

Disclosure belangen spreker

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• Niet van toepassing• Niet van toepassing• Niet van toepassing• Niet van toepassing

Cognitive behavioral treatment programs for (sexually) violent forensic psychiatric patients

Ruud H.J. Hornsveld (Ph.D.), clinical psychologist and researcher, Erasmus University Medical Center

Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

www.Agressiehanteringstherapie.nl

Contents

Part 1: Risk factors, models, and treatment programs

- **Risk factors of general violence**
- **Models of general violence**
- **Program for general violent patients**
- **Risk factors of sexual violence**
- **Models of sexual violence**
- **Program for sexually violent patients**

Deel 2: Toepassingen

- **Video met interview van kindermisbruiker**
- **Casus verkrachter en kindermisbruiker**
- **Functionele analyses**
- **Behandelplannen**
- **Samenvatting en conclusies**
- **Vragen en antwoorden**

Risk factors of general violence (Bonta & Andrews, 2007)

Risk-Need-Responsivity (RNR) principles with eight risk factors:

- **history of antisocial behavior**
- **antisocial personality pattern**
- **antisocial cognitions***
- **antisocial associates***
- **family/marital circumstances***
- **school/work***
- **leisure/recreation***
- **substance abuse***

*** dynamic criminogenic needs**

Protective factors of general violence (Ward & Marshall, 2004)

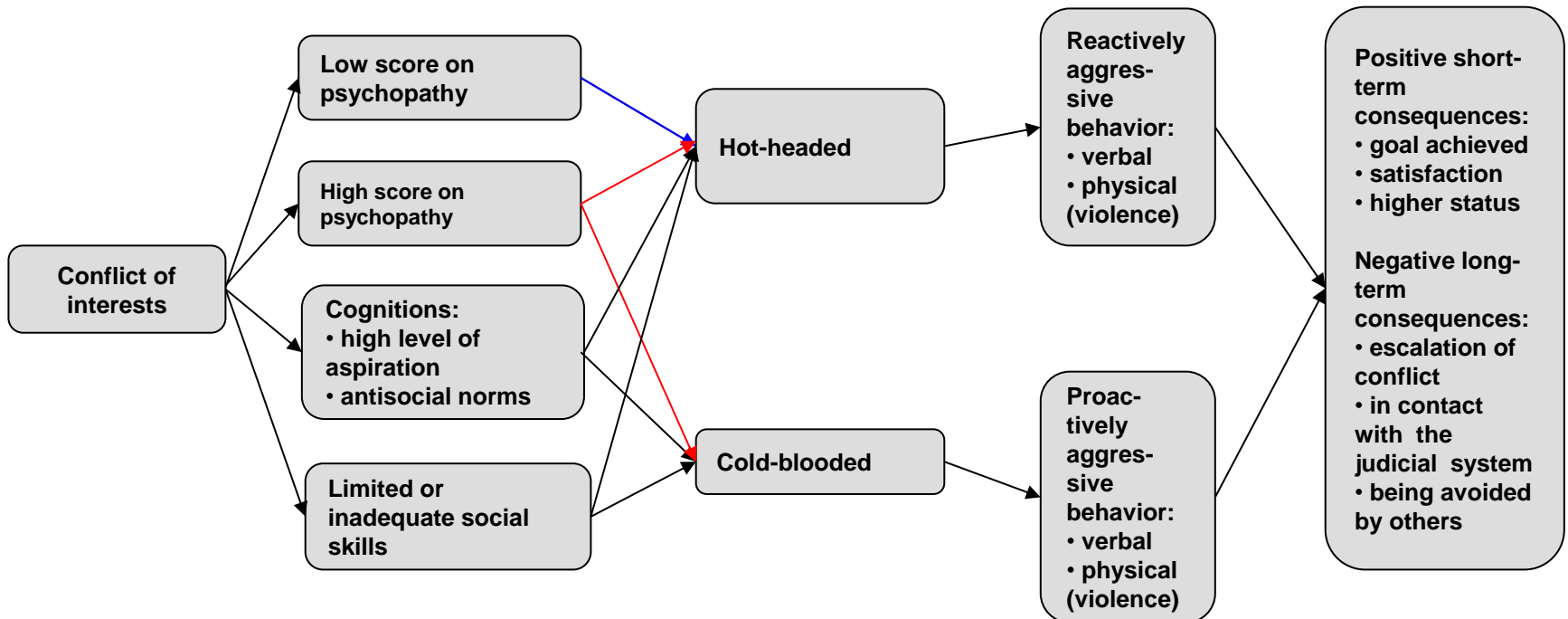
Good Lives Model (GLM) with ten good live goals:

