phillips-Miller, D. (2002). Perspectives on the wilderness therapy process and its relation to outcome. *Child and Youth Care Forum*, 31(6), 415–437. <https://doi.org/10.1023/A:1021110417119>
- Russell, K., & Gillis, H. L. (2017). The adventure therapy experience scale: The psychometric properties of a scale to measure the unique factors moderating an adventure therapy experience. *Journal of Experiential Education*, 40(2), 135–152. <https://doi.org/10.1177/1053825917690541>
- Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K. C., & Armstrong, T. P. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445–451. <https://doi.org/10.1080/09638230500270776>
- Schag, T. (2009). “Clean-kicks”: *Erlebniszentrierte Maßnahmen in der Suchttherapie mit Jugendlichen*. VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG.
- Schwiersch, M. (1995). Wirkt Erlebnispädagogik? Wirkfaktoren und Wirkmodelle in der Erlebnispädagogik. In H. Kölsch (Ed.), *Wege moderner Erlebnispädagogik*. Sandmann Verlag.
- Tucker, A. R., Zelov, R., & Young, M. (2011). Four years along: Emerging traits of programs in the NATSAP Practice Research Network (PRN). *Journal of Therapeutic Schools & Programs*, 5, 10–28.

- Tucker, A., Javorski, S., Tracy, J., & Beale, B. (2013). The Use of Adventure Therapy in Community-Based Mental Health: Decreases in Problem Severity Among Youth Clients. *Child & Youth Care Forum, 42*(2), 155–179. <http://10.0.3.239/s10566-012-9190-x>
- Walsh, V., & Golins, G. (1976). *The exploration of the Outward Bound process*.
- Wasserburger, K. (2012). Foundations of adventure therapy. In M. A. Gass, H. L. Gillis, & K. C. Russell (Eds.), *Adventure therapy: Theory, practice, research* (pp. 69–92). Routledge.
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning, 23*(1), 1–12.
- Witman, J. P. (1989). *Outcomes of adventure program participation by adolescents involved in psychiatric treatment*. Boston University.
- Zelov, R., Tucker, A. R., & Javorski, S. E. (2013). A new phase for the NATSAP PRN: Post-discharge reporting and transition to networkwide utilization of the Y-OQ 2.0. *Journal of Therapeutic Schools and Programs, 1*(6), 7–19. <https://doi.org/10.19157/jtsp.issue.06.01.01>

Anhang A

Anlage 1: Leitfragen

1. Physical experiential adventure
 - a. Allgemein
 - i. Wie wurde die Aktivität wahrgenommen?
 - ii. Wie lässt sich die Aktivität beschreiben? Wo hat wer was gemacht?
 - iii. Wie ging es dem TN körperlich und psychisch vor, während und nach der ET-Stunde?
 - iv. Welche Aspekte beeinflussen seinen Zustand?
 - b. Ungleichgewichtsmodelle; Flow
 - i. Wie und wann ist Herausforderung, Überforderung, Unterforderung und Flow aufgetreten? Wie hat sie auf den TN gewirkt?
 - c. Erfahrungslernen
 - i. Welche Lernerfahrungen konnte der TN in ET machen?
 - ii. Durch welche Mechanismen sind die Lernerfahrungen entstanden?
 - iii. Von welchem Aspekt der Therapie wurden die Lernerfahrungen angestoßen? Unter welchen Umständen?
 - iv. Wie werden diese Lernerfahrungen bewertet? Kognitiv, emotional?
 - v. Welche Vorerfahrungen/persönlichen Einstellungen spielten eine Rolle?
 - vi. Wie konnte das Lernergebnis außerhalb der ET umgesetzt werden?
 - d. Persönlichkeitsveränderung durch Abenteuer
 - i. Wie waren die Einstellungen des TN gegenüber den eigenen Fähigkeiten? Haben sich diese geändert?
 - ii. Wie wurde die eigene Leistung wahrgenommen? Ist eine (subjektiv) gute Leistung zustande gekommen? Wodurch? Warum (nicht)?
 - iii. Wie fühlt er/sie sich bezüglich der Ergebnisse?
 - iv. Inwieweit hat die Erfahrung sein/ihr Selbstbild verändert? Wie hat sie es verändert? Durch welche Aspekte der Therapie?
 - e. Körperliche Aspekte
 - i. Welche Rolle hat die Körperlichkeit der Aktivität in der Erfahrung gespielt?
 - ii. Wie wurden der eigenen Körper und eigene körperliche Fähigkeiten wahrgenommen?
 - iii. Hat sich diese Einstellung/Wahrnehmung geändert?
2. Therapeutischer Rahmen, soziale Aspekte
 - a. Allgemein
 - i. Inwieweit hat sich der TN sicher gefühlt? Psychisch? Körperlich? Wodurch (nicht)?
 - b. Therapeutische Beziehung

