

**Therapeutische Interventionen bei dissozialem und aggressivem Verhalten**

(Therapeutic Interventions for Antisocial and Aggressive Behavior)

Alexander F. Schmidt

Universität Bonn

Erschienen als

Schmidt, A. F. (2012). Therapeutische Interventionen bei dissozialem und aggressivem Verhalten.  
*Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 58*, 124-128.

Korrespondenzadresse

Alexander F. Schmidt, Institut für Psychologie, Abteilung Sozial- & Rechtspsychologie,  
Universität Bonn, Kaiser-Karl-Ring 9, 53111 Bonn. Email: afschmidt@uni-bonn.de.

### **Zusammenfassung**

Aggressive und dissoziale Erlebens- und Verhaltensweisen sind weit verbreitete Phänomene, deren Heterogenität sich nicht nur in der Vielzahl unterschiedlicher Tatbestände im Strafgesetzbuch niederschlägt, sondern auch in den Symptomen verschiedener psychischer Störungen in den standardisierten Diagnosemanualen ihre Entsprechung findet. Aggressives und dissoziales Verhalten stellt das Resultat zugrundeliegender Beeinträchtigungen a) der Impulskontrolle, b) der Emotionsregulation, sowie ausgeprägter c) narzisstisch-egozentrischer, d) histrionischer, d) süchtiger und e) krimineller Erlebens- und Verhaltensweisen dar. Diese lassen sich zum Ausgangspunkt transdiagnostischer therapeutischer Ansätze machen, die mittels spezifischer Interventionen die jeweiligen Problembereiche in sozial erwünschter Weise zu beeinflussen versuchen. Im Folgenden werden in Ergänzung zur Vielzahl störungsspezifischer Behandlungsmethoden therapeutische Ansätze zur Verbesserung der Emotionsregulation, der Selbstkontrolle, des Ärgermanagements und zur Straftäterbehandlung sowie deren empirische Bewährung vorgestellt.

Aggressive and antisocial behavior is a prevalent phenomenon. The heterogeneity of such behaviors is not only reflected in wide range of criminal offences in the penal code but also in the symptoms associated with different psychological disorders in the operationalized diagnostic manuals. Aggressive and antisocial behavior results from a) impairments of impulse control, and b) emotion regulation, as well as pronounced c) narcissistic-egocentric, d) histrionic, d) addiction-related, and e) criminal dispositions. These underlying characteristics can be targeted by therapeutic approaches that are specifically designed to facilitate individual change towards more socially accepted behavior. In this article an empirically informed overview of such transdiagnostic approaches aiming to increase emotion regulation, self-control, anger management, and offender rehabilitation is given as an adjunct to disorder-specific treatment approaches.

### **Therapeutische Interventionen bei dissozialem und aggressivem Verhalten**

Aggressive und dissoziale Erlebens- und Verhaltensweisen sind weit verbreitete und äußerst heterogene Phänomene von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz, was sich nicht nur in der Vielzahl unterschiedlicher Straftatbestände im Strafgesetzbuch niederschlägt, sondern auch in den Symptomen verschiedener psychischer Störungen in den standardisierten Diagnosemanualen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003; ICD-10; Dilling, Mombour, & Schmidt, 2009) seine Entsprechung findet. Auf der Ebene der Straftaten verteilten sich von den ca. sechs Millionen erfassten Straftaten in der Polizeilichen Kriminalstatistik 2010 die mit Aggressivität im engeren Sinne assoziierten Delikte folgendermaßen: 23% Straßenkriminalität, 3% Gewaltdelikte, 1% Sexualdelikte sowie 1% Straftaten im Straßenverkehr. Bezuglich aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr gibt jeder zweite Autofahrer geschlechtsunabhängig an, entsprechende Verhaltensweisen häufig zu beobachten oder selbst aggressiv zu fahren (Burns & Katovich, 2003; Maag, Krüger, Benmimoum, & Neunzig, 2004; Maxwell, Grant & Lipkin, 2005). Aggressives Fahren wird als Verursachungsfaktor mit der Hälfte aller Autounfälle in Verbindung gebracht (American Automobile Association, 2009). Auf psychologischer Ebene sind neben allgemeiner Aggressivität, Ärger, Impulsivität und Sensation Seeking als weitere Persönlichkeitsdispositionen mit aggressivem Fahren assoziiert (für einen Überblick siehe Galovski & Blanchard, 2004; Herzberg & Schlag, 2006; Witthöft, Hofmann & Petermann, 2011).

