

# Integrative Bewegungstherapie

## Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert*, *Apostolos Tsomplektis*, *Hilarion G. Petzold*, *Martin J. Waibel*

**Herausgeber:** Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),  
*Cornelia Jakob-Krieger*, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;  
*Hermann Ludwig*, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückes-  
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.  
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

### Ausgabe 02/2017

## Integrative Budōtherapie bei aggressiven Verhaltenstendenzen – ein ICF-orientierter Therapieansatz

*Hermann Ludwig*, Hannover, *Frank Siegele* Hannover, *Hilarion G. Petzold*,  
Düsseldorf \*

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1-2017

---

\* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: [info@ibt-verein.de](mailto:info@ibt-verein.de), Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

## **Zusammenfassung: Integrative Budōtherapie bei aggressiven Verhaltenstendenzen – ein ICF-orientierter Therapieansatz**

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 Budō, der Kampfkunst zugeordnet. Wir nennen den so entstandenen Behandlungsansatz „Budōtherapie“. Er kombiniert sport- bzw. bewegungstherapeutische Maßnahmen mit psychotherapeutischen Interventionen und kann im Feld der Therapie von aggressivem Verhalten eine substantielle Ergänzung und Erweiterung bloß verbaler Therapien bilden.

**Schlüsselwörter:** Budōtherapie der Aggression; General Aggression Model; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Integrative Therapie; Suchttherapie.

## **Summary: Integrative Budo therapy for aggressive behavioral tendencies - an ICF-oriented therapy approach**

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 a second step therapeutic interventions, taken from the field of martial arts, are allocated to these core targets. We call this treatment approach „Budō 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.

**Keywords:** Budō Therapy of Aggression; General Aggression Model; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Integrative Therapy; Treatment of Addiction.

## 1 Problemstellung/Einleitung

Das Thema Aggression ist in unterschiedlichen Bereichen von Therapie, Jugendarbeit, Prävention und Beratung von hoher Relevanz. Im Rahmen der Suchtrehabilitation, auf die sich dieser Artikel in besonderer Weise stützt, erhält es nochmals eine besondere Bedeutung, da hier autoaggressive Verhaltenstendenzen in Form von selbstverletzendem Suchtmittelkonsum und gegen andere gerichtete aggressive Verhaltensweisen nicht selten miteinander verbunden 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 [23], 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 Entzugerscheinungen als auch langfristig durch chronischen Missbrauch und den damit häufig einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen [17]. Für die Betroffenen kommt es dadurch zu einer massiven Marginalisierung, oft zu Straffälligkeit und einer massiven Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie gehören damit auch häufig zur Gruppe der „Hard-to-Reach-People [8,15]. Die Teilhabe für Menschen mit Erkrankungen oder Behinderungen wurde im Dezember 2016 mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“ in den Fokus des Gesundheits- und Sozialleistungssystems gerückt. Ein Kernbereich dieses Gesetzes ist die Vereinheitlichung des Antrags- und Teilhabeplanverfahrens. Hierzu sollen die Ermittlung und Beschreibung der individuellen Bedarfe der betroffenen Personen auf einheitlichen, trägerübergreifenden Grundsätzen beruhen. Diese wurden von der WHO in der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) [14] formuliert. Die ICF wird damit zu einem

zentralen und unumgänglichen Element im Bereich der Rehabilitation, weswegen wir sie hier als wesentlichen Baustein zur Beschreibung von Therapiezielen nutzen. Von besonderer Bedeutung dabei ist, dass die ICF ein bio-psycho-sozial-ökologisches Gesundheits- und Krankheitsverständnis zugrunde liegt. Dieses bietet über die klassischen Diagnoseinstrumente (ICD, DSM) hinaus eine komplexere Sicht, die dem „biopsychosozialökologischen“ Modell der Integrativen Therapie in der „Dritten Welle“ [54] und ihrer komplexen Diagnostik [39, 40, 61] sowie ihrer Therapiezielbestimmung [58] in besonderer Weise entspricht. Einschränkend muss man jedoch sagen, dass das personale Erleben von Beeinträchtigungen sowie die personale Sinndimension in der ICF nicht erfasst werden, was für einen sinngeliteten Lebensvollzug aber wesentlich ist.

In einem weiteren Schritt haben wir den Zielen entsprechende Interventionen und Maßnahmen aus der „Integrativen Budōtherapie“ [64], einer Entwicklung im Rahmen Integrativer Therapie [47, 57] zugeordnet. Der so entstandene Therapieansatz ist multiperspektivisch und multimodal [53], wodurch die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung erhöht werden [3].