- **healthy life**
- **knowledge**
- **excellence in play and work**
- **agency**
- **inner peace**
- **relatedness**
- **community**
- **spirituality**
- **happiness**
- **creativity**

Comments on Risk-Need-Responsivity model and Good Lives Model

- **Items have different abstraction levels**
- **Not that so much models, but more a list of areas with problem situations**
- **For the formulation of an holistic theory, functional analyses has to be made for all problem situations**
- **A holistic theory is needed for the formulation of a treatment plan with specific treatment objectives**

Model for general violence



Aggression Replacement Training (ART)

Fifteen weekly sessions lasting 1½ hours each and three five-weekly follow-up meetings for six to eight patients:

- anger management, sessions 1 to 5**
- social skills, sessions 6 to 10**
- moral reasoning, sessions 11 to 15**
- follow-up and evaluation, sessions 16 to 18**

Participants have to complete homework assignments

Results outpatient ART (Hornsveld, Muris, Kraaimaat, Zwets, & Kanthers, 2014)

Behavior change

- No change in 73 patients between intake and pre measurement, except for an increase in anger
- Compared with the pre training measurement, 62 patients scored lower on physical aggression and social anxiety during the post-training measurement. There was a trend in the reduction of hostility, aggression, and anger
- After completion of the training, patients did not differ from the *reference group* of secondary vocational students with respect to hostility and aggressive behavior

Results inpatient ART (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008)

- **Significant reduction on the OSAB-subscale Aggression**
- **No significant changes on the other subscales of the OSAB**
- **Significant decreases on self-report questionnaires for hostility and aggression in the experimental group but not in the control group**

Extended ART for inpatients (Hornsveld, Soe-Agnie, Donker, & Van der Wal, 2008).

Thirty-five weekly therapy sessions lasting 1½ hours each and three five-weekly follow-up meetings:

- anger management, sessions 1 to 5**
- social skills, sessions 6 to 10**
- moral reasoning, sessions 11 to 15**
- prosocial thinking, sessions 16 to 20**
- consequences of behavior on short and long term, sessions 21 to 25**
- prosocial network, sessions 26 to 30**
- attitudes towards women, sessions 31 to 35**
- follow-up and evaluation, sessions 36 to 38**

Weekly homework sessions lasting ¾ hour

Psychomotor Therapy

Therapy in which participants learn to focus on physiological sensations in stressful situations by means of physical exercises and who also learn how to cope these situations effectively