- i. Wie wurde der/die TherapeutIn wahrgenommen?
 - ii. Wie lässt sich seine/ihre Rolle beschreiben? In welchen Situationen führt er mit welchem Ziel welche Handlungen durch? Wie effektiv ist er/sie in der Erreichung dieser Ziele?
 - iii. Wie beeinflussen ihre/seine Handlungen den TN?
 - iv. Wie ist die Beziehung zwischen TherapeutIn und TN? Grad des Vertrauens/Intimität/Respekt/Hierarchie (niedrig/hoch)? Wie hat sich diese Beziehung entwickelt?
 - v. Wie hat diese Beziehung dem TN geholfen? Was hat es für ihn/ihr ermöglicht?
 - c. Beziehungen in der Gruppe
 - i. Wie wurde die Gruppe wahrgenommen?
 - ii. Wie fühlt es sich für den TN an, in dieser Gruppe Zeit zu verbringen?
 - iii. Was waren die impliziten Normen bezügl. des Umgangs miteinander und mit dem Therapeuten? Wie waren die Einstellungen der Aktivität gegenüber? Wie schlugen sich diese konkret nieder (in Handlungen)?
 - iv. Wie hoch ist die Gruppenkohäsion? Woran lässt sich diese ablesen (Handlungen in der Gruppe; Einstellung der TN der Gruppe gegenüber)?
 - v. Was hat der TN in dieser Gruppe gelernt? Sozialkompetenzen? Beziehungsmuster? Verhaltensmuster?
 - vi. Hat er/sie etwas über sich selbst erfahren? (Z. B. bezügl. seiner Rolle/seiner Persönlichkeit/des Effekts seiner Handlungen auf andere)
 - d. Programmgestaltung, Transfer
 - i. Welche der angebotenen Aktivitäten waren geeignet, den TN in der Bearbeitung seiner Problematik zu unterstützen? Wodurch? Welche nicht?
 - ii. Inwieweit ist ein Transfer passiert? Wie, wodurch, oder warum nicht? Mit welchem Inhalt?
 - iii. Wie zeigen sich eventuelle Veränderungen (durch ET) in seinem jetzigen Alltag?
 - iv. Was hat er von der Reflexion noch in Erinnerung? Wie fand er die Reflexion? Kam er durch die Reflexion zu Erkenntnissen?
 - e. Metaphern, Symbolarbeit, Übergangsrituale
 - i. Welche Rolle spielten Metapher oder Symbole in der Erfahrung?
 - f. Diagnostischer Einsatz der ET
 - i. Welche Erkenntnisse konnte der TN über die eigene Krankheit gewinnen?
3. Natur
- i. Wie wurde der Effekt der natürlichen Umgebung wahrgenommen?
 - ii. Wie ist die Beziehung des TN zu Natur? Hat sich diese Beziehung durch ET verändert?
 - iii. Wie wird die Psyche durch die Zeit in der und die Interaktion mit der

Natur beeinflusst?

4. Multielement-Modelle

- i. Welche Kausalketten / Wechselwirkungen zwischen Aspekten der Therapie und Schritten der Veränderung lassen sich feststellen?
- ii. Was waren die subjektiv wichtigsten Aspekte der Erfahrung?

5. Behandlungskontext

- i. Wie war die Wechselwirkung zwischen ET und der restlichen Behandlung?
- ii. Hat ET den TN in der restlichen Behandlung beeinflusst?
- iii. Wurden therapeutische Fortschritte durch ET verursacht? Bestärkt? Neu kontextualisiert?