Zu allererst müssen wir uns aber mit dem Begriff Aggression auseinandersetzen, da dieser im Alltag und auch im Feld der Psychotherapie nicht selten unreflektiert genutzt wird, obwohl die neuere Aggressionsforschung hilfreiche und forschungsgestützte Modelle entwickelt hat und eine klare Position vertritt [48, 73] die in der Psychotherapie aber offenbar nur wenig zur Kenntnis genommen wird.

## **2 Aggression und Gewalt - Begriffliche Eingrenzung**

Grundsätzlich gehört die Fähigkeit zu Aggression zum Verhaltensrepertoire eines jeden Menschen! Wir nutzen diese Verhaltensweisen, um uns gegen Angriffe zu schützen [16, S.23] oder um eigene Interessen, unseren „Willen“ [62] gegenüber anderen durchzusetzen. Darüber hinaus zielt aggressives Verhalten im sozialen Nahraum nicht selten darauf ab, die eigene Handlungsfähigkeit über eine ausweglose Situation zu erhalten und so Selbstwert und Selbstwirksamkeit subjektiv zu sichern [9, S.97].

In der Integrativen Therapie verstehen wir unter **Aggression** *„...ein in evolutionären Lernprozessen wurzelndes, durch Lebenserfahrungen geformtes, individuelles oder gruppaes Verhaltensdispositiv, das sich bei seiner Aktualisierung in physiologischen Reaktionen, emotionalen Mustern (und deren Äußerung in Gestik, Mimik, Verhalten etc.) und in Denkstilen äußert. Das aktualisierte Verhaltensdispositiv ist darauf gerichtet, ein anderes Lebewesen zu töten, zu verletzen oder zu dominieren, seiner Identität zu schaden*

*und ihm gehörige Identitätsattribute (z.B. Besitztümer, Märkte, Privilegien...) zu beschädigen oder zu vernichten. Dies geschieht, um die eigene Ressourcenlage zu sichern oder zu verbessern, die eigene Identität über alles andere zu stellen.“* [44, S.14]. Die Sichtweise der Integrativen Therapie schließt hier durchaus an die neuere Aggressionsforschung an [73, 22, 32,11].

Der Begriff **Gewalt** ist sozialpsychologisch enger definiert und bezieht sich oft auf solche Verhaltensweisen, die auf eine tatsächliche oder angedrohte **physische Verletzung** abzielen [32]. Wir werden im weiteren Verlauf die Begriffe Gewalt und Aggression synonym verwenden. Heute in Zeiten international entgleisender Gewalt (Terrorismus, neue Territorial- und Bürgerkriege wie in Afghanistan, Syrien oder im Jemen) aber auch von Radikalisierung und Extremismus (Ermordung des Kasseler Regierungspräsidenten Walter Lübcke, Anschlag auf eine Synagoge in Halle im Oktober 2019) muss man natürlich auch soziologische und politikwissenschaftliche Perspektiven berücksichtigen, um Macht- und Gewaltfragen nicht nur individualisierend zu verkürzen [50]. So hat die Integrative Therapie eine differenzierte, übergreifende Aggressions-, Macht- und Gewalttheorie erarbeitet [48, 49, 51], auf die hier nur verwiesen werden kann.

### **3 Ursachen aggressiven Verhaltens**

Die Entwicklung einer sinnvollen Behandlungsstrategie gegen aggressive Verhaltenstendenzen setzt eine ausführliche Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen aggressiven Verhaltens voraus, denn hiervon 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. Ferner hat Klaus Wahl [73] ein komplexes Modell bio-psycho-sozialer Mechanismen für Aggression entwickelt, das – wie bereits erwähnt – gut mit der integrativen Sichtweise kompatibel ist.

Für die Erarbeitung möglicher Ursachen von Aggression haben wir uns dennoch für das weniger komplexe „General Affective Aggression Model“ (GAM, Abb.1) von Lindsay & Anderson [35] entschieden, da es für eine klinische Konzeptbildung, gerade wegen seiner geringeren Komplexität, eine übersichtlichere Grundlage bietet, die dennoch den 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 [3, 33]. Personale

Eigenschaften und situative Faktoren bedingen gemeinsam einen aktuellen inneren Zustand, der eine Bewertung einer Situation – ein präfrontal-kognitives *Appraisal* und eine limbisch-emotionale *Valuation* [52] – etwa als bedrohlich oder nicht bedrohlich erlaubt und der die Zugänglichkeit zu aggressiven oder nicht-aggressiven Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensmustern reguliert [33].