Aus klinischer Sicht zeigen sich aggressive und dissoziale Erlebens- und Verhaltensweisen als Symptome unterschiedlicher psychischer Störungen. Entsprechende Behandlungsansätze und Trainings machen insbesondere folgende (nicht notwendigerweise überlappungsfreie) Ätiologiefaktoren und Symptomgruppen zum Ansatzpunkt ihrer Interventionen zur Reduktion von Aggressivität und Dissozialität: a) Beeinträchtigungen der Impulskontrolle, Selbst- und Emotionsregulation, b) Narzisstisch-egozentrisch-histrionisch-feindselige Dispositionen, wie sie hauptsächlich im Cluster B (dramatisch-emotional-launisch; Saß et al., 2003) der Persönlichkeitsstörungen beschrieben werden, und die häufig komorbid auftreten, c)

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

Substanzmissbrauch und Abhängigkeit sowie d) kriminelles Verhalten im Allgemeinen. Im weiteren Verlauf wird sich der Artikel auf vorwiegend transdiagnostische (d.h., störungsübergreifend) einsetzbare Behandlungsansätze für Erlebens- und Verhaltensweisen aus dem erst- und letztgenannten Symptombereich beschränken, da auf störungsspezifischer Ebene für die Bereiche der Persönlichkeitsstörungen (z.B. Fiedler, 2006; Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004) und Abhängigkeiten (z.B. Miller & Carroll, 2011) eine äußerst umfangreiche Literatur existiert, die den Rahmen dieses kurzen Überblicks bei weitem übersteigen würde. Im Folgenden stehen Behandlungsansätze zur Stärkung der Selbstregulation sowie zur Reduktion dissozialer Erlebens- und Verhaltensweisen samt ihren primären Interventionsfoki im Mittelpunkt. Weiterhin wird kurz auf die empirische Bewährung der einzelnen Programme eingegangen.

### **Behandlungsansätze zur Verbesserung der Emotionsregulation und Impulskontrolle**

Empirisch wirksame Ansätze zur Verbesserung selbstregulativer Kompetenzen entlehnen ihre Interventionsansätze überwiegend aus dem gesamten Spektrum der kognitiven Verhaltenstherapie inklusive ihrer jüngsten Weiterentwicklungen. Den Grundstock bilden dabei häufig angewandte klassische Ansätze wie das Problemlösetraining (D'Zurilla & Goldfried, 1971), das Stressimpfungstraining (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988) sowie das Stressbewältigungstraining (Kaluza, 2010). Diese Verfahren werden zumeist kombiniert mit Entspannungstechniken wie z.B. die Progressive Muskelrelaxation (Jacobson, 1938) und Interventionen, die aus der emotionsfokussierten Therapie (Greenberg, 2002) entlehnt worden sind.

In der letzten Dekade haben zunehmend auch Elemente der sogenannten dritten Welle der kognitiv-behavioralen Therapie (Hayes, 2004) als erfolgreiche Behandlungsrationales Zuspruch gefunden, die die Mechanismen Achtsamkeit (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) und Akzeptanz (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) in den Fokus ihrer Interventionen stellen und damit – wenn auch nicht unwidersprochen (z.B. Hofmann & Asmundson, 2008) – zu Fortschritten auch bei bislang eher schwierig zu behandelnden Problemen beigetragen haben (Öst, 2008; Grossman et al.,

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

2008). Ein zentrales Thema dieser neueren Ansätze ist die bewusste zielbezogene Regulation belastend empfundener Emotionen, die verstärkt auf Fähigkeiten zur nicht bewertenden Wahrnehmung und momentanen Akzeptanz dieser Erlebensweisen abstellt, anstatt auf direkte Versuche, die eigenen Gefühle unmittelbar zu beeinflussen.

