

Integrative Budotherapie – eine ICF-orientierte Therapie bei aggressivem Verhalten im Rahmen der Suchtrehabilitation

H. Ludwig¹
F. Siegele²
H. G. Petzold³

Zusammenfassung

Auf der Grundlage des General Aggression Models (GAM) und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) werden in dieser Arbeit Kernziele für eine Behandlung aggressiver Verhaltensweisen formuliert. In einem nächsten Schritt werden diesen Kernzielen Maßnahmen und Interventionen aus dem Bereich des Budo, der Kampfkunst zugeordnet. Wir nennen den so entstandenen Behandlungsansatz „Budotherapie“. Er kombiniert sport- bzw. bewegungstherapeutische Maßnahmen mit psychotherapeutischen Interventionen und kann im Feld der Therapie von aggressivem Verhalten eine substanzielle Ergänzung und Erweiterung bloß verbaler Therapien bilden.

Stichworte: Budotherapie der Aggression, General Aggression Mode, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Integrative Therapie, Suchttherapie

► Problemstellung/Einleitung

Das Thema Aggression ist in unterschiedlichen Bereichen von Therapie, Jugendarbeit, Prävention und Beratung von hoher Relevanz. Im Rahmen der Suchtrehabilitation erhält es nochmals eine besondere Bedeutung, da hier autoaggressive Verhaltenstendenzen in Form von selbstverletzendem Suchtmittelkonsum und gegen andere gerichtete aggressive Verhaltensweisen nicht selten miteinander verbun-

den auftreten. Wir beschäftigen uns im Folgenden vor allem mit nach außen gerichteten Aggressionsformen. Sie werden etwa zur Beschaffung illegaler Drogen verwendet oder kommen bei bestimmten Patienten als subjektiv probates Mittel zur Konfliktlösung oder Spannungsabfuhr zum Einsatz, zuweilen findet sich auch eine psychotische oder BPS-Komorbidität mit aggressiven Verhaltensweisen. Oft leben die Betroffenen auch in Devianzkontexten oder Minusmilieus [21], wo physische Gewalt zu den Überlebensstrategien gehören. Darüber hinaus kann der Konsum bestimmter psychoaktiver Substanzen selbst zu einer erhöhten Aggressivität führen: sowohl kurzfristig durch Intoxikation oder Entzugserscheinungen als auch langfristig durch chronischen Missbrauch und die damit häufig einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen [15]. Für die Betroffenen kommt es dadurch zu einer mas-

siven Marginalisierung, oft zu Straffälligkeit und Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie gehören damit auch häufig zur Gruppe der „Hard-to-Reach-People“ [7, 13].

Trotz dieser engen Verknüpfung zwischen Aggression und verschiedenen psychischen Erkrankungen gibt es für den Bereich der Rehabilitation vergleichsweise selten Veröffentlichungen mit gut fundierten, störungsspezifischen Behandlungskonzepten. Aufgrund langjähriger klinischer Erfahrungen mit diesem Problemkomplex und verschiedenen Patient/-innenpopulationen [6, 25, 39], sowie mithilfe der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Forschungsdisziplinen wie Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Neurobiologie zum Thema Aggression wurden daher eigene integrierende Positionen zu einem Aggressionskonzept entwickelt [44]. Die hieraus gewonnenen und noch weiterführend abzuleitenden Therapieziele werden mithilfe der „Komponenten von Gesundheit“ der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [12] beschrieben. Das bietet über die klassischen Diagnoseinstrumente (ICD, DSM) hinaus eine komplexere Sicht, die dem „biopsychosozialökologischen“ Modell der Integrativen Therapie in der „Dritten Welle“ [50] und ihrer komplexen Diagnostik [36, 37, 55] sowie ihrer Therapiezielbestimmung [52] in besonderer Weise entspricht. In einem nächsten Schritt haben wir den Zielen entsprechende Interventionen und Maßnahmen aus der „Integrativen Budotherapie“ [58], einer Entwicklung im Rahmen Integrativer Therapie [43, 51], zugeordnet. Der so entstandene Therapieansatz ist multiperspektivisch und multi-

¹ Diplomsporthelehrer, Integrativer Budotherapeut

² Jugendlichenpsychotherapeut, Integrativer Budotherapeut, Diplomsupervisor

³ Approb. Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut, Lehrsupervisor

Eingegangen: 04. 03. 2015

Angenommen durch Review: 10. 01. 2016

modal [49], wodurch die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung erhöht werden [2].

Nach der Definition von Baron und Richardson [9, S. 7] wird unter Aggression „jede Form von Verhalten verstanden, das darauf abzielt, einem anderen Lebewesen zu schaden oder es zu verletzen, das motiviert ist, diese Behandlung zu vermeiden“ [9, 30, S.267]. Danach wird aggressives Verhalten durch die Absicht, jemandem zu schaden, definiert, unabhängig davon, ob der Zielperson tatsächlich Schaden zugefügt wird oder nicht. Heute in Zeiten international entgleisender Gewalt (Terrorismus, neue Territorial- und Bürgerkriege) aber auch von Radikalisierung und Extremismus in Bereichen der Jugendkultur muss man natürlich auch soziologische und politikwissenschaftliche Perspektiven berücksichtigen, um Macht- und Gewaltfragen nicht nur individualisierend zu verkürzen [46]. So hat die Integrative Therapie eine differenzierte, übergreifende Ag-

gressions-, Macht- und Gewalttheorie erarbeitet [44,45,47], auf die hier nur verwiesen werden kann.