Da wir den Schwerpunkt dieser Arbeit auf das konkrete praktische Vorgehen gelegt haben, werden wir lediglich eine übersichtsartige Darstellung der wichtigsten aggressionsbeeinflussenden Faktoren in diesem Theorierahmen geben. Daneben wurden in der Integrativen Therapie für das Aggressionsthema noch andere differentielle Betrachtungsweisen entwickelt – etwa eine Differenzierung der Anlässe und Formen der Aggression – Territorial-, Sexual-, Rivalitätsaggression etc. [48, 49, 51].

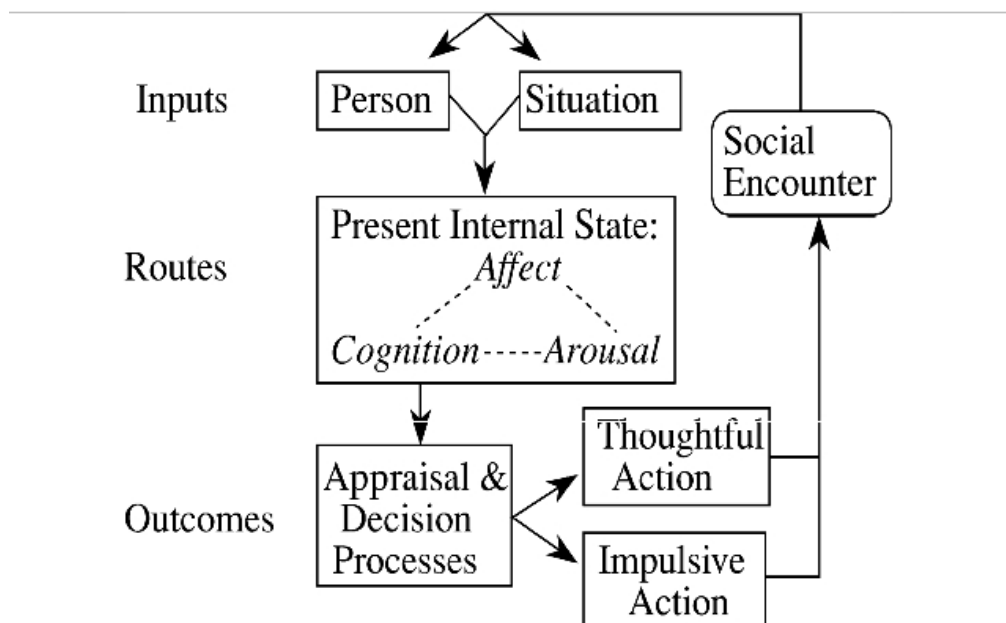


Abb. 1: Das allgemeine Aggressionsmodell (Anderson & Bushman 2002 )

### 3.1 Personale Faktoren

#### ***Instabiles Selbstwertgefühl***

Entgegen früherer Annahmen trägt nicht ein geringes, sondern ein instabiles Selbstwertgefühl zu aggressivem Verhalten bei. Eine geringe Wertschätzung oder Beachtung durch andere (Fremdattribution) kann auf diese Weise zu einer erheblichen Bedrohung für das eigene Selbstbild (Selbstattribution) [3, 22, S.357] und Identitätserleben [52] werden

### ***Wirksamkeitsbasierte Überzeugungen und Einstellungen***

Überzeugungen und Einstellungen werden auf unterschiedlichen Wegen vermittelt wie z.B. durch Familie oder Vorbilder [41]. Von spezieller Bedeutung ist aber vor allem die eigene Überzeugung, dass man auch die körperlichen Fertigkeiten für eine „erfolgreiche“ Anwendung aggressiven Verhaltens besitzt [3]. Hier spielen, wie die Forschung zeigt, Kampfsportarten – und insbesondere solche, in denen mit Vollkontakt trainiert wird – immer wieder eine herausragende, jedoch eher unrühmliche Rolle. Denn durch das ungebremste Schlagen auf den Gegner oder auch auf einen Boxsack werden motorische Aggressionsmuster gefördert und automatisiert [11]. Sie sind dann in Konflikt- und Stresssituationen besser zugänglich und werden infolgedessen auch schneller in dysfunktionaler Weise zum Ausdruck gebracht, mit den dann häufig erheblichen negativen Folgen.

### ***Abstumpfungseffekte***

Sowohl die Anwendung als auch der Konsum von Gewalt in Medien kann zu „Abstumpfungseffekten“ [33, S.125) und Prozessen der „Dehumanisierung“ [48] führen. Hierdurch werden gewalthemmende Einflüsse wie Empathiefähigkeit oder die Beachtung sozialer Normen untergraben [30]. Die eigene Arbeit mit Straftätern zeigt, dass durch Faustschläge hervorgerufene Risse in der Haut (sog. Cuts), Nasen-, Jochbein- oder Kieferbrüche von den Tätern immer wieder bagatellisiert werden, zum Teil um die eigene Brutalität zu vernebeln, zum Teil weil diese Verletzungen zur Normalität geworden sind.