### **Skills-Training in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderlinestörung**

Das Fertigkeiten-Training innerhalb der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderlinestörung (DBT; Linehan, 1993; 2004) stellt ein schon relativ früh stark systematisiertes Vorläuferprogramm dar, das bereits Anfang der 1990er Jahre viele der oben aufgelisteten Elemente der dritten Welle aufgegriffen hat. Ursprünglich ist dieses als therapiebegleitendes Training von beträchtlichem Umfang zur Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit Gefühlsschwankungen und Impulsivität konzipiert worden – Problemen wie sie charakteristisch für Personen mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen sind. Im Rahmen des Trainings werden u.a. auch heftiger Ärger und Aggressivität thematisiert, was die dort eingesetzten Interventionen auch störungsunabhängig für Personen mit Problemen im Bereich Ärgererleben und Impulskontrolle interessant macht.

Zentrale Bewältigungsmechanismen, die mittels spezifischer Interventionen geübt werden sind: a) Achtsamkeitsfertigkeiten, die sich auf die Wahrnehmung von Gefühlen und Impulsen beziehen (sogenannte Was- und Wie-Fertigkeiten); b) Fertigkeiten zur Steigerung der interpersonellen Wirksamkeit wie z.B. gesprächsförderliche Aussagen zu tätigen, Bedürfnisse einfordern und ablehnen zu können unter Berücksichtigung einer beziehungserhaltenden Perspektive und der Wahrung von Selbstachtung; c) Fertigkeiten zum bewussten Umgang mit Gefühlen (z.B. wahrnehmen, benennen, deren Bedeutung/Funktion analysieren, positive Gefühle steigern, Akzeptanz von negativen Gefühlen, gegenregulatorisches Handeln); und schließlich d) Fähigkeiten, die zur Stresstoleranz beitragen. Empirisch zeigt sich in aktuellen Meta-Analysen (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Öst, 2008), dass die DBT moderate störungsspezifische Effekte aufweist, die jedoch nicht auf der Ebene von Aggressivität und Dissozialität beforscht wurden und teilweise nicht über die Effekte anderer wirksamer spezifischer Behandlungsprogramme für die Borderlinestörung hinausgehen.

### **Training emotionaler Kompetenzen**

Das Training emotionaler Kompetenzen (TEK; Berking, 2010) ist ein transdiagnostisch angelegtes Fertigkeitstraining, das mit einem Umfang von zehn Sitzungen explizit auch für eine nicht klinische Anwendung konzipiert worden ist. Primäres Trainingsziel ist es, negative Emotionen besser akzeptieren, aushalten und positiv verändern zu können. Die wichtigsten Trainingsbausteine sind hierbei a) Psychoedukation zu Entstehung, Verlauf, Funktion und Beeinflussung von Emotionen; b) Vermittlung von Entspannungstechniken; c) Fähigkeiten zur bewertungsfreien Wahrnehmung; d) Stressakzeptanz und –toleranz; e) Möglichkeiten der Selbstunterstützung; f) Techniken zur Situationsanalyse sowie g) Emotionsmodifikationsfertigkeiten. Empirisch konnten inkrementelle emotionsregulationsspezifische Verbesserungen gegenüber einer kognitiv-behavioralen Standardbehandlungsgruppe belegt werden, was für die spezifische emotionsregulative Wirksamkeit dieses Trainings spricht (Berking et al., 2008).