➤ Ursachen aggressiven Verhaltens

Um eine sinnvolle Behandlungsstrategie von Aggressionsverhalten zu entwickeln, ist eine ausführliche Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen aggressiven Verhaltens notwendig, denn hieraus lassen sich wesentliche Behandlungsziele ableiten. Man kommt hier natürlich in das weite und strittige Feld der sehr unterschiedlichen Aggressionstheorien und -ideologien – von S. Freud bis K. Lorenz, von F.S. Perls bis E. Fromm, von Dollard/Miller bis A. Bandura usw. Dieser Arbeit liegt das „General Affective Aggression Model“ (GAM, Abb. 1) von Lindsay & Anderson [33] zugrunde, das für klinische Konzeptbildung eine gute Grundlage bietet, weil es den

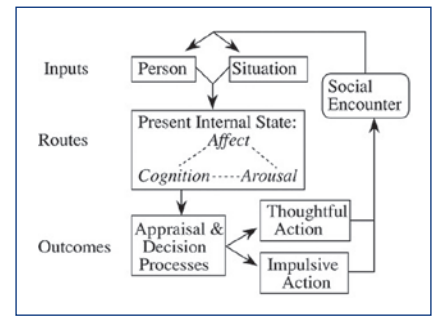


Abb. 1 Das allgemeine Aggressionsmodell (Anderson & Bushman 2002)

Wissensstand unterschiedlicher Disziplinen in einem Rahmenkonzept integriert. Es geht davon aus, dass aggressives Verhalten durch das Zusammenwirken von relativ zeitstabilen, situationsunabhängigen, personalen Eigenschaften (z.B. kulturell vermittelten Einstellungen, genetische Disposition) mit situativen Faktoren (konkrete, aggressionsrelevante Stimuli oder Trigger) zustande kommt [2, 31]. Personale

Tab. 1 Aggressionsbeeinflussende Faktoren.

Personale Faktoren	Kommentar
Instabiles Selbstwertgefühl	Geringe Wertschätzung kann zur Bedrohung des Selbstbildes [2, 20, S. 357] und Identitätserlebens [48] werden.
Wirksamkeitsbasierte Überzeugungen und Einstellungen	Insbesondere die eigene Überzeugung, die körperlichen Fähigkeiten für eine „erfolgreiche“ Anwendung von aggressivem Verhalten zu besitzen [2].
Abstumpfungseffekte und Prozesse der Dehumanisierung	Hierdurch werden gewalthemmende Einflüsse wie Empathiefähigkeit oder die Beachtung sozialer Normen untergraben [28, 31, 48].
Wertvorstellungen	Sie können aggressionshemmende (z. B. Fairness, Respekt) oder -fördernde (z. B. fundamentalistische Positionen) Effekte haben [43]
Feindseliger Attributionsstil	Die Tendenz, mehrdeutiges Verhalten einer anderen Person als feindselig zu interpretieren [30, S. 279].
Mangelnde Impulskontrolle	Aggressive Reaktionen laufen überwiegend im impliziten Funktionsmodus ab [19, S. 113]. Dahinterstehende Motivationen bleiben weitgehend unbewusst.
Mangelnde Emotionsregulation	Aversive Gefühle wie Angst, Wut, Ärger und Scham gelten als potenzielle Auslöser von Gewalt [17].
Neurobiologische Faktoren	Funktionsstörungen in präfrontalen Kortexbereichen und der Amygdala [62, 4] wie auch genetische Variablen [11, 34, 62] werden diskutiert.
Geschlechtsunterschiede	Männer und Frauen unterscheiden sich weniger durch das Ausmaß als vielmehr durch die praktizierten Aggressionsformen [5, 34].
Situative Faktoren	Kommentar
Aversive affektive Erregung	Wut, Ärger, Scham oder Unterlegenheitsgefühle können Auslöser von Gewalt sein [17].
Appetitive/positive affektive Erregung	Lust oder Dominanz können primäre Verstärker für aggressives Verhalten sein [20].
Gewaltdarstellungen in Medien	Erleichtern die Aktivierung aggressionsbezogener Kognitionen (Priming) und können zu Abstumpfungseffekten führen [30].
Konsum psychoaktiver Substanzen	Besonders Alkohol führt zu einer Hemmung präfrontaler Bereiche und damit zur Einschränkung der zügelnden Wirkung des Präfrontalkortex [23].

Eigenschaften und situative Faktoren bedingen gemeinsam einen aktuellen inneren Zustand, der eine Bewertung – wir differenzieren hier im Integrativen Ansatz ein präfrontal-kognitives *Appraisal* und eine limbisch-emotionale *Valuation* [48] – einer Situation etwa als bedrohlich oder nicht bedrohlich erlaubt und der die Zugänglichkeit zu aggressiven oder nicht-aggressiven Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensmustern reguliert [31].

Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf dem konkreten praktischen Vorgehen liegt, kann lediglich eine übersichtsartige Darstellung der wichtigsten aggressionsbeeinflussenden Faktoren in diesem Theorierahmen gegeben werden (Tab. 1), wobei es natürlich für das Aggressionsthema noch andere differentielle Betrachtungsweisen gibt – etwa eine Differenzierung der Anlässe für Formen der Aggression – Territorial-, Sexual-, Rivalitätsaggression etc. [44,45,47].