### ***Wertvorstellungen***

Werte haben eine regulatorische Wirkung auf unser Verhalten und beschreiben im allgemeinen Sprachgebrauch Eigenschaften, die als erstrebenswert oder moralisch gut betrachtet werden. Sie sind höchst kulturspezifisch und haben meist eine aggressionshemmende Wirkung (z.B. Fairness, Respekt), können aber durchaus auch aggressionsfördernde Effekte haben, etwa bei fundamentalistischen Positionen [55]. Verletzungen persönlich bedeutsamer Werte (beispielsweise durch Beleidigung), können das Gefühl, sich als wertvoll zu erfahren, schwerwiegend stören [24, S.115). Sie werden daher oft als existenziell bedrohlich erlebt und nicht selten mit gewaltsamen Verhaltensweisen zu ihrer Verteidigung beantwortet.

### ***Feindseliger Attributionsstil***

Als feindseliger Attributionsstil wird die Tendenz einer Person beschrieben, mehrdeutiges Verhalten einer anderen Person als feindselige Absicht zu interpretieren [32, S.279f].

### ***Fähigkeit zur Impulskontrolle***

Impulsive, aggressive Reaktionen, die sich durch hohe Spontaneität und Unbesonnenheit

auszeichnen, laufen überwiegend im impliziten Funktionsmodus ab [21, S.113). Das heißt, die dahinterstehenden Motivationen, Ziele und Regeln bleiben weitgehend unbewusst. Das Verhalten wird mithin nicht als gewollt und steuerbar erlebt. Impulskontrolle erfordert demnach das Bewusstmachen alter und die Etablierung neuer persönlich bedeutsamer Ziele.

### ***Fähigkeit zur Emotionsregulation***

Angst, Wut, Ärger und Scham gelten als potenzielle Auslöser von Gewalt [19]. Ihre erfolgreiche Regulation ist ein wesentlicher Schlüssel für den Einsatz oder die Vermeidung von Aggression.

### ***Neurobiologische Faktoren***

Störungen der Funktionen präfrontaler Kortextbereiche wie auch der Amygdala werden im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten diskutiert. Im ersten Fall kommt es zu einer eingeschränkten zügelnden Wirkung des Präfrontalkortex auf die Amygdala und anderer subkortikaler Bereiche, von denen aggressive Impulse ausgehen können [68, S.334). Im zweiten Fall führen Störungen der amygdalären Funktion, etwa im Sinne eines Hyperarousals aufgrund anhaltender Stressbelastung dazu, dass uneindeutige Reize mit höherer Wahrscheinlichkeit als bedrohlich interpretiert und aggressive Verhaltensmuster auf direktem Wege leichter ausgelöst werden [5, S.152 u. 719].

Aber auch genetische Variablen wie die Aktivität des Enzyms Monoaminoxidase A (MAOA) haben Einfluss auf die Entwicklung aggressiver Verhaltensweisen [13, 36, 68].

### ***Geschlechtsunterschiede***

Männer und Frauen unterscheiden sich weniger durch das Ausmaß an Aggression, als vielmehr durch die praktizierten Aggressionsformen [36, S.124). Direkte, offene und vor allem physische Aggression scheint eine „Männerdomäne“ zu sein, während Frauen eher indirekte oder verdeckte Aggressionsformen zeigen, wie Intrigen spinnen, über jemanden schlecht reden o.ä. [6].

## **3.2 Situative aggressionsbeeinflussende Faktoren**

Unter situative Faktoren verstehen wir die aggressionsrelevanten Stimuli innerhalb einer konkreten Situation. Von Bedeutung sind hier:

- Aversive affektive Erregung wie Wut, Ärger, Scham oder Unterlegenheitsgefühle,
- Appetitive/positive affektive Erregung wie Lust oder Dominanz fungiert als primärer Verstärker für aggressives Verhalten [22],
- Gewaltdarstellungen in Medien, die die Aktivierung aggressionsbezogener Kognitionen erleichtern (Priming) [32] oder auch zu Abstumpfungseffekten führen können,
- Konsum psychoaktiver Substanzen, insbesondere Alkohol [25].



#### 4 Therapieziele und -methode

Von den beschriebenen Einflussfaktoren – wir beschränken uns hier auf die personalen Faktoren - lassen sich erste Kernziele für die Therapie ableiten, die wir zunächst mit Hilfe von Kernkomponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF [14] beschreiben. Sie sind im Rahmen zukünftiger Arbeiten weiter auszudifferenzieren (Tabelle 1).