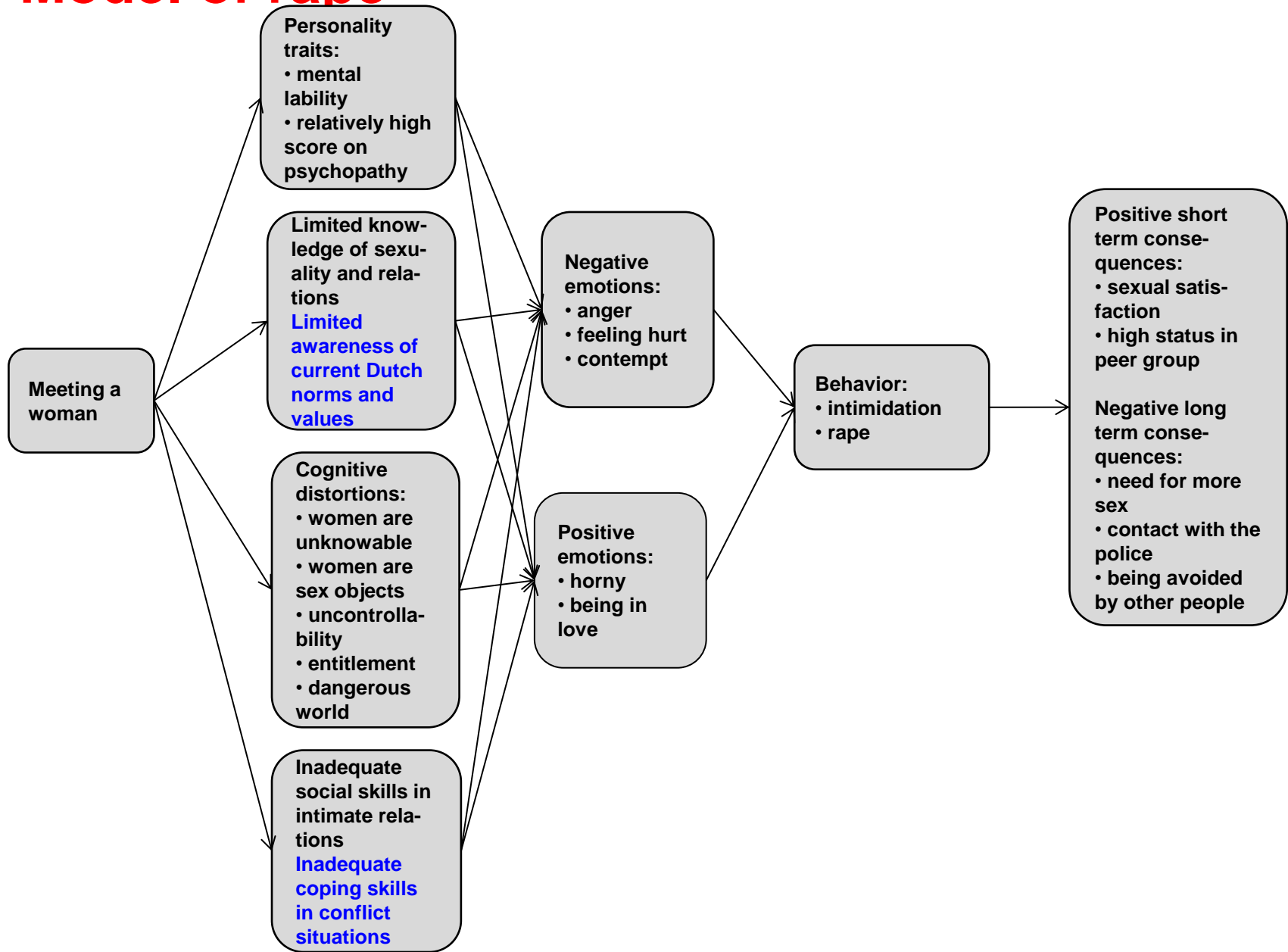
Results extended ART + PMT (Zwets et al., 2014)

- **Patients in the ART + PMT condition show significant improvement compared to the ART + Sports condition on self-reported coping**
- **Patients in the ART + PMT condition do not show significant improvements compared to the ART + Sports condition on aggression and bodily awareness**
- **Dropouts have significantly higher scores on the interpersonal factor and the lifestyle factor**