➤ **Therapieziele und -methode**

Von den in Tab. 1 beschriebenen Einflussfaktoren – wir beschränken uns hier auf die personalen Faktoren – lassen sich erste Kernziele für die Therapie ableiten, die zunächst mithilfe von Kernkomponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF [12] beschrieben werden. Sie sind im

Rahmen zukünftiger Arbeiten weiter ausdifferenzieren (Tab. 2).

Diesen Kernzielen wurden verschiedene Interventionen und Maßnahmen zugeordnet, von denen die wichtigsten weiter unten beschrieben werden. Den zentralen Zugang zum Patienten bietet dabei ein bewegungs- bzw. leibtherapeutischer Ansatz, dessen Herzstück die „Integrative Budotherapie“ [58] als Methode der Integrativen Therapie bildet. Er ist für die Arbeit mit aggressionsbereiten Menschen nicht zuletzt aus folgenden Gründen von besonderem Wert:

- Bei der Beeinflussung neurobiologischer Faktoren, wie der Fehlsteuerung des Stresssystems oder der Überreaktivität der Amygdala, kommen rein verbale Therapieverfahren an ihre Grenzen. Bewegungstherapeutische Interventionen bieten hier große Chancen, insbesondere dann, wenn sie direkt mit psychotherapeutischen und psychoedukativen Elementen kombiniert werden [6, S. 141].
- Wichtiger Bestandteil von Sport- und Bewegungstherapie ist das „Prinzip der Übung“. Um aggressive, sensomotorische Verhaltensmuster abzubauen, müssen alternative Verhaltensmuster durch regelmäßiges Üben neu gelernt werden [6,22]. Auch dies ist mit rein verbal ausgerichteten Interventionen nicht möglich.

- Körperliche Aktivität – insbesondere aerobe-dynamische und koordinative Muskelbeanspruchung – hat günstige Auswirkungen auf den BDNF-Spiegel (BDNF = Brain-derived neurotrophic factor). Sie hilft folglich, das Potenzial für Neuroplastizität und damit für Lernvorgänge zu verbessern [24, S. 33f.).

➤ **Budo und Budotherapie**

Budo ist der Oberbegriff für alle japanisch-koreanischen Kampfkünste und setzt sich aus den Worten Bu und Do zusammen. *Dō* (道) bedeutet Weg, *Bu* (武) Kampf oder Krieg. Die ursprünglich kriegerischen Konnotationen sind seit der Edo-Zeit mit einer Philosophie der Selbstentwicklung verbunden worden, einem Kampf mit sich selbst, um auf dem „Weg“ weiterzukommen. Im 20. Jahrhundert fand in bestimmten Budoformen (z.B. im Aikido und im Shōrinji Kempō) eine weitere Neuorientierung hin zu einem „Weg des inneren und äußeren Friedens“ [58] statt, in dem durch eine „fundamentale Budoerfahrung“ [51] – so das Kernkonzept der „Integrativen Budotherapie“ – ein Weg der Selbsttransformation, Gesundung und Lebenskunst eröffnet werden soll.

Das macht ihn sowohl für die Drogenprävention und -therapie als auch hervorragend für ein verhaltensveränderndes Trai-

Tab. 2 ICF-orientierte Ziele in der Budotherapie.

ICF-Code	Körperfunktion/Aktivität	Beschreibung
b 1263	Psychische Stabilität aufbauen.	Entwicklung mentaler Funktionen, die Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit ermöglichen.
b 1304	Fähigkeiten zur Impulskontrolle erwerben.	Entwicklung mentaler Funktionen, die plötzliche Handlungsimpulse regulieren.
d 7100	Respekt und Wärme in Beziehungen zeigen.	In einer sozial angemessenen Weise Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen.
d 7104	Soziale Zeichen in Beziehungen beachten/ Empathie entwickeln.	Zeichen und Hinweise in Interaktionen in angemessener Weise geben und darauf reagieren.
d 7202	Verhaltensweisen in Beziehungen regulieren.	Fertigkeiten für eine sozial angemessene Regulation von Gefühlen und Impulsen, verbaler und physischer Aggression erlernen.
d 7203	Gemäß sozialen Regeln interagieren.	In sozialen Interaktionen unabhängig handeln und sich nach sozialen Konventionen richten.
b 1521	Affektkontrolle aufbauen.	Mentale Funktionen erwerben, die das Erleben und den Ausdruck von Affekten kontrollieren.
b 555	Funktionen endokriner Drüsen regulieren.	Regulation der Produktion von Stresshormonen.

ning mit aggressionsbereiten Menschen geeignet. Budothérapie ist nicht primär auf die Verbesserung motorischer Beanspruchungsformen (Kraft, Koordination, Ausdauer etc.) ausgerichtet, auch wenn dies durchaus ein Bestandteil des Therapiekonzepts ist. Sie hat darüber hinaus die persönliche Entwicklung hin zu engagierter Mitmenschlichkeit und Frieden zum Ziel [51, S. 71]. Sie impliziert demzufolge ein komplexes Verständnis von Bewegungstherapie, wie es bereits in den 1970er-Jahren beispielsweise von Petzold und Mitarbeiterinnen umgesetzt und später von Hölter [26] – wenn auch aus einer stärkeren sportpädagogischen Perspektive – in ähnlicher Form wieder aufgegriffen wurde. Als gezielt eingesetzte Therapiemethode richtet sich Budothérapie auf die Beeinflussung somatomotorischer, emotionaler, volitiver, kognitiver und sozialer Stile [43, S.852].