<b>ICF-Code</b>	<b>Körperfunktion/Aktivität</b>	<b>Beschreibung</b>
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.

Tabelle 1: ICF-orientierte Ziele in der integrativen Budötherapie

Diesen Kernzielen haben wir 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“ [64] 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 [7, S. 141).
- Wichtiger Bestandteil von Sport- und Bewegungstherapie ist das „Prinzip der Übung“. Um aggressive, sensomotorische Verhaltensmuster abzubauen, müssen alternative Verhaltensmuster erarbeitet, ihre Funktionalität leiblich erfahren und durch regelmäßiges Üben gebahnt werden [7, 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 [26, S.33f.).

## **5 Budō und Budōtherapie**

Budō ist der Oberbegriff für alle japanisch-koreanischen Kampfkünste und setzt sich aus den Worten Bu und Dō zusammen. *Dō* (道) bedeutet Weg, *Bu* (武) Kampf oder Krieg. Die ursprünglich kriegerischen Konnotationen ist 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 Budōformen (z. B. im Aikidō und im Shōrinji Kempō) eine weitere Neuorientierung hin zu einem „Weg des inneren und äußeren Friedens“ [64] statt, in dem durch eine „fundamentale Budōerfahrung“ [57] – so das Kernkonzept der „Integrativen Budōtherapie“ – 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 Training mit aggressionsbereiten Menschen geeignet. Budōtherapie ist nicht primär auf die Verbesserung motorischer Beanspruchungsformen (Kraft, Koordination, Ausdauer etc.) ausgerichtet, auch wenn dies durchaus ein Bestandteil des Therapiekonzeptes ist. Sie hat darüber hinaus die persönliche Entwicklung hin zu engagierter Mitmenschlichkeit und Frieden zum Ziel [57, S. 71]. Ihr ist insofern – als Teil der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie – ein komplexes Verständnis von Bewegungstherapie inhärent, wie es in den 1970er Jahren von Hilarion Petzold und Mitarbeiterinnen entwickelt wurde. Darüber hinaus stützt sie sich nicht allein auf die klassische Budōideologie, wie sie von verschiedenen Lehrern und Autoren vertreten wird (z.B. Inazo Nitobe: Bushidō, die Seele Japans). Denn diese kann in Teilen durchaus als problematisch angesehen werden [7, 52]. Wir haben in der Integrativen Budōtherapie ganz gezielt auch Konzepte aus der westlichen Philosophie integriert, um sie auch für unser westliches Kulturverständnis zugänglicher zu machen. Zu nennen sind hier insbesondere das Konzept der Intersubjektivität von Gabriel Marcel [37], das des fundamentalen Respekts vor der „Andersheit des Anderen“ (Emmanuel Lévinas) [45], die „Sorge um die Integrität des Anderen“ [60, 65] sowie das Konzept der Konvivialität [2]. Als gezielt eingesetzte Therapiemethode richtet sich Budōtherapie auf die Beeinflussung somatomotorischer, emotionaler, volitiver, kognitiver und sozialer Stile [47, S.852].

## **5.1 Psychische Stabilität aufbauen**

Als Kern psychischer Stabilität kann ein solides Selbstwertgefühl, wir sprechen auch von „persönlicher Souveränität“ [60] angesehen werden, das auch in kontroversen Auseinandersetzungen nicht verloren geht. Wir unterstützen dies durch eine grundsätzlich wertschätzende Haltung, indem wir bspw. Kritik und reaktantes Verhalten ernst nehmen. Wir reduzieren dadurch auf der einen Seite aversive Emotionen wie Ärger oder Unterlegenheitsgefühle und dämpfen auf diese Weise einen wesentlichen aggressionsrelevanten Stimulus. Auf der anderen Seite bieten wir den Teilnehmern aus lernpsychologischer Sicht ein alternatives Verhaltensmodell für den Umgang mit Kritik. Darüber hinaus fördern wir den Aufbau von *psychischer* Stabilität und Selbstwertgefühl (innere Haltung) durch das Erarbeiten einer *physischen* Stabilität (äußere Haltung), 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 [64].

Die theoretische Basis dieser Arbeit bilden die Integrative Leib- und Bewegungstherapie [z.B. 44, 46], die Embodimentforschung [z.B. 1, 12, 18, 67, 65; grundlegend 20, 63] sowie die Emotionsforschung [z.B. 34, 38]. Sie verweisen alle auf den engen bidirektionalen Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Geschehen. Nach heutigem Kenntnisstand können wir daher davon ausgehen, dass die Erarbeitung einer aufrechten und stabilen Körperhaltung, über die Rückmeldungen des somatischen Systems an kortikale und subkortikale Bereiche [34, S.313 ff], eine positive Wirkung auf das Erleben von Ruhe, Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen hat.