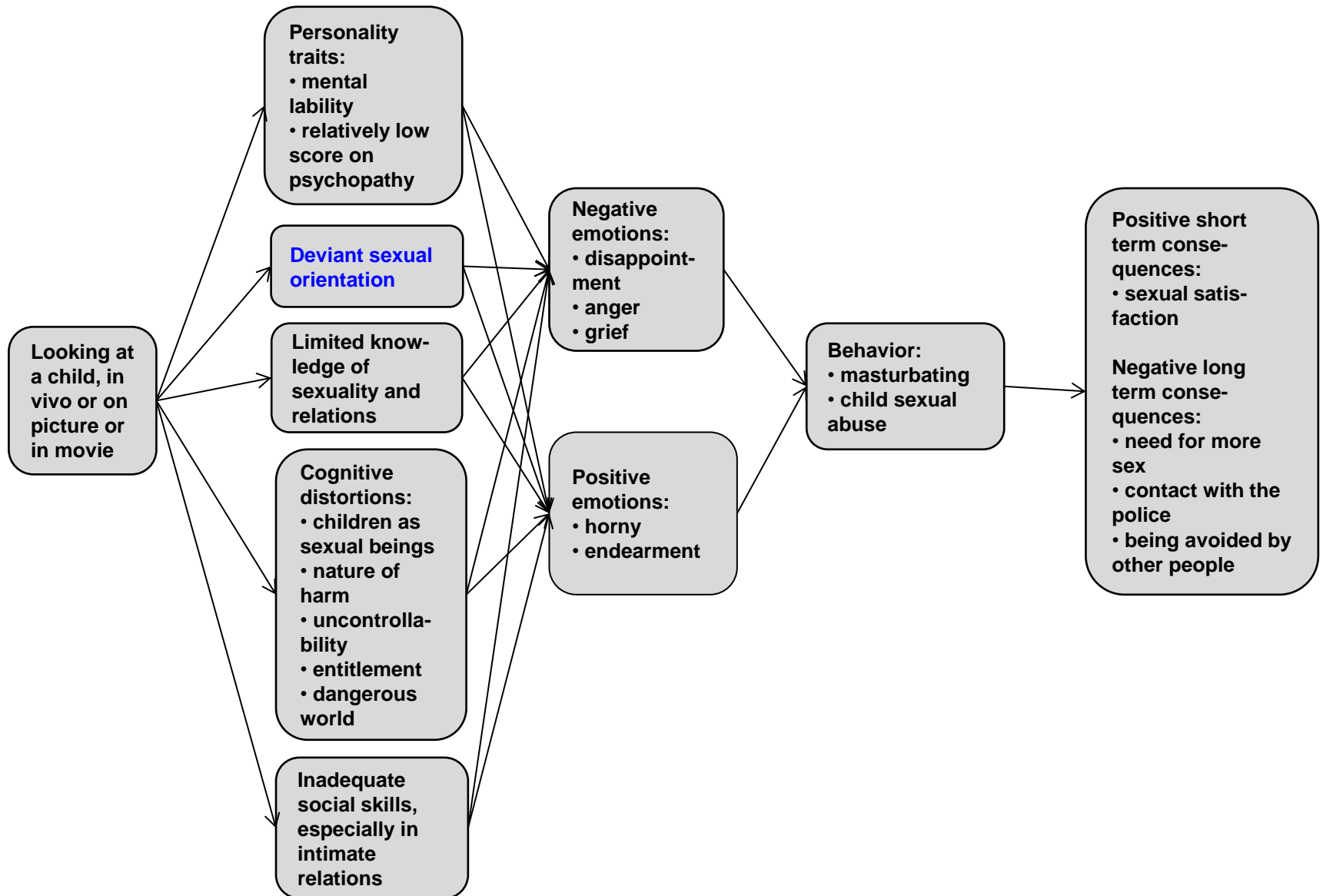
Risk factors of sexual violence (Hanson & Morton-Bourgon, 2005)

- **Deviant sexual orientation and antisocial attitudes are the most important predictors of recidivism**
- **Less important predictors are sexual preoccupations, unstable lifestyle/ impulsivity, offense supporting attitudes and problems in intimate relations**
- **Stress, denial of the sexual offense, lack of empathy or limited motivation for treatment had hardly or no relation to recidivism**