Psychische Stabilität aufbauen

Als Kern psychischer Stabilität kann ein solides Selbstwertgefühl, ein Gefühl „persönlicher Souveränität“ [54] angesehen werden, das auch in kontroversen Auseinandersetzungen nicht verloren geht. Unterstützt wird dieses durch eine grundsätzlich wertschätzende Haltung, indem beispielsweise Kritik und reaktantes Verhalten ernst genommen werden. Dadurch werden auf der einen Seite aversive Emotionen wie Ärger oder Unterlegenheitsgefühle reduziert und auf diese Weise ein wesentlicher aggressionsrelevanter Stimulus gedämpft. Auf der anderen Seite wird den Teilnehmern aus lernpsychologischer Sicht ein alternatives Verhaltensmodell für den Umgang mit Kritik geliefert.

Darüber hinaus wird der Aufbau von *psychischer* Stabilität und Selbstwertgefühl (innere Haltung) durch das Erarbeiten einer *physischen* Stabilität (äußere Haltung) gefördert, die wir durch eine aufrechte, offene und stabile Körperhaltung schulen (Abb. 2). Sie wird bei allen Techniken, sei es im Stand, in der Bewegung, bei Angriffs- oder Abwehrtechniken oder auch bei der Meditation geübt [58].

Die theoretische Basis dieser Arbeit bilden die Integrative Leib- und Bewegungstherapie [z. B. 41, 42], die Embodimentforschung [z. B. 1, 10, 16, 61, 65; grundlegend 18, 57] sowie die Emotionsforschung [z. B. 32, 35].

Sie verweisen alle auf den engen bidirektionalen Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Geschehen. Nach heutigem Kenntnisstand kann man daher davon ausgehen, dass die Erarbeitung einer aufrechten und stabilen Körperhaltung, über die Rückmeldungen des somatischen Systems an kortikale und subkortikale Bereiche [32, S.313 ff], eine positive Wirkung auf das Erleben von Ruhe, Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen hat.

Fähigkeiten zur Impulskontrolle erwerben

Unser Handeln wird zu einem großen Teil von situationsübergreifenden, motivationalen Zielen bestimmt (z. B. „Sei ein starker Mann“). Sie dringen im Alltagsgeschehen nicht ständig in unser Bewusstsein und laufen nach Grawe [19, S.117 u. 127] im „impliziten Funktionsmodus“ ab, sind aber durchaus bewusstmessfähig. Ebenso wird unser Handeln nicht nur von einem, sondern von verschiedenen Zielen bestimmt, die außerdem in Konkurrenz zueinander stehen können: „Sei ein starker Mann“ und „Sei ein liebevoller Vater/Ehemann“.

In der Budothérapie werden in konkret nachgestellten Konflikt- und Gewaltsituationen die impliziten Ziele für aggressives Verhalten bewusstmess gemacht, d. h. in den expliziten Funktionsmodus gebracht („Sei ein starker Mann“) und mit anderen persönlich bedeutsamen Zielen („Sei ein lie-

bevoller Vater/Ehemann“) abgeglichen. Für die Regulierung aggressiver Handlungsimpulse ist es im nächsten Schritt hilfreich, solche Ziele in den expliziten Funktionsmodus zu bringen, die mit aggressiven Handlungen nicht vereinbar sind. Die Verdeutlichung der impliziten Ziele in der Therapie fördert eine „komplexe Achtsamkeit“ für sich, den Anderen, die Situation [53], die es dem Betroffenen ermöglicht, sich aktiv für ein handlungsleitendes Ziel zu entscheiden, die Entscheidung umzusetzen und durchzuhalten (volitionstherapeutisches Vorgehen) [56]. Auf diese Weise werden die Regulationskompetenz (Wissen) und Regulationsperformanz (Können) verbessert. Die Bedeutung des Ziels „Sei ein starker Mann“ für das Erleben von Männlichkeit wird auf diese Weise nicht in Abrede gestellt, erfährt aber eine Relativierung zugunsten anderer Ziele.

Eine weitere wichtige Fähigkeit, die eine Kontrolle aggressiver Handlungen ermöglicht, ist die Förderung des empathischen Vermögens, die Perspektive des Opfers einzunehmen, Mitgefühl, „Karuna“, zu entwickeln, ein Kernkonzept im Buddhismus [63]. Denn um zu lernen, „dass es schlecht ist, jemanden zu schlagen, muss die Konsequenz dieses Verhaltens – also der Ausdruck von Angst, Trauer und Schmerz des Geschlagenen – erkannt und als negative Verstärkung empfunden werden“ [62, S. 338]. Untersuchungen mit he-

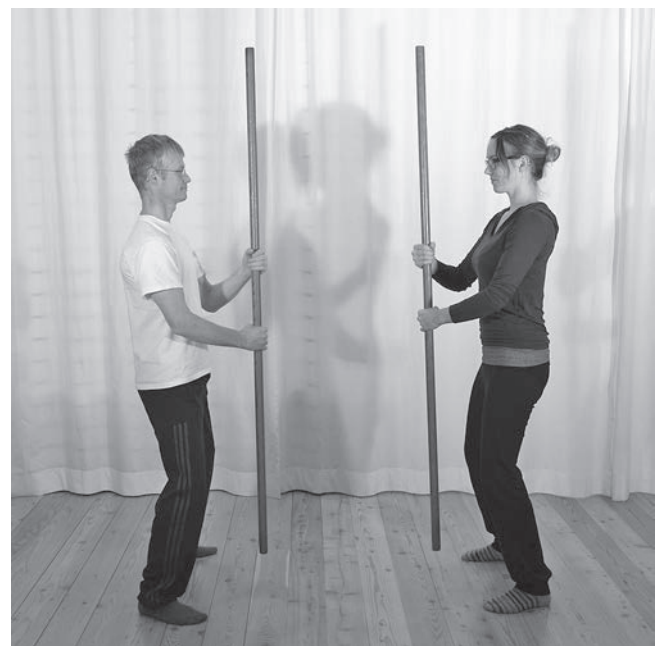


Abb. 2
Erarbeitung einer aufrechten, stabilen Körperhaltung mithilfe des Langstabs.