Abb. 2: Erarbeitung einer aufrechten, stabilen Körperhaltung mit Hilfe des Langstabes

## 5.2 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 [21, S.117 u. 127) im „impliziten Funktionsmodus“ ab, sind aber durchaus bewusstseinsfähig. Ebenso wird unser Handeln nicht nur von einem, sondern von verschiedenen Zielen bestimmt, die außerdem in Konkurrenz zueinanderstehen können: „Sei ein starker Mann“ und „Sei ein liebevoller Vater/Ehemann“.

In der Budōtherapie werden in konkret nachgestellten Konflikt- und Gewaltsituationen die impliziten Ziele für aggressives Verhalten bewusst gemacht, d.h. in den expliziten Funktionsmodus gebracht („Sei ein starker Mann“) und mit anderen persönlich bedeutsamen Zielen („Sei ein liebevoller 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 [59], die es dem Betroffenen ermöglicht, sich aktiv **für** ein handlungsleitendes Ziel zu entscheiden, die Entscheidung umzusetzen und durchzuhalten (volitionstherapeutisches Vorgehen) [62]. Auf diese Weise wird 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 [69]. 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“ [68, S.338]. Untersuchungen mit heroin- und kokainabhängigen Menschen und mit Menschen mit schwerer antisozialer Persönlichkeitsstörung weisen diesbezüglich auf deutliche Defizite hin [18]. Hier nutzen wir Rollenspiele, in denen Konfliktsituationen nachgestellt und ggf. mit Budōelementen 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 überdacht werden.

### 5.3 Respekt und Wärme in Beziehungen zeigen

Wichtige Werte für das gesellschaftliche Zusammenleben wie die Achtung des individuellen Lebensentwurfes des anderen [24, S.114] oder auch die „Sorge um die Integrität des anderen“ [65] tragen zu einer Hemmung aggressiver Impulse bei. Sie stehen in der Integrativen Budōtherapie daher an vorderster Stelle [64, 65]. 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-Kompetenz“ 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 [64]. 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 [47, S.1040; 66].



Abb. 3: Entwicklung einer wertschätzenden Grundhaltung durch die Verneigung

#### 5.4 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 [66]. 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“), so dass die im Allgemeinen „automatisch“ ablaufenden aggressiven Handlungsmuster wieder unter präfrontale Kontrolle gebracht werden.



Abb. 4: Abwehrtechnik zur Unterbrechung aggressiver Handlungsmuster



## 5.5 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 [21].

„Zanshin“ ist ein Prinzip des Budō, das so viel bedeutet wie „der Geist, der unbeweglich bleibt“ [70]. Es beschreibt den Zustand, in dem man zur Ruhe kommt, den Blick nach innen richtet, achtsam und absichtslos [64]. In der Budōtherapie 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 [34] zu einer emotionalen Umstimmung. Geeignet für diese Form der Spannungsregulation sind etwa ein Kata-Training, bei dem festgelegte Bewegungsformen geübt werden. Dabei kann beim Üben einer Kata beispielsweise auf den bewussten Wechsel von Anspannung und Entspannung fokussiert werden (ähnlich der progressiven Muskelrelaxation) oder man führt die Kata bewusst langsam mit sanften und fließenden Bewegungen durch. Beides sollte immer mit einer fließenden Atmung durchgeführt werden, bei der die Stimmritze beim Ausatmen offenbleibt, so dass die Ausatmung mehr oder weniger vollständig gelingt. Schließlich streben wir Emotionsregulation durch Meditationspraktiken wie dem Zazen oder auch Bewegungsmeditation an, die wir mit unterschiedlichen Achtsamkeitskonzepten und -praktiken [z.B. 59, 31, 4] verbinden, die im integrativen Konzept „komplexer Achtsamkeit“ zusammengeführt wurden [59].

## **5.7 Regulierung der Funktion endokriner Drüsen**

Wie oben 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 [29, S.35]. Uneindeutige Reize werden demzufolge mit höherer Wahrscheinlichkeit als bedrohlich interpretiert und aggressive Verhaltensmuster leichter ausgelöst [5, S.152 u. 719].

Ausdauerorientierte Aktivitäten haben bekanntlich einen dämpfenden Einfluss auf das sympatho-adrenomedulläre System [26] und sind folglich die Methode der Wahl. In der Budōtherapie 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.