Anlage 2: Leitfaden

(Legende: ET=Erlebnistherapie)

- Warm-up-Frage
 - Wie bist du dazu gekommen, überhaupt ET zu machen?
- Allgemein
 - Ich frage dich einfach mal so ganz allgemein: Wie war deine ET? Du kannst mir alles erzählen, was dir in den Sinn kommt.
 - Erzähl mir bitte, was du im Rahmen deiner ET alles gemacht hast.
 - Einzelne auf Aktionen eingehen
 - Was hat dir am meisten Spaß gemacht? Warum? Was war nicht so „deins“?
- TherapeutIn
 - Deine Beobachtungen: Was macht ein Erlebnistherapeut? Was ist sein Job?
 - Womit kann er/sie dir helfen? (OdeI: was hättest du dir gewünscht?)
- Gruppe (wenn relevant)
 - Wie war es für dich, in dieser Gruppe ET zu machen?
- Therapeutischer Rahmen
 - Habt ihr nach oder während der Aktion reflektiert, also geredet? Worüber ging es in diesen Gesprächen?
 - Was haben dir diese Runden gebracht? (Sind dir Aussagen in Erinnerung geblieben?)
 - Was ist für dich der Unterschied zwischen Sport X/Y in deiner Freizeit und Sport X/Y in der Therapie? (Was war daran Therapie?)
- Lerneffekt
 - Was ist deine Erfolgsgeschichte in der ET?
 - Gab es Schlüsselmomente?
 - An welchen Problemen konntest du in der ET arbeiten? An welchen eher nicht?
 - Was kannst du (von den Ergebnissen) in deinem jetzigen Alltag gut einsetzen?
 - Konkrete Beispiele
 - Was ist dein Fazit à la “das nehme ich mit”?
- Kontext der Gesamtbehandlung
 - Wie ging es dir direkt nach der Stunde?
 - Stell' dir vor, du hättest genau dieselbe Behandlung mitgemacht, nur eben ohne ET. Was wäre anders gewesen?
- Zusammenfassung
 - Wie würdest du deine Gesamterfahrung bewerten? Warum? Was hättest du dir noch gewünscht?
 - Wem würdest du ET empfehlen?
 - Gibt es noch irgendetwas, was wichtig ist?

Anhang B

Anlage 3: Information für Sorgeberechtigte

ELTERNINFORMATION

“Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung”

Liebe Eltern oder Sorgeberechtigte,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Forschungsprojekt! Im Folgenden möchten wir Sie über die oben genannte Studie informieren, und Sie einladen, mit Ihrem Kind/Jugendliche teilzunehmen. Es handelt sich dabei um eine wissenschaftliche Studie, die die Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung mit erlebnistherapeutischen Maßnahmen untersucht.

WORUM GEHT ES?

Erlebnistherapie heißt, Abenteuer-Erfahrungen, wie zum Beispiel Kanufahrten, Klettern, Hochseilgartenbegehen oder Wanderungen gezielt für die Gesundheit der Teilnehmer zu nutzen. Sie beinhaltet psychische, körperliche und soziale Herausforderungen, die den Teilnehmern helfen, ihre Ressourcen zu aktivieren und an Selbstvertrauen zu gewinnen. Die Wirksamkeit dieser Art der Therapie ist wissenschaftlich erwiesen. Wir möchten noch besser verstehen, wie genau sie wirkt. Mit unserem Forschungsprojekt möchten wir daher Erkenntnisse darüber gewinnen, wie Erlebnistherapie aus der Perspektive der Teilnehmer erlebt wird und wie genau sie zu Veränderungen führt. Durch die Teilnahme Ihres Kindes können sie einen wichtigen Beitrag zum wissenschaftlichen Verständnis dieser Therapieart leisten. Langfristig soll das Projekt zu einer genaueren Indikation (Empfehlung für mögliche Patienten) und einem optimierten Einsatz der Erlebnistherapie im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich beitragen.

WER DARF TEILNEHMEN?

Alle Patient*innen, die während ihres Aufenthalts an der KJP Weissenau an mindestens einer erlebnistherapeutischen Maßnahme teilgenommen haben, kommen für die Studie in Frage.

WIE LÄUFT DIE STUDIENTEILNAHME AB?