roin- und kokainabhängigen Menschen und mit Menschen mit schwerer antisozialer Persönlichkeitsstörung weisen diesbezüglich auf deutliche Defizite hin [16]. Hier nutzen wir Rollenspiele, in denen Konfliktsituationen nachgestellt und ggf. mit Budoelementen kombiniert werden. Die Protagonisten begeben sich dabei sowohl in die Rolle des Angreifers wie auch des Angegriffenen, um beide Rollen „am eigenen Leibe“ zu erfahren. Durch solch konkrete leibliche Erfahrungen wird der Aufbau von Achtsamkeit und empathischer Sensibilität für die Reaktionen und Signale des Opfers unterstützt. Der eigene Standpunkt kann relativiert, die impliziten Handlungsregeln können überdacht werden.

Respekt und Wärme in Beziehungen zeigen

Wichtige Werte für das gesellschaftliche Zusammenleben wie die Achtung des individuellen Lebensentwurfs des anderen [22, S. 114] oder auch die „Sorge um die Integrität des anderen“ [59] tragen zu einer Hemmung aggressiver Impulse bei. Sie stehen in der Integrativen Budotherapie daher an vorderster Stelle [58, 59]. Die Teilnehmer erfahren und praktizieren diese Werte ständig in der Arbeit mit ihren Trainingspartnern, da beispielsweise beim Üben von Schlagtechniken stets der Impuls vor dem Körper des anderen gestoppt wird, was die volitionale „Veto-Kompe-

tenz“ steigert, weil die Unversehrtheit des Trainingspartners oberste Priorität hat. Obendrein wird die Entwicklung einer wertschätzenden Grundhaltung auf der Körper- beziehungsweise Handlungsebene durch die Verneigung gefördert (Abb. 3). Im Partnertraining stehen sich die Teilnehmer dazu gegenüber und beginnen beziehungsweise beenden das Training mit einer Verneigung. Sie drückt die innere Haltung der „Zu-Neigung“ und der Sorge um die Unversehrtheit, die „Integrität“ des anderen wie auch der Sorge um sich selbst aus [58]. Durch die oben beschriebenen Rituale wird eine dichte Atmosphäre von gegenseitiger Wertschätzung ermöglicht, die die Teilnehmer auch auf der emotionalen Ebene anspricht. Wir koppeln auf diese Weise kognitive Vorgänge – z.B. die Einsicht in die Notwendigkeit von Respekt und Wertschätzung im sozialen Miteinander – an die eigenen emotionalen Erlebnisinhalte und an das konkrete leibliche Erleben in Bezogenheit, an „wechselseitige Empathie“. So können Erfahrungen von „vitaler Evidenz“, „Aha-Erlebnisse“ entstehen, die ein nachhaltiges Lernen ermöglichen – so die Integrative Lerntheorie [43, S. 1040; 60].

Verhalten in Beziehungen regulieren/ Gemäß sozialen Regeln interagieren

Die Aktivierung von situationsübergreifenden motivationalen Zielen und Werten

stellen mentale Grundfähigkeiten, „Kompetenzen“ für eine aggressionsfreie oder -arme soziale Interaktion dar. In der konkreten Auseinandersetzung mit anderen müssen diese allerdings in „Performanzen“ konkretes Handeln umgesetzt werden [60]. Für die praktische Arbeit bedeutet das, dass die Teilnehmer Techniken erlernen, die auch in Konfliktsituationen eine deeskalierende oder wenigstens keine eskalierende Wirkung haben. Hierzu eignen sich einfache Ausweich- und Abwehrtechniken, mit denen (physische) Angriffe abgewehrt werden können (Abb. 4). Die Teilnehmer sollen auf diese Weise:

- für den Aspekt der Kontrolle auch bei massiven Impulsen sensibilisiert werden,
- die stark entwickelte Motorik des Schlagens unterbrechen und für gewaltfreie Einstellungen/Überzeugungen sensibilisiert werden,
- lernen, unabhängig zu handeln, das heißt sich nicht in eine emotional aufgeladene Situation involvieren zu lassen.

Ausweich- und Abwehrtechniken ermöglichen darüber hinaus eine „Miniatur-Konflikt-Pause“, in der Situationsüberblick möglich wird. Sie bietet die Gelegenheit, auch in Stresssituationen persönlich bedeutsame Regeln/Ziele im Präfrontalkortex zu aktivieren („Sei ein fürsorglicher Vater, ein netter Mensch“), sodass die im Allgemeinen „automatisch“ ablaufenden aggressiven Handlungsmuster wieder unter präfrontale Kontrolle gebracht werden.