Model of rape



Model of child abuse



Cognitive behavioral program for sexually violent inpatients (Hornsveld et al., 2016)

Content

- **Assessment**
- **Basic training for child abusers and rapists separately:**
 - **Emotion regulation and social skills training for child abusers**
 - **Aggression management training for rapists**
- **Specific training for child abusers and rapists together:**
 - **Psycho-education**
 - **Cognitive distortions**
 - **Prosocial skills**
- **Management of risk situations**
- **Evaluation**

Psycho-education

Topics:

- **gender roles**
- **genitals**
- **sexually transmissible diseases**
- **contraception**
- **sexual diversity**
- **interpersonal relations**
- **pornography**
- **sexual violence**

After information discussion. Inappropriate facts or opinions about illegal behavior are corrected by the trainers.

Cognitive distortions

Participants learn to convert cognitive distortions into prosocial cognitions.

Four distortions of rapists (Ward & Keenan, 1999):

- **Women are unknowable**
- **Women as sex objects**
- **Male sex drive is uncontrollable**
- **Entitlement**

Four distortions of child abusers (Polaschek & Ward, 2002):

- **Children as sexual objects**
- **Nature of harm**
- **Male sex drive is uncontrollable**
- **Entitlement**

Cognitive distortions (continued)

Each session starts with a casus of a rapist or a child abuser, which is discussed on the basis of a number of questions.

When a participant put forward an opinion that is based on a cognitive distortion, he is asked to explicit his cognition. Then, the other participants give their opinion and the trainers their comments. Next, the participant is asked to convert his cognitive distortion into a prosocial cognition.

At the end of the session, participants receive homework assignments that asked them to convert a cognitive distortion into a prosocial cognition. In addition, they have to answers questions on a casus, a rapist or a child molester.

Prosocial skills

- **Treatment objectives**
- **Prosocial network**
 - **making acquaintance**
 - **making an appointment**
 - **intensifying contact**
 - **inform somebody about your offense**
 - **reacting on a rejection**
- **Relations and sexuality**
 - **showing a need for intimacy**
 - **reacting on a rejection**
 - **reacting on a approach**
 - **talking about sex**
 - **intensifying intimacy**

Prosocial skills (continued)

- **Work and leisure activities**
 - **receiving a compliment and maintaining a contact**
 - **standing up for yourself and reacting on a refusal**
 - **refusing something and giving your opinion**
 - **being criticized and asking for help**
 - **criticizing and making a compliment**

Prosocial skills (continued)

Participants learn skills that can or must be performed after a return into the community. Prosocial behavior is practiced during role-plays with the use of video and an actress. The video recordings make that the participants can review their own behavior and the actress heightens the reality of the situations. During the role-plays, receives the participating participant feedback from the actress, other participants, and trainers.

Homework assignments imply that participants practice the learned skills in the institution as much as possible. In addition, they are asked to answer questions on how they should behave in a number of theoretical situations that they may meet in the future.

Management of risk situations

During this module, participants have to demonstrate that they have now more insight in their own problem behaviors and that during role-plays they can translate that insight into new behaviors. They have to show that they can solve different risk situations adequately. When according to the trainers participants have made too little progress, the number of sessions of this module can be extended or a participant has to follow the program once more.