Wir möchten Ihr Kind einladen, im Rahmen eines kurzen persönlichen oder telefonischen Gesprächs über seine Erfahrungen mit der Erlebnistherapie zu berichten. Sie werden zirka zwei Wochen nach der Entlassung Ihres Kindes auf die unten von Ihnen angegebene Weise durch die Studienleitung kontaktiert. Wir werden dann einen passenden Termin für das Gespräch mit Ihrem Kind finden und vereinbaren. Das Interview kann gemäß Ihrer Vorliebe und nach unseren Möglichkeiten entweder bei Ihnen zu Hause oder online/telefonisch durchgeführt werden. Die Befragung dauert maximal 30 Minuten.

WAS PASSIERT MIT DEN DATEN?

Während des Gesprächs wird eine Audio-Aufnahme angefertigt und gespeichert, um die Antworten später bei erneutem Hören der Aufnahme genau analysieren zu können. Alle Daten und Tonaufnahmen Ihres Kindes werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Für die Auswertung und Speicherung der Daten wird der Name Ihres Kindes durch ein Pseudonym ersetzt. Weitere Daten, die zur Identifizierung dienen könnten (Geburtsdatum, Kontaktdaten), werden gelöscht. Nach der Datenanalyse werden alle Daten außer dem Transkript gelöscht.

WAS IST DER NUTZEN FÜR MEIN KIND?

Das Gespräch wird in einer unterstützenden Atmosphäre stattfinden und bietet dem Kind eine zusätzliche Möglichkeit, über seine Erlebnisse in der Erlebnistherapie zu reflektieren. Dadurch könnte er/sie zu neuen Erkenntnissen über sich und seine Behandlung kommen. Darüber hinaus bedanken wir uns bei Ihrem Kind mit einem Amazon-Gutschein im Wert von 10 €.

WAS SIND DIE RISIKEN?

Einige Fragen sind möglicherweise schwierig zu beantworten, ansonsten sind keinerlei Probleme oder Risiken bekannt. Sollten während der Befragung trotzdem Risikofaktoren wie suizidale Äußerungen oder andere akute Belastungen auftreten, werden diese an die in der Klinik zuständige Chefarztin weitergeleitet und Ihrem Kind wird eine Notfallversorgung angeboten.

FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin studienbedingt erhobenen Daten/Proben Ihres Kindes gelöscht/vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf die weitere medizinische Behandlung bzw. Betreuung Ihres Kindes.

ERREICHBARKEIT DES STUDIENARZTES:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie sich jederzeit an folgende Ansprechpartner wenden:

Privatdozentin Dr.med. Isabel Böge, *Tel.: 0751 / 7601 27 89*, außerhalb von normalen Dienstzeiten Kontakt über den AVD (Arzt vom Dienst), *Tel.: 0 751/7601-0*.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Ihr Kind im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B. des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die Studienunterlagen nehmen. Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind. Die in diesem Projekt für die Datenverarbeitung verantwortliche Person ist:

Privatdozentin Dr.med. Isabel Böge (Kontaktdaten siehe oben)

Bei Fragen zur Nutzung oder Verarbeitung Ihrer Daten wenden Sie sich bitte an den/die Datenschutzbeauftragte/n des lokalen Studienzentrums:

Uniklinikum Ulm: Klinikumsverwaltung, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, Tel.: 0731 / 500-69290, E-Mail: dsb.ukl@uniklinik-ulm.de

Falls Sie Bedenken oder Beschwerden hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer Daten haben, wenden Sie sich bitte an die Datenschutz-Aufsichtsbehörde Ihres Studienzentrums: Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie auf der Internetseite des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg: <https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/dsb-online-melden/>

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie und Ihr Kind/Jugendlicher an der Befragung teilnehmen würden, damit wir unser breites Angebot auch weiterhin kritisch hinterfragen, verbessern und intensivieren können. Falls Sie mit der Teilnahme Ihres Kindes einverstanden sind, bitten wir Sie und Ihr Kind, die beigefügte Einverständniserklärung auszufüllen.

.....
Ort, Datum

.....
Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Anlage 4: Einwilligungserklärungsbogen für Sorgeberechtigte

Einwilligungserklärung für Eltern (Sorgeberechtigte)

Name der Studie: „Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung“

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziele des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir/uns
ausreichend erklärt. (Name
Mitarbeiter)

Ich/Wir hatte(n) zusätzliche Fragen:

.....
.....