Affektkontrolle aufbauen

Aversive Erregungszustände werden oft situativ ausgelöst und sind dann von kurzer Dauer. Aufgrund der Entwicklung eines feindseligen Attributionsstils können sie sich aber auch zu langanhaltenden Phänomenen entwickeln, die mit zeitextendierten Stressreaktionen und amygdalärem Hyperarousal einhergehen. Hieraus ergibt sich, dass wir in der Therapie eine Atmosphäre schaffen sollten, die dazu geeignet ist, Stressreaktionen abzupuffern. Die Gestaltung des therapeutischen Kontextes erhält im Zuge dessen eine entscheidende Bedeutung [19].

„Zanshin“ ist ein Prinzip des Budo, das so viel bedeutet wie „der Geist, der unbeweg-



Abb. 3 Entwicklung einer wertschätzenden Grundhaltung durch die Verneigung.

lich bleibt“ [64]. Es beschreibt den Zustand, in dem man zur Ruhe kommt, den Blick nach innen richtet, achtsam und absichtslos [58]. In der Budotherapie wird dieses Prinzip für die Therapie erschlossen, indem es zu einem zentralen Element des therapeutischen Kontextes gemacht wird. Eine ruhige und achtsame Atmosphäre ermöglicht dem Rehabilitanden, seine selbst erlebten aversiven Gefühle als das anzunehmen, was sie sind: störend und unangenehm, aber keineswegs die eigene Existenz bedrohend. Vor diesem Hintergrund und aus stressphysiologischen Überlegungen halten wir auch jeglichen Wettkampfgedanken – wie er im Kampfsport meistens vorhanden ist – für kontraindiziert.

Da aversive Erregungszustände wie Wut oder Ärger mit einer erhöhten Muskelspannung einhergehen, können sie insbesondere durch dynamische körperliche Aktivität, die letztendlich zu einer muskulären Entspannung führt, quasi „bottom up“ reduziert werden. Auf der psychischen Ebene führt die Reduktion der Muskelspannung aufgrund des veränderten somatischen Feedbacks an kortikale und subkortikale Bereiche [32] zu einer emotionalen Umstimmung. Geeignet für diese Form der Spannungsregulation sind etwa ein Kata-Training, bei dem festgelegte Bewegungsformen in stilisierter Form eines

Kampfes geübt werden oder etwa ein Ausdauertraining, das begleitend durchgeführt werden kann.

Schließlich streben wir Emotionsregulation durch Meditationspraktiken wie dem Zazen an, die wir mit unterschiedlichen Achtsamkeitskonzepten und -praktiken [z.B. 53,29,3] verbinden, die im integrativen Konzept „komplexer Achtsamkeit“ zusammengeführt wurden [53].

Regulierung der Funktion endokriner Drüsen

Wie eben erwähnt kann die Entwicklung eines feindseligen Attributionsstils zu einer langanhaltenden Aktivierung der Stresssysteme beitragen, weil sich die Betroffenen häufig bedroht und ungerecht behandelt fühlen. Sie befinden sich im Dauerstress. Insbesondere die hierdurch erfolgte Aktivierung des peripheren und zentralen noradrenergen Systems verstärkt die Aktivität von Amygdala und hypothalamischen Kerngebieten [27, S. 35]. Uneindeutige Reize werden demzufolge mit höherer Wahrscheinlichkeit als bedrohlich interpretiert und aggressive Verhaltensmuster leichter ausgelöst [4, S. 152 u. 719].

Ausdauerorientierte Aktivitäten haben bekanntlich einen dämpfenden Einfluss auf das sympatho-adrenomedulläre System [24] und sind folglich die Methode der

Wahl. In der Budotherapie kann eine solche ausdauerorientierte Aktivität durch das Üben der Grundtechniken erzielt werden. Hierzu bietet sich einerseits das sog. Kihon an, bei dem Einzeltechniken kontinuierlich mehrmals hintereinander über längere Zeit trainiert werden. Zum anderen wird eine ähnliche Belastung durch das bereits erwähnte Kata-Training erreicht. Beide Trainingsformen stellen ein sanftes Ausdauertraining nach dem Intervallprinzip dar und sind daher auch für Untrainierte geeignet. Last but not least sind selbstverständlich alle Ausdauersportarten und im Klinikbereich insbesondere ein pulsgesteuertes Ergometertraining hervorragend geeignet.

➤ Schlussbemerkung

Die Evaluationsforschung zur Wirksamkeit von Programmen zur Behandlung aggressiver Verhaltensweisen hat gezeigt, dass solche Programme überdurchschnittliche Wirkung zeigen, die einerseits spezifische Prinzipien der Behandlung beachten und sich andererseits auf grundlagenwissenschaftliche Theorien über die Entstehung aggressiven Verhaltens stützen [31, S. 132]. Im hier beschriebenen, integrativen budotherapeutischen Ansatz wurde versucht, diesem Sachverhalt Rechnung zu



Abb. 4 Abwehrtechnik zur Unterbrechung aggressiver Handlungsmuster.

tragen. Darüber hinaus wird durch die Kombination bewegungs- und psychotherapeutischer Maßnahmen ein komplexer Zugang zum Patienten angestrebt, weil auf diese Weise kognitive, emotionale, motorische und volitionale Prozesse angesprochen und so neue, friedfertige Verhaltensmuster nachhaltig implementiert werden können.