### **Ärger-Management Training und Anti-Aggressionsprogramme**

Beim Ärger-Management Training (AM; Novaco, 2007) und den sogenannten Antiaggressionsprogrammen (z.B. Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) handelt es sich ebenfalls um für nicht-klinische Populationen entwickelte störungsunabhängige Interventionsprogramme. Zentraler Fokus des AM ist die Unterscheidung zwischen funktionalem und dysfunktionalem Ärger, wobei lediglich letzterer zum Ziel der Interventionen gemacht wird. Das Training besteht aus drei Phasen. In der Vorbereitungsphase stehen neben einer umfangreichen Ärgerdiagnostik hauptsächlich Komplianz und motivationale Aspekte auf Seiten des Teilnehmers im Vordergrund sowie die Vermittlung psychoedukativer Informationen zum Ärgererleben. Die zweite Phase widmet sich ganz der eigentlichen Fertigkeitenvermittlung. Im Rahmen umfangreicher Übungen und Rollenspiele werden aufbauend auf dem in der ersten Phase eingeführten Ärgermodell Wahrnehmung von Ärger, Entspannung, kognitive Umstrukturierung ärgerbezogener Gedanken sowie förderliche Selbstinstruktionen erprobt und eingeübt. Abschließend dient die dritte Phase dem Transfer der

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

gelernten Inhalte in das Alltagsverhalten. Hierzu werden vertiefende Rollenspiele sowie die systematische Desensibilisierung in-vivo herangezogen.

Diese grundlegenden Interventionsbausteine lassen sich um ein soziales Kompetenztraining und Übungen zum moralischen Schlussfolgern zum sogenannten Aggression Replacement Training (ART; Goldstein et al., 1998) erweitern. Sowohl das AR als auch das ART haben sich in verschiedenen klinischen/Straftäter und auch nicht-klinischen Stichproben als wirksam herausgestellt (Hollin & Bloxsom, 2007; Hatcher et al., 2008). Demgegenüber verbleibt das im deutschen Sprachraum mit einer gewissen Popularität versehene sogenannte Anti-Aggressivitäts- & Coolness Training® (AAT/CT) bislang ohne wissenschaftlich überzeugenden Wirkungsnachweis. Zusätzlich ist das stark tatkonfrontative Vorgehen im Gruppensetting aus therapeutischer Sicht als problematisch einzuschätzen, da ungünstigen Gruppenreaktionen gegenüber dem konfrontierten Individuum Vorschub geleistet wird.

### **Aggressives Fahren („Road Rage“)**

Es gibt nur eine geringe Anzahl wissenschaftlich publizierter spezifischer Behandlungsprogramme für aggressives Fahren. Galovski und Blanchard (2004) konnten in ihrem Überblicksartikel insgesamt drei Programme identifizieren, die sich mit den in der deutschen Literatur dargestellten Ansätzen überlappen (Herzberg & Schlag, 2006). Die in den Programmen eingesetzten Interventionen orientieren sich an den bislang dargestellten Ansätzen: So basieren die Programme ebenfalls auf psychoedukativen Inhalten, Entspannungstechniken, kognitiven Umstrukturierungsmaßnahmen sowie Bausteinen zur systematischen Desensibilisierung und Emotionsregulation. Bezüglich der empirischen Wirksamkeitsbelege kommen Galovski und Blanchard (2004) zu der Feststellung, dass die beiden methodisch besser evaluierten Programme (Deffenbacher, Huch, Lynch, Oetting, & Salvatore, 2000; Galovski & Blanchard, 2002) spezifische Verbesserungen im fahrbezogenen Ärgererleben und Fahrverhaltenstagebüchern zeigen.