Treatment in closed groups

Advantages:

- **Group treatment is more efficient and more effective than individual treatment**
- **Other participants are seen as more credible than trainers**
- **Role-play can only be performed in groups**
- **An environment of participants with similar problems**
- **Group process is not disrupted as in open groups**
- **Trainers are better informed on the specific problems of the individual participants**
- **No differences between homogeneous composed groups and heterogeneous composed groups**

Treatment integrity

- **Manual for trainers and work-book for patients***
- **Trainers are experienced psychologists, at least one of them is a health care psychologist who is member of the Dutch society for cognitive-behavioral therapy (VGCT)**
- **Supervisor is a experienced clinical psychologist who is also a member of the VGCT**
- **Staff on the ward is qualified and informed about the targets and the content of the program**

* www.Agressiehanteringstherapie.nl

Toepassingen

Casus Kindermisbruiker

Koen heeft zijn eerste seksuele ervaring op achtjarige leeftijd, wanneer een oudere klasgenoot hem laat zien hoe je masturbeert. Op ongeveer twaalfjarige leeftijd start hij met gluren naar volwassen vrouwen. Koen trouwt op dertigjarige leeftijd, maar het seksuele contact is tijdens het huwelijk zeer beperkt. Het stel krijgt samen een dochter. Aanvankelijk houdt Koen zich bezig met het downloaden van porno, maar al snel gaat hij over tot exhibitioneren en masturberen ten overstaan van volwassen vrouwen. Nadat hij is opgepakt, wordt hij veroordeeld tot een ambulante behandeling. Zijn vrouw besluit dan van hem te scheiden.

Casus Kindermisbruiker (vervolg)

Koen gaat door met exhibitioneren en interesseert zich steeds meer voor minderjarige meisjes.

Uiteindelijk verkracht Koen meerdere minderjarige meisjes die samen met zijn dochtertje bij hem op bezoek zijn gekomen.

Casus Verkrachter

Jay wordt geboren in een gezin uit de Caraïben met veel kinderen, van wie verschillenden uit eerdere relaties van vader en moeder. Wegens aanhoudende gedragsproblemen wordt hij op twaalfjarige leeftijd in een internaat geplaatst. Op het internaat komt Jay in aanraking met soft- en harddrugs, en vertoont hij tegenover meisjes seksueel grensoverschrijdend gedrag. Jay krijgt vijf kinderen bij drie verschillende vrouwen, en belandt regelmatig in de gevangenis vanwege inbraken, mishandelingen of overvallen. Hij heeft onregelmatig werk. Onder invloed van drugs besluit hij een vrouw te ontvoeren. Met een mes dwingt hij een wandelaarster om met hem mee te gaan, stopt haar in de achterbak van zijn auto en brengt haar zo naar zijn huis.

Casus Verkrachter (vervolg)

Eenmaal thuis beseft Jay dat de vrouw erg boos op hem zal zijn. Hij denkt dat op te lossen door seks met haar te hebben.

Historical/Clinical/Risk Management (HCR-20), version 3 (De Vogel et al., 2013)

Klinische items:

- 1. Inzicht**
- 2. Gewelddadige denkbeelden of intenties**
- 3. Symptomen van ernstige psychische stoornis**
- 4. Instabiliteit**
- 5. Respons op behandeling of toezicht**

Risicohanterings items

- 1. Professionele ondersteuning en plannen**
- 2. Leefomstandigheden**
- 3. Persoonlijke steun**
- 4. Respons op behandeling of toezicht**
- 5. Stress / coping**

Dynamische items Stable-2007 (Van den Berg & Koch, (2014)

Nr.	Omschrijving	Koen	Jay
1	Belangrijke sociale invloeden	Hoog	Hoog
2	Vermogen tot stabiele relaties	Gem.	Laag
3	Betrokkenheid met kinderen	Hoog	Laag
4	Vijandigheid jegens vrouwen	Laag	Gem.
5	Algemene sociale afwijzing	Hoog	Gem.
6	Betrokkenheid met anderen	Laag	Laag
7	Impulsief	Laag	Hoog
8	Probleemoplossende vaardigheden	Gem.	Gem.
9	Negatieve emotionaliteit	Laag	Laag

Dynamische items Stable-2007 (Van den Berg & Koch, (2014))