Online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10-1055/s-0042-122392>

Literatur

- 1 Adelman PK, Zajonc RB. Facial efference and the experience of emotion. *Annual Review of Psychology* 1989; 40: 249–280
- 2 Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression. *Annual Review of Psychology* 2002; 53: 27–51
- 3 Andersen-Reuster U, Meibert P, Meck S (Hrsg). *Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining*. Stuttgart: Schattauer 2013
- 4 Birbaumer N, Schmidt RF. *Biologische Psychologie*. 6. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin 2006
- 5 Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A. Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends regarding direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior* 1992; 18: 117–127
- 6 Bloem J, Moget PCM, Petzold HG. Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? *Forschung, Aggressionspsychologie, Neurobiologie, Integrative Therapie* 2004; 30 (1/2): 101–149
- 7 Brackertz, N. Who is hard to reach and why? *ISR Working Paper* January 2007, im Internet: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>
- 8 Brandstetter M: Rahmungen von Gewalt. Sozialer Nahraum. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013: 91–98
- 9 Baron RA, Richardon DR. *Human Aggression*. New York: Plenum Press 1994
- 10 Cacioppo JT, Priester JR, Berntson GG. Rudimentary determinants of attitudes. II: Arm flexion and extension have differential effects on attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 65: 5–17
- 11 Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851–857. Und in: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 2005; 25: 133–145. Im Internet: <http://www.pedocs.de/volltexte/2012/5668/>
- 12 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (Hrsg). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization 2005. Im Internet: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endafassung-2005-10-01.pdf Stand 22.02.2013
- 13 Doherty P, Stott A, Kinder K. *Delivering Services to Hard to Reach Families in On Track Areas: Definition, Consultation and Needs Assessment*. Home Office Development and Practice Report 2004; 15
- 14 Dollase R. Rahmungen von Gewalt. Erziehung. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013; 17–24
- 15 Fais J. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe. Eine Einführung. In: Fais J (Hrsg) *Gewalt – Sprache der Verzweiflung. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchtrehabilitation*. Lengerich. Pabst Science Publishers 2012; 7–16
- 16 Freitas-Magalhães A. *Emotional Expression: The Brain and the Face* Bd. 1. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa 2009
- 17 Fückler S, von Scheve C. Emotionen. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013; 197–202
- 18 Gallagher S. *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press 2005
- 19 Grawe K. *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2004
- 20 Gudehus C, Weierstall R. Disziplinäre Zugänge. *Psychologie*. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013; 354–362
- 21 Hecht A, Petzold HG, Scheiblich W. Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. Im Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 13/2014
- 22 Herrmann SK. Praktiken der Gewalt. Beleidigung. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013; 110–115
- 23 Hoaken PNS, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003; 28: 1533–1554. Im Internet: <http://www.ukcia.org/research/AggressiveBehavior.pdf>
- 24 Hollmann W, Strüder HK. *Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin*. Stuttgart: Schattauer 2009
- 25 Höhmann-Kost A, Siegele F. *Kampfkünste in der Behandlung von Abhängigkeitskranken*. In: Waibel M, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie – störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Schattauer 2009; 257–272
- 26 Hölter G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2011
- 27 Hüther G. *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009
- 28 International Society for Research on Aggression (ISRA): *Report of the Media Violent Commission. Aggressive Behavior*. 2012; 38: 335–342. Deutsche Fassung von Barbara Krahé (2013). Im Internet: http://www.israsociety.com/pdfs/MVCommission_Statement_German%20version_final.pdf
- 29 Kabat-Zinn J. *Gesund durch Meditation: Full Catastrophe Living. Das vollständige Grundlagenwerk*. München: O.W. Barth 2011
- 30 Krahé B. *Aggression*. In: Jonas K, Stroebe W, Hewstone M (Hrsg). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Heidelberg: Springer Medizin 2007; 265–294
- 31 Krahé B, Greve W. *Aggression und Gewalt. Zeitschrift für Sozialpsychologie* 2002; 33: 123–142
- 32 Ledoux J. *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. 6. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2012
- 33 Lindsay JJ, Anderson CA. From antecedent conditions to violent actions: a general affective aggression model. *Pers. Soc. Psychol* 2000; 26: 533–547
- 34 Lück M, Strüder D, Roth G (Hrsg). *Psychobiologische Grundlagen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationszentrum der Carl von Ossietzky Universität (BIS) 2005
- 35 Nummenmaa L, Glerean E, Hari R et al. Bodily maps of emotions. *Proceedings of the national academy of sciences of the United States of America (PNAS)* 2013; 111: 1–6. Im Internet: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111
- 36 Osten P. Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt 2000
- 37 Osten P. *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik*. Im Internet: www.FPI-Publikation.de/materialien.htm – POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 14/2011
- 38 Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on an antisocial behavior. *Am. Psychol* 1989; 44: 329–335
- 39 Petzold HG. *Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. Gruppenspsychotherapie und Gruppendynamik* 1971; 3: 268–281
- 40 Petzold HG. *Jugend und Gewaltprobleme – Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive*, Vortrag gehalten auf der Tagung der Landes-

arbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993. Gestalt (Schweiz) 1995; 24: 4–21