## **6 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 [33, S.132]. Im hier beschriebenen, integrativen budötherapeutischen Ansatz haben wir versucht, diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen. Darüber hinaus streben wir durch die Kombination bewegungs- und psychotherapeutischer Maßnahmen einen komplexen Zugang zum Patienten an, weil auf diese Weise kognitive, emotionale, motorische und volitionale Prozesse angesprochen und so neue, friedfertige Verhaltensmuster nachhaltig implementiert werden können.

## **Literatur**

- [1] Adelman PK, Zajonc RB.: Facial efference and the experience of emotion. Annual Review of Psychology. 1989; 40: 249-280.
- [2] Adloff F, Legewie C. (Hrsg): Das konvivialistische Manifest. Für eine neue Zukunft des Zusammenlebens. Bielefeld: transcript Verlag; 2014.
- [3] Anderson CA, Bushman BJ.: Human Aggression. Annual Review of Psychology. 2002; 53: 27-51.
- [4] Andersen-Reuster U, Meibert P, Meck S. (Hrsg): Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2013.
- [5] Birbaumer N, Schmidt RF.: Biologische Psychologie. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] Brackertz, N.: Who is hard to reach and why? ISR Working Paper, January 2007, <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>
- [9] 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.
- [10] Baron RA, Richardson DR.: Human Aggression. New York: Plenum Press; 1994.
- [11] Bushman BJ.: Does Venting Anger Feed or Extinguish the Flame? Catharsis, Rumination, Distraction, Anger, and Aggressive Responding. Personality and Social Psychology Bulletin. 2002; 28: 724-731.
- [12] 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.

- [13] Caspi A, Mc Clay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R.: 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. <http://www.pedocs.de/volltexte/2012/5668/>
- [14] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization 2005. [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) (22.02.2013).
- [15] 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.
- [16] Dollase R.: Rahmungen von Gewalt. *Erziehung*. In: Gudehus C, Christ M. (Hrsg.): *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler; 2013:17-24.
- [17] 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.
- [18] Freitas-Magalhães A.: *Emotional Expression: The Brain and the Face* Bd. 1. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 2009.
- [19] Fückler S, von Scheve C.: Emotionen. In: Gudehus C, Christ M. (Hrsg): *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler; 2013: 197-202.
- [20] Gallagher S.: *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- [21] Grawe K.: *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- [22] 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.
- [23] Hecht A, Petzold HG, Scheiblich W.: Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 13/2014.
- [24] Herrmann SK.: Praktiken der Gewalt. Beleidigung. In: Gudehus C, Christ M. (Hrsg): *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler; 2013: 110-115.
- [25] Hoaken PNS, Stewart SH.: Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*. 2003; 28: 1533-1554. <http://www.ukcia.org/research/AggressiveBehavior.pdf>
- [26] Hollmann W, Strüder HK.: *Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin*. Stuttgart: Schattauer; 2009.
- [27] 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.
- [28] Hölter G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2011.
- [29] Hüther G.: *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2009.
- [30] International Society for Research on Aggression (ISRA): Report of the Media Violent Commission. In: *Aggressive Behavior*. 2012; 38: 335-342. Deutsche Fassung von Barbara Krahe (2013). [http://www.israsociety.com/pdfs/MVCommission\\_Statement\\_German%20version\\_final.pdf](http://www.israsociety.com/pdfs/MVCommission_Statement_German%20version_final.pdf).
- [31] Kabat-Zinn J.: *Gesund durch Meditation: Full Catastrophe Living. Das vollständige Grundlagenwerk*.

München: O.W. Barth; 2011.

[32] Krahe B.: Aggression. In: Jonas K, Stroebe W, Hewstone M. (Hrsg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2007: 265-294.

[33] Krahe B, Greve W.: Aggression und Gewalt. Zeitschrift für Sozialpsychologie. 2002; 33: 123-142.

[34] Ledoux J.: Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. 6. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 2012.

[35] Lindsay JJ, Anderson CA.: From antecedent conditions to violent actions: a general affective aggression model. Pers. Soc. Psychol. 2000; B 26: 533-547.

[36] Lück M, Strüber D, Roth G. (Hrsg.): Psychobiologische Grundlagen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationszentrum der Carl von Ossietzky Universität (BIS); 2005.

[37] Marcel G.: Leibliche Begegnung. In Petzold HG.: Leiblichkeit. Paderborn: Junfermann; 1985g: 15-46. Im Internet unter: <https://www.fpi-publikation.de/download/10578/>

[38] Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK.: Bodily maps of emotions. Proceedings of the national academy of sciences of the United States of America (PNAS). 2013; 111: 1-6. Im Internet unter: [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111).