Nr.	Omschrijving	Koen	Jay
10	Seksuele drift of preoccupatie	Hoog	Hoog
11	Seksualiteit als coping	Laag	Hoog
12	Deviante seksuele voorkeur	Hoog	Gem.
13	Deviante seksuele interesse	Hoog	Gem.
14	Samenwerking bij toezicht	Laag	Laag

Zelfrapportage vragenlijsten

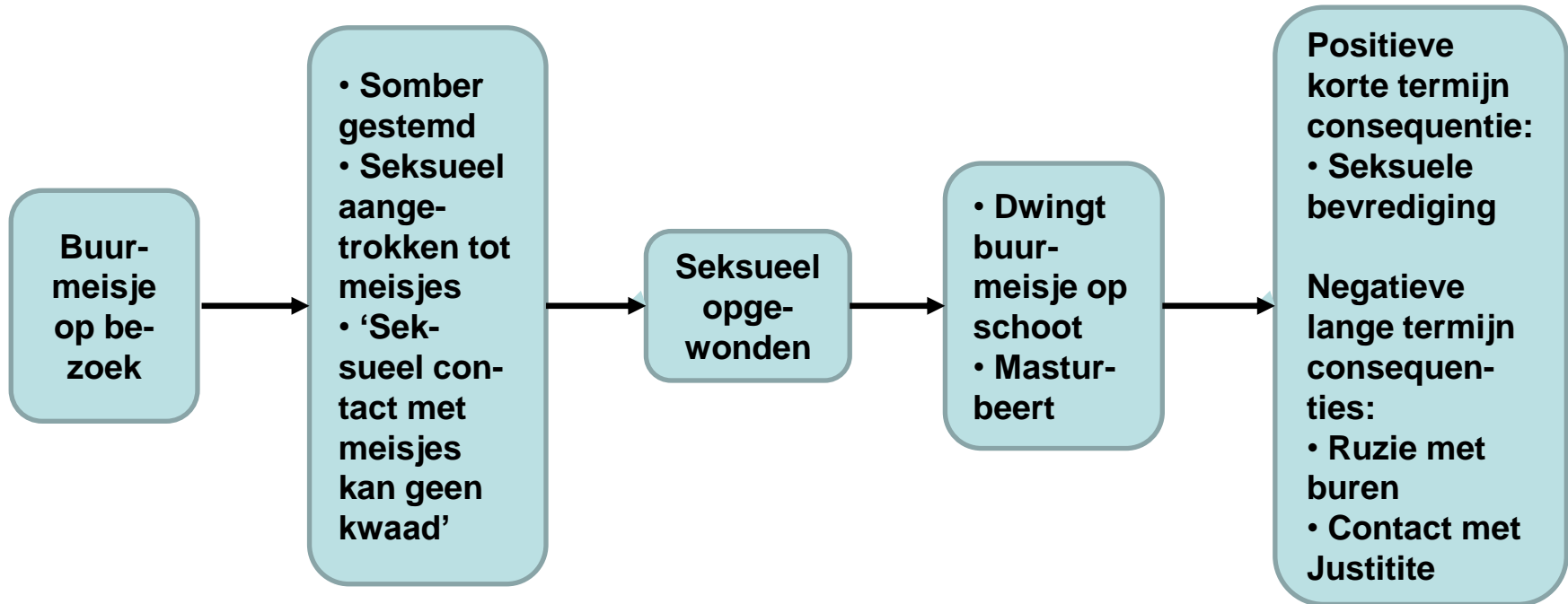
Test*	Omschrijving	Koen	Jay
NEO-FFI	Psychische labiliteit	Hoog	Hoog
	Altruïsme	Gem.	Laag
ZAV	Woede als trek	Laag	Gem.
PFS-AV	Vijandigheid	Laag	Hoog
AVL	Fysieke agressie	Laag	Gem.
	Verbale agressie	Laag	Hoog
NAS-PI	Woede als toestand	Laag	Gem.
IOA Frequentie	Kritiek geven	Hoog	Hoog
	Compliment geven	Gem.	Laag
	Contact maken	Laag	Hoog