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit, Fragen zu stellen, und habe(n) hierauf Antwort erhalten.
Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme meines/unseres Kindes am Projekt zu entscheiden.
Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe(n) ich/wir erhalten.
Ich/Wir willige(n) in die Teilnahme unseres Kindes an diesem Forschungsprojekt ein.

Sie dürfen uns für die Teilnahme folgendermaßen kontaktieren:

Telefonnummer:.....

E-Mail-Adresse:.....

Adresse:.....

.....

.....

.....
.....
(Name des Kindes) (Unterschrift des Vaters /
1.Sorgeberechtigter)

.....
.....
Ort, Datum (Unterschrift der Mutter /
2. Sorgeberechtigter)

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Ihr Kind erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten meines/unseres Kindes auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.
2. Außerdem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in die erhobenen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Wir haben verstanden, dass wir das Recht haben, Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die unser Kind betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Ich/Wir willige(n) in die oben beschriebene Verwendung der Daten ein.

.....
(Name des Kindes)

.....
Unterschrift des Vaters / 1. Sorgeberechtigter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Mutter / 2. Sorgeberechtigter

Anlage 5: Probandeninformation

PROBANDENINFORMATION

Wissenschaftliche Studie: “Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie an Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung”

Liebe(r) Teilnehmer(in),

wir freuen uns über Dein Interesse an unserem Forschungsprojekt und möchten Dich einladen, an unserer Studie teilzunehmen. Im Folgenden findest du die relevanten Informationen:

WORUM GEHT ES?

Erlebnistherapie heißt, durch abenteuerliche Aktivitäten wie zum Beispiel Wandern, Klettern am Fels oder im Hochseilgarten oder Bogenschießen sich und andere besser kennenzulernen und sich auszuprobieren. Viele Patienten an der KJP Wissenau machen Erlebnistherapie. Wir möchten herausfinden, wie das für Euch ist und wie die Erlebnistherapie Euch hilft. Durch Deine Teilnahme an dieser Studie kannst Du Wissenschaftlern und Therapeuten helfen, die Erlebnistherapie besser zu verstehen.

WER DARF TEILNEHMEN?

Alle, die zumindest einmal bei Erlebnistherapie mitgemacht haben, können an der Studie teilnehmen. Wir freuen uns über jeden, der mitmachen möchte.

WORUM BITTEN WIR DICH?

Wir möchten Dich dazu einladen, uns über Deine Erfahrungen in der Erlebnistherapie zu erzählen. Circa zwei Wochen nach Deiner Entlassung kontaktieren wir Deine Familie und fragen, ob Du noch Lust hast, mit uns zu sprechen. Wenn ja, können wir Dich anrufen oder besuchen. Das Gespräch dauert maximal 30 Minuten.

WAS PASSIERT MIT DEN DATEN?

Um uns die Arbeit leichter zu machen, wird das Gespräch aufgenommen. Die Tonaufnahme hört selbstverständlich kein anderer an – nur die Person, mit der du gesprochen hast.–Dein Name wird durch einen anderen ersetzt, damit keiner mehr weiß, mit wem wir gesprochen haben.

WARUM SOLLTE ICH DAS MACHEN?

Durch Deine Teilnahme kannst du anderen Kindern und Jugendlichen in Deiner Situation helfen, auch eine passende Behandlung zu bekommen.

WAS SIND DIE RISIKEN?

Manche der Fragen sind möglicherweise schwer zu beantworten, ansonsten sind keine Probleme oder Risiken bekannt. Falls Du nach Deiner Teilnahme Unterstützung brauchst, kannst Du Dich jederzeit an die Chefarztin wenden (Privatdozentin Dr. med. Isabel Böge, Tel.: 0751/7601-2789)!

FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Dein Einverständnis kannst Du jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle Daten über Dich gelöscht.

DANKESCHÖN

Vielen Dank im Voraus für deine Unterstützung! Darüber hinaus möchten wir uns bei Dir mit einem Amazon-Gutschein im Wert von 10 € bedanken.