**Behandlungsansätze zur Reduktion von Rückfälligkeit im Rahmen der allgemeinen  
Straftäterbehandlung**

Zu den wichtigsten Zielen der allgemeinen Straftäterbehandlung gehört die Verhinderung von erneuter Delinquenz. In Fällen in denen vollständige Rückfallfreiheit – ähnlich wie in der Suchtbehandlung auch – nicht erreichbar ist, wird die Senkung des spezifischen und allgemeinen Rückfallrisikos im Sinne der Schadensbegrenzung (harm reduction) zum primären Ziel der Interventionsmaßnahmen. In der Literatur zur Straftäterbehandlung haben sich drei störungsunabhängige Prinzipien empirisch herauskristallisiert, die erfolgreiche Programme auszeichnen (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990; Andrews & Bonta, 2010). Das *Risikoprinzip* besagt, dass Straftäter in Abhängigkeit von ihrem Rückfallrisiko behandelt werden sollten. Dementsprechend sollten sich Rückfallrisiko und Behandlungsintensität entsprechen (je höher desto intensiver). Intensive Behandlungen für Täter mit geringem Rückfallrisiko können dabei sogar negative Effekte aufweisen und erhöhte Rückfallraten zur Folge haben (Andrews & Bonta, 2010). Nach dem *Bedürfnisprinzip* ist Straftäterbehandlung nur dann wirksam, wenn empirisch bewährte und veränderbare (dynamische) Risikofaktoren behandelt werden, die ursächlich sind für die Begehung der Straftaten. Ziel der Interventionen sollen demnach nur solche Risikofaktoren sein, deren Veränderung tatsächlich zu einer Veränderung der Rückfallwahrscheinlichkeit führt (sogenannte „criminogenic needs“; vgl. die Liste empirisch belegter (dynamischer) Delinquenzrisikofaktoren bei Andrews & Bonta, 2010, S. 58ff.). Die Behandlung anderer Problemverhaltensweisen (z.B. geringer Selbstwert, unklares personales Stresserleben) hat dagegen keine rückfallsenkende Wirkung. Schließlich fordert das *Ansprechbarkeitsprinzip*, dass Interventionen den kognitiven Stilen und motivationalen Besonderheiten der Straftäter angepasst werden müssen, um deren Wirksamkeit zu garantieren. Empirisch kann über alle Straftäterbehandlungsprogramme hinweg (im Vergleich zu klassisch strafenden Sanktionen) unabhängig von den drei Straftäterbehandlungsprinzipien eine mittlere Senkung der Rückfallrate um 12% festgestellt werden. Eine differenziertere Betrachtung zeigt, dass die Effektivität im Zusammenhang mit der Anzahl der in der Behandlung umgesetzten

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

Prinzipien steht: So steigt die Effektstärke auf bis zu 26% verringerte Rückfallraten in hochstrukturierten Programmen, die alle drei Prinzipien umsetzen können (Andrews & Bonta, 2010).

### **Das Reasoning & Rehabilitation Programm**

Das Reasoning & Rehabilitation Programm (R&R; Ross & Fabiano, 1985; Gretenkord, 2002) ist ein störungsunabhängig konzipiertes Fertigkeitstraining für Straftäter, das insgesamt aus 35 hochstrukturierten doppelstündigen Sitzungen besteht. Primäres Ziel ist es, das soziale Schlussfolgern und zwischenmenschliche Problemlösefähigkeiten zu verbessern. Dabei werden Rollenspiele und Übungen stark betont. Die einzelnen Module des R&R beinhalten Interventionen, die der Verbesserung von a) Problemlösen, b) sozialen Fertigkeiten, c) Verhandlungskompetenzen, d) Umgang mit Emotionen, e) kreativem und, f) kritischem Denken sowie g) der Weiterentwicklung von Werten dienen. Empirisch ist die rückfallsenkende Wirkung des Programms mit methodisch relativ belastbaren Studien aus mehreren Ländern belegt (Allen, McKenzie, & Hickman, 2001; Tong & Farrington, 2006).