- 41 Petzold HG. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3. Aufl. Bd. 1–2. Paderborn: Junfermann 1996a
- 42 Petzold HG. Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Düsseldorf/Hückeswagen. Im Internet: www.Fpi-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 07/2002
- 43 Petzold HG. Integrative Therapie, Bd. 1–3. Paderborn: Junfermann 2003a
- 44 Petzold HG. Aggression. Perspektiven Integrativer Therapie – Impulse zu Diskursen (2003c). Im Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 05/2003
- 45 Petzold HG. Aggressionsnarrative, Ideologie und Friedensarbeit. Integrative Perspektiven (2006h). In: Staemmler F, Merten R. Aggression, Zivilcourage. Köln: Edition Humanistische Psychologie 2006; 39–72
- 46 Petzold HG. „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Im Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4/2009
- 47 Petzold HG. Was ist weitergegangen im Diskurs? „Goodmansche Gestalttherapie“ der Aggression 2001 – 2011. Vorbemerkung zur Neueinstellung von 2001d. Im Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien/htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 6/2011
- 48 Petzold HG. Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven (2012a). Wiesbaden: Springer VS 2012
- 49 Petzold HG. Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung – Komplexe Humantherapie (2012h). Im Internet: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php> – 12/2012
- 50 Petzold HG. „Integrative Therapie“ als methodenübergreifende Humantherapie - Teil I: Einige Bemerkungen zur Metatheorie und übergreifenden Wissensstruktur. In: Eberwein W, Thielen M (Hrsg). Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Giessen: Psychosozial Verlag 2014; 279–314. Im Internet: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php> – 2014
- 51 Petzold HG, Bloem J, Moget P. Budokünste als Weg und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – trans- und integrative Perspektiven. Integrative Therapie 2004; 30: 24–100
- 52 Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A. Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe 1998. Im Internet: www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php
- 53 Petzold HG, Moser S, Orth I. Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition. In: Psychologische Medizin 2012; 23: 18–36 und 42–59. Im Internet: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>
- 54 Petzold HG, Orth I. Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ – „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Im Internet www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. – Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 6/2014
- 55 Petzold HG, Osten P. Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter A (Hrsg). Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer 1998. Im Internet: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>
- 56 Petzold HG, Sieper J. Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius 2008
- 57 Petzold HG, Sieper J. „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and

embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold HG. Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien:

Verfasser

Dr. Sportwiss.
Hermann Ludwig
Diplomsportlehrer,
Integrativer
Budotherapeut
Bemeroder Straße 66
30559 Hannover
Tel.: 0511 3104904
E-Mail: heluhanno@go4more.de



Verfasser

Frank Siegele Msc
Jugendlichen-
psychotherapeut,
Integrativer
Budotherapeut,
Diplomsupervisor
Teichstraße 2
30449 Hannover
Tel.: 0511 84895737
E-Mail: siegele@praxisgemeinschaft-linden.de



Verfasser

Univ. Prof. Dr. mult.
Hilarion G. Petzold
Approb. Psycho-
therapeut, Kinder- und
Jugendlichen Psycho-
therapeut,
Lehrsupervisor
Leib- und Bewegungstherapeut,
Budotherapeut



Summary

Integrative Budo therapy: ICF oriented therapy in the treatment of aggressive behaviour in addiction therapy

In this paper, core targets for the treatment of aggressive behaviour are conceptualized on the basis of the General Aggression Model (GAM) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In the second step therapeutic interventions, taken from the field of martial arts, are allocated to these core targets. We call this treatment approach „Budo Therapy“. It combines sports and movement therapeutic interventions with psychotherapeutic ones and can be a substantial supplement and enlargement to a mere verbal therapy in the treatment of aggressive behavior.

Key words: Budo Therapy of Aggression, General Aggression Model, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), integrative therapy, treatment of addiction

- Krammer 2012; 243–321. Im Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 21/2012
- ⁵⁸ Siegele F. Budothérapie – ein körper- und bewegungstherapeutischer Weg in der Psychotherapie. In: Schay P, Lojewski I, Siegele F (Hrsg). Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Stuttgart: Thieme 2013; 162–177
- ⁵⁹ Sieper J, Orth I, Petzold HG: Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold HG, Orth I, Sieper J (Hrsg). Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben. Werte und Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer 2011; 367–459
- ⁶⁰ Sieper J, Petzold HG. Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Im Internet www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2002
- ⁶¹ Stepper S, Strack F. Proprioceptive determinants of emotional and nonemotional feelings. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 64: 211–220
- ⁶² Strüber D. Hirnforschung. In: Gudehus C, Christ M (Hrsg). Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler 2013; 332–339
- ⁶³ Suzuki DT. Karuna – Zen und der Weg der tätigen Liebe. Der Bodhisattva-Pfad im Buddhismus. München: O.W.Barth 1996
- ⁶⁴ Thimme T, Deimel H. Zur therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten. In: Deimel H (Hrsg). Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Brennpunkte der Sportwissenschaften Bd. 33. St. Augustin: Academia 2012; 128–148
- ⁶⁵ Tschacher W, Munt M, Storch M. Die Integration von Tanz, Bewegung und Psychotherapie durch den Embodimentansatz. *Körper Tanz Bewegung, Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie* 2014; 2: 54–62
- ⁶⁶ von Saldern M. Budo – was ist das? In: von Saldern M (Hrsg). Die Meisterung des Ichs. Budo zur Gewaltprävention? Norderstedt: Books on Demand 2011; 9–21

Anzeige

Spezielles Versicherungskonzept (für Mitglieder des DVGS)
 für Sport- und Bewegungstherapeuten

Berufshaftpflichtversicherung 1 Inhaber/in jährlich **61,50 €** zuzüglich 19 % Versicherungssteuer. Der Profi-Schutz: Besondere Risikobeschreibungen speziell für Ihren Beruf!
Weitere Versicherungen auf Anfrage!

Inhaber: Holger Ullrich · Postfach 94 02 21 · D-51090 Köln
 Telefon (022 04) 30 833 - 0 · Telefax (022 04) 30 833 - 29
sporttherapie@ullrich-versicherung.de · www.ullrich-versicherung.de