Anlage 6: Einwilligungserklärung für Probanden

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG – TEILNEHMER

Name der Studie:

„Wie wirkt Erlebnistherapie? Eine qualitative Nachbefragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung“

Ich habe verstanden, was im Projekt passieren soll. Ich werde drei Monate nach meiner Entlassung kontaktiert und befragt, wie die Erlebnistherapie für mich war und was sie mir gebracht hat.

Ich hatte zusätzlich die Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden. Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Patienten)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Patienten)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Dich erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten / Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.

Außerdem erkläre(n) ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Mitarbeiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg (Weissenau), welche im BeZuHG Team mitarbeiten, sowie der Universität Ulm) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Patienten)

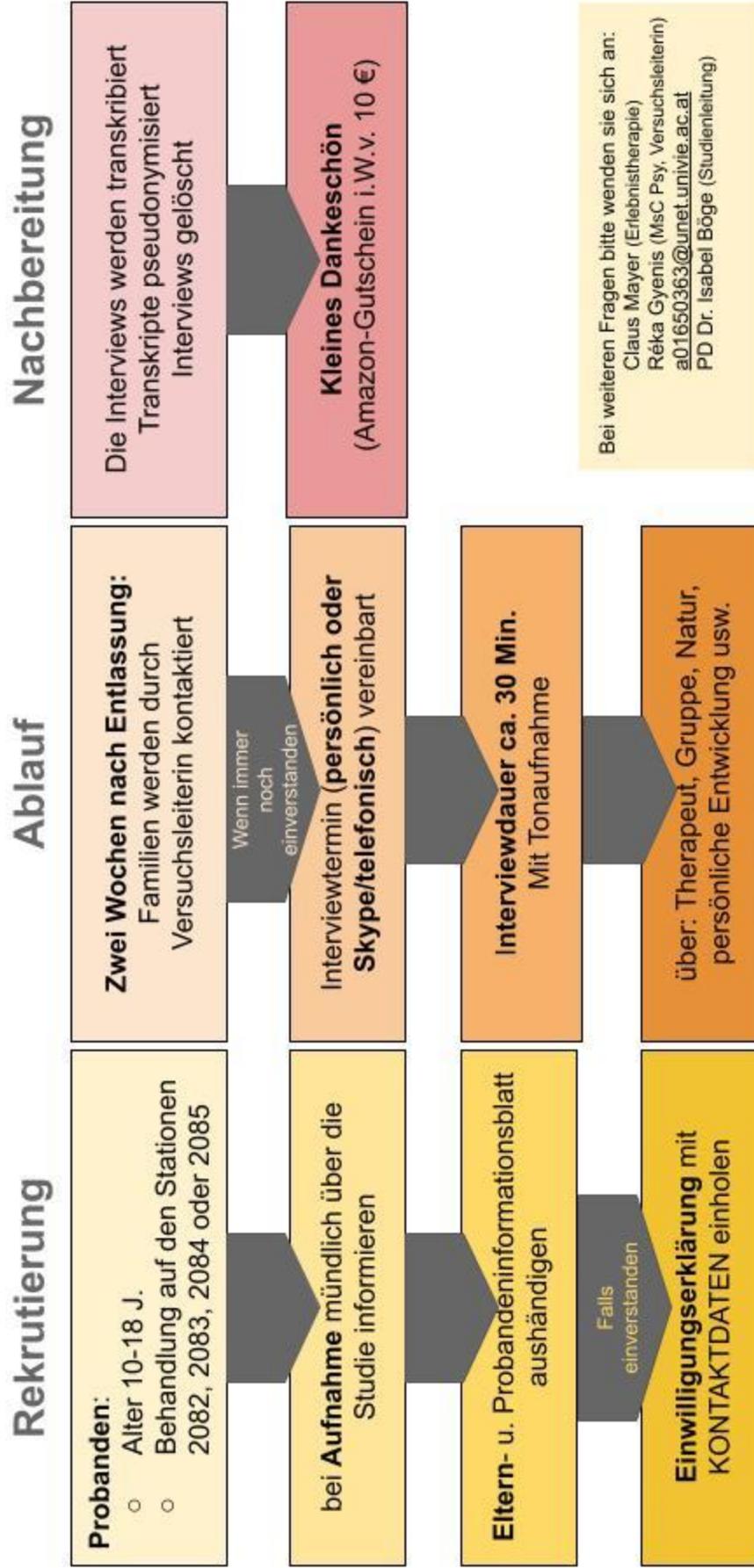
.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Patienten)

Anlage 7: Ablaufplan für Klinikpersonal

Studie: "Wie wirkt Erlebnistherapie?"