### **Behandlung von Hochrisiko-Straftätern**

Eine schwer zu behandelnde Straftätergruppe sind Personen, die hohe Werte auf dem sogenannten Psychopathy-Konstrukt (Hare, 2003) aufweisen und sich als besonders gefährliche und wiederholt rückfällige dissoziale Kerngruppe erwiesen haben (Dahle & Haase, 2008). Die für diese Personengruppe charakteristischen Merkmale wie fehlende Veränderungsmotivation, ausgeprägte Manipulations- und Täuschungstendenzen, oberflächliche Emotionalität, Bindungsprobleme und ein hohes Sensation Seeking stellen Therapeuten und behandelnde Teams vor besondere Herausforderungen. Entsprechend der oben beschriebenen Behandlungsprinzipien kommt bei dieser Gruppe dem Ansprechbarkeitsprinzip ein besonders hoher Stellenwert zu. Gemeinhin überwiegt deshalb oftmals ein therapeutischer Skeptizismus und Annahmen der Unbehandelbarkeit kursieren in behandelnden Einrichtungen. Empirisch ist dies jedoch nicht gerechtfertigt, existieren doch einzelne Studien, die moderate Effekte hinsichtlich gesenkter Rückfallraten belegen, insbesondere

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

wenn es sich um jugendliche Straftäter handelt, die frühzeitig behandelt werden und das Ansprechbarkeitsprinzip beachtet wird (Salekin, Worley & Grimes, 2010, Olver & Wong, 2009). Fasst man die Befundlage über alle Studien hinweg zusammen, ist die Befundlage jedoch als uneindeutig zu bezeichnen, da keine methodisch starken Studien vorhanden sind, die belastbare Schlüsse zur Effektivität der Behandlung dieser Hochrisikogruppe zulassen (Salekin et al., 2010).

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl von therapeutischen Programmen, Trainings- und Behandlungsansätzen zur wirksamen Reduktion von aggressiven und dissozialen Erlebens- und Verhaltensweisen existiert, die auf zumeist klassischen kognitiv-behavioralen Interventionen zur Stärkung der Emotions- und Selbstregulation oder der Veränderung empirisch nachgewiesener Delinquenzrisiken beruhen. Dies gilt für eine große Bandbreite unterschiedlicher Symptome, Syndrome, Störungen sowie auch spezifisches und generelles kriminelles Verhalten. Lediglich für eine eng umschriebene Gruppe von Hochrisikostraftätern (sogenannte Psychopaths) ist die Befundlage zur Effektivität von Behandlungsmaßnahmen (noch) als uneindeutig zu bezeichnen.

Einschränkend verbleibt auch anzumerken, dass die empirische Absicherung zumeist nur auf relativ distalen, wenig aggressionsspezifischen Maßen unter primärer Verwendung von klinischen Befindlichkeits- und Fertigkeitsinstrumenten basiert. Ferner beruhen die meisten Ergebnisse auf Selbstberichtsmaßen und nicht auf behavioralen Daten. Eine läbliche Ausnahme bilden hier die Untersuchungen zur Straftäterbehandlung sowie AM und ART, die Rückfälligkeit auf Aktenbasis (Fremdbeobachtung) als Effektivitätsnachweise vorweisen können.

Eine wichtige Schlussfolgerung ist, dass die Wirksamkeit der meisten Programme durch eine intensivere Implementierung beträchtlich steigerbar ist. Je mehr der Fokus weg von rein psychoedukativen Programmen hin zu intensiv übenden Ansätzen verlagert wird, umso nachhaltigere Verhaltensänderungen sind zu erwarten. Dies ist u.a. beeindruckend belegt in den Daten zum Ansprechbarkeitsprinzip in der Straftäterbehandlung (Andrews & Bonta, 2010, Andrews et al., 1990).

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

Auch sind umfassendere Interventionsansätze, wie in der Straftäterbehandlung oder dem ART üblich, die der Einübung verschiedener, sich ergänzender Fertigkeiten dienen, erfolgversprechender, wenn es um die Beeinflussung verfestigter und schwerwiegender Verhaltensprobleme geht, als die im verkehrspsychologischen Bereich häufig eingesetzten Kurztrainings (z.B. Larson, 1996). Im Umgang mit einer Klientel, deren problematische Erlebens- und Verhaltensweisen Änderungen teilweise nur schwer zugänglich sind, scheint eine Orientierung an den Interventionsprinzipien erfolgreicher Programme aus anderen Bereichen (Sucht, Persönlichkeitsstörungen, Straftäterbehandlung) ein vielversprechender Ansatz, um Fortschritte bei der deutlich ausbaufähigen Entwicklung und Erforschung verkehrsspezifischer Aggressionsprogramme (Galovski & Blanchard, 2004) zu erzielen.