[39] Osten P.: Die Anamnese in der Psychotherapie, München: Reinhardt; 2000

[40] Osten P.: Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. Bei: [www.FPI-Publikation.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikation.de/materialien.htm) - POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 14/2011.

[41] Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E.: A developmental perspective on an antisocial behavior. Am. Psychol. 1989; 44: 329-335.

[42] Petzold HG.: Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1971; 3: 268-281.

[43] Petzold HG.: Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive, Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993. Gestalt (Schweiz) 1995; 24: 4-21.

[44] Petzold HG.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3. Auflage. Bd. 1-2. Paderborn: Junfermann. 1996a.

[45] Petzold HG.: Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). Integrative Therapie 1996; 2-3: 319-349. Im Internet unter: <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

[46] Petzold HG.: Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.Fpi-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.Fpi-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2002.

[47] Petzold HG.: Integrative Therapie, Bd. 1-3. Paderborn: Junfermann; 2003a.

[48] Petzold HG: Aggression. Perspektiven Integrativer Therapie – Impulse zu Diskursen (2003c). Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 05/2003.

[49] Petzold HG.: Aggressionsnarrative, Ideologie und Friedensarbeit. Integrative Perspektiven (2006h). In: Staemmler F, Merten R.: Aggression, Zivilcourage. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 2006: 39-72.

[50] 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“. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) -

- Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4/ 2009.
- [51] Petzold H G.: Was ist weitergegangen im Diskurs? „Goodmansche Gestalttherapie“ der Aggression 2001 – 2011. Vorbemerkung zur Neueinstellung von 2001d. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien/htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien/htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 6/2011.
- [52] Petzold HG.: Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven (2012a). Wiesbaden: Springer VS Verlag; 2012.
- [53] 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). Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php – 12/2012>.
- [54] 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. Und im Internet unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php - 2014>.
- [55] Petzold HG.: Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zur Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in «unruhigen Zeiten» am Beispiel dysfunktionaler neruozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niquab, Genital Mutilation (2016q). Bei: <https://www.fpi-publikation.de/download/10438/>
- [56] Petzold HG.: Budō-Therapie und „fundamentale Budō-Erfahrung“ – Metakritische Reflexionen 2017 zu Kampf- und Friedenswegen aus Sicht „Integrativer Therapie und Kulturarbeit“ (2017p). Im Druck.
- [57] Petzold HG, Bloem J, Moget P.: Budokünste als Weg und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven. Integrative Therapie. 2004; 30: 24-100.
- [58] Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A.: Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl H, Strauß B. (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe; 1998. Und bei: [www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php](http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php).
- [59] Petzold HG, Moser S, Orth I.: Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition. In: Psychologische Medizin. 2012; 23: 18-36 und 42-59. Und bei: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>.
- [60] Petzold HG, Orth I.: Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 6/2014.
- [61] Petzold HG, Osten P.: Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter A. (1998) (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer; 1998. Und bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.
- [62] Petzold HG, Sieper J.: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius; 2008.
- [63] 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: Krammer; 2012: 243-321. Und bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 21/2012.

[64] Siegele F.: Budotherapie – 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.

[65] 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.

[66] 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. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002

[67] Stepper S, Strack F.: Proprioceptive determinants of emotional and nonemotional feelings. Journal of Personality and Social Psychology. 1993; 64: 211-220.

[68] Strüber D.: Hirnforschung. In: Gudehus C, Christ M. (Hrsg): Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler; 2013: 332-339.

[69] Suzuki DT.: Karuna - Zen und der Weg der tätigen Liebe. Der Bodhisattva-Pfad im Buddhismus München: O.W.Barth-Verlag; 1996.

[70] 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.

[71] Tschacher W, Munt M, Storch M.: Die Integration von Tanz, Bewegung und Psychotherapie durch den Embodimentansatz. In: Körper Tanz Bewegung, Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie. 2014; 2: 54-62.

[72] 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.

[73] Wahl K.: Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick: Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2013.

## **Autoren:**

Dr. Sportwiss. Hermann Ludwig

Diplomsportlehrer, Integrativer Budötherapeut

Bemeroder Straße 66, 30559 Hannover

Tel. 0511-3104904

[heluhanno@go4more.de](mailto:heluhanno@go4more.de)

Frank Siegele Msc

Jugendlichenpsychotherapeut, Integrativer Budōtherapeut, Diplomsupervisor

Teichstraße 2, 30449 Hannover

Tel. 0511-84895737

[siegele@praxisgemeinschaft-linden.de](mailto:siegele@praxisgemeinschaft-linden.de)

Univ. Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

Approb. Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut, Lehrsupervisor

Leib- und Bewegungstherapeut, Budōtherapeut