Eine qualitative Nachbefragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung"



Anhang C

Anlage 8: Transkription wie hier verwendet, adaptiert nach Dresing und Pehl (2018)

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
- Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet.
- Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten.
- Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, ne“ werden transkribiert.
- Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden.
- Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
- Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
- Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
- Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
- Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen.
- Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.

Anlage 9: Prozessablauf Skalierung

<p style="text-align: center;">Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheit:</p> <p>Die Wirksamkeit jedes Faktors soll in jedem Interview (nicht jeder Passage) bestimmt werden, solange ein Faktor im Interview erwähnt wird.</p> <p>Aspekt: Geschehen (Aussagen, Verhalten, Gefühle und deren Veränderung) während der ET-Stunde oder welche die unmittelbar zur Teilnahme an ET gehören (z. B. Mitentscheidung des Patienten bezüglich des Inhaltes der Stunde im Vorfeld).</p> <p>Kodiereinheit: Bedeutungstragende Texteinheit, die darauf schließen lässt, dass ein Aspekt hilfreich ist-</p> <p style="text-align: center;">Kontexteinheit: Einzelnes Interview.</p>	
<p style="text-align: center;">Schritt 2: Festlegung der Einschätzungsdimensionen:</p> <p>„Hilfreich“: Trägt subjektiv zur Minderung des Leidens und interpersoneller Probleme oder störender Verhaltensweisen (Sucht, Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung) bei UND/ODER fordert positives Coping und erwünschte Verhaltensweisen.</p>	
<p>Schritt 7: Überarbeitung, Revision von Kategoriensystem und Definitionen:</p> <p>Von den anfänglich geplanten 5 Ausprägungen konnten 3 beibehalten werden.</p>	<p style="text-align: center;">Schritt 3: Bestimmung der Ausprägungen, Zusammenstellung des Kategoriensystems (siehe Tabelle 5).</p>
	<p style="text-align: center;">Schritt 4: Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien (siehe Tabelle 5).</p>
	<p style="text-align: center;">Schritt 5: Materialdurchlauf, Fundstellenbezeichnung.</p>
<p style="text-align: center;">Schritt 6: Einschätzung der Fundstellen.</p>	
<p style="text-align: center;">Schritt 8:</p> <p style="text-align: center;">Analyse von Häufigkeiten: siehe Tabelle 3.</p>	

Tabelle 5

Ankerbeispiele und Kodierregeln

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
K1: Geholfen	(1) Tatsache der positiven Wirkung des Aspekts klar erwähnt; (2) Wichtigkeit des Aspektes in der Behandlung klar erwähnt; (3) Positives Outcome infolge des Aspekts anhand d. restlichen Interviews klar nachvollziehbar.	(1) [Reflexion] „sehr viel gebracht“ (Alice) (2) [Auspowern] „für meine Probleme doch schon sehr wichtig“ (Emil) (3) [Klettern] „und da war es [Problem] wie weg, so... ja. Perfekt.“ (Cäcilie)	Wenn innerhalb eines Interviews Fundstellen aus mehreren Kategorien: Anhand dessen zu entscheiden, ob Outcome klar nachvollziehbar ist oder nicht.
K2: Etwas geholfen	(1) Wirkung/Outcome gemäßigt erwähnt; (2) Aspekt als hilfreich erwähnt, aber Outcome wird nicht klar; (3) Outcome wird nicht nur dem Aspekt der ET attribuiert.	(1) [Gespräch über Problem] „das hat dann auch ein bisschen was gebracht“ (Anton); (2) [Zielsetzung] „selbst einfach mitgenommen“ (Emil); (3) „Also ich hatte dieses Fazit schon vor der Therapie im Kopf, aber so mit der Zeit, mit der Therapie ist es eben noch stärker geworden.“ (Cäcilie)	
K3: Nicht geholfen	Klar erwähnt, dass Aspekt nicht hilfreich/überflüssig/störend war	[Metaphern]: „Das konnte ich für mich nicht vereinbaren mit mir.“ (Emil)	