## Literatur

- Allen, L. C., Mackenzie, D. L., & Hickman, L. J. (2001). The effectiveness of cognitive behavioral treatment for adult offenders: A methodological, quality-based review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 498-514.
- American Automobile Association Foundation for Traffic Safety. (2009). *Aggressive driving: Research update*. Retrieved November 17, 2011, from <http://www.aaafoundation.org/pdf/AggressiveDrivingResearchUpdate2009.pdf>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5<sup>th</sup> ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoij, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy research. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Burns, R.G., & Katovich, M. A. (2003). Examining road rage/aggressivedriving: Media depiction and prevention suggestions. *Environment and Behavior*, 35, 621-636.
- Dahle, K.-P. & Haase, N. (2008). Psychopathie. In R. Volbert & M. Steller (Hrsg.). *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 68-77). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2009). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Deffenbacher, J. L., Huff, M. E., Lynch, R. S., Oetting, E. R., & Salvatore, N. F. (2000). Characteristics and treatments of high-anger drivers. *Journal of Consulting Psychology*, 47, 5-17.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Fiedler, P. (2006). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Galovski, T. E., & Blanchard, E. B. (2004). Road rage: A domain for psychological intervention?. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 105-127.
- Galovski, T. E., & Blanchard, E. B. (2002). The effectiveness of a brief, psychological intervention on court-referred and self-referred aggressive drivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1385-1402.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training*. Champaign, IL: Research Press.

- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy – Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gretenkord, L. (2002). Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R). In R. Müller-Isberner & L. Gretenkord (Hrsg.). *Psychiatrische Kriminaltherapie* (S. 29-40). Lengerich: Pabst.
- Hare, R.D. (2003). *Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hatcher, R. M., Palmer, E. J., McGuire, J., Hounsome, J. C., Bilby, C. A. L., & Hollin, C. (2008). Aggression replacement training with adult male offenders within community settings: A reconviction analysis. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 517-532.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Herzberg, P. Y., & Schlag, B. (2006). Aggression und Aggressivität im Straßenverkehr. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37, 73-86.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Hollin, C. R., & Bloxsom, C. A. J. (2007). Treatments for angry aggression. In T.A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech & D. Fisher (Eds.), *Aggressive offenders' cognition: Theory, research and practice* (S. 215-229). Chichester, West Sussex: Wiley.
- Jacobsen, E. (1938). *Progressive relaxation*. Oxford: University of Chicago Press.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Larson, J. A. (1996). *Steering clear of highway madness: a driver's guide to curbing stress and strain*. Wilsonville, OR: BookPartners.
- Linehan, M. M. (2004). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Maag, C., Krüger, H.-P., Benmimoun, A. & Neunzig, D. (2004). Aggressionen im Straßenverkehr – Modellierung von Individual-und Systemverhalten. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 50, 132–140.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16, 69-90.

## Interventionen Aggressivität/Dissozialität

- Miller, W. R., & Carroll, K. M. (2011). *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it*. New York, NY: Guilford.
- Millon, T., Grossman, S. , Milon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Novaco, R. W. (2007). Anger dysregulation: Its assessment and treatment. In T. A. Cavell & K. T. Malcolm (Eds.), *Anger, Aggression and interventions for interpersonal violence* (S. 3-54). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 328-336.
- Öst, G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Ross, R. R., & Fabiano, E. A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Salekin, R. T., Worley, C., & Grimes, R. D. (2010). Treatment of psychopathy. A review and brief introduction to the Mental Model Approach for psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 235-266.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Tong, L. S. J., & Farrington, D. P. (2006). How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime, & Law*, 12, 3-24.
- Witthöft, J., Hofmann, M., & Petermann, F. (2011). Aggression im Straßenverkehr. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie, und Psychotherapie*, 59, 311-323.