Observatieschaal

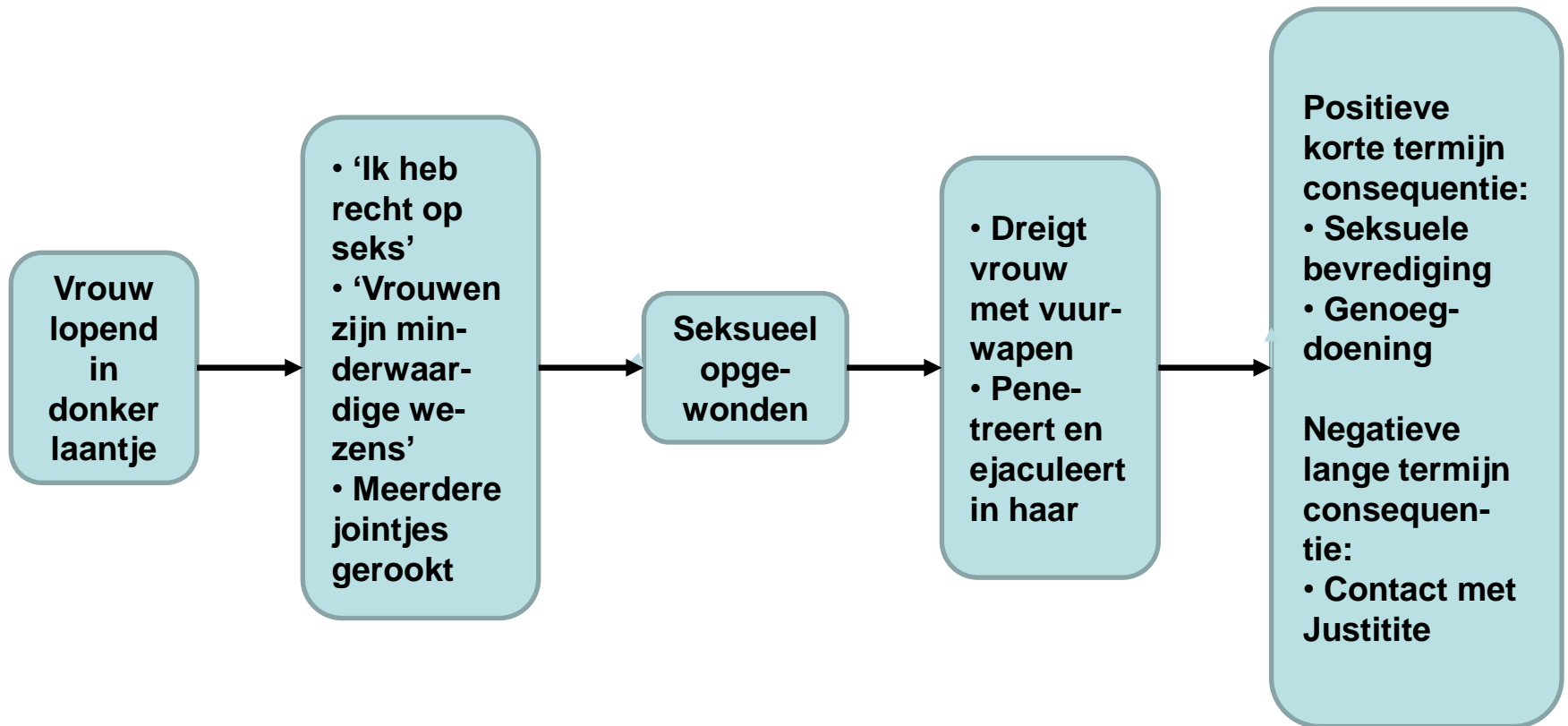
Test*	Omschrijving	Koen	Jay
OSAB	Irritatie/woede	Laag	Gemiddeld
	Agressief gedrag	Laag	Gemiddeld
	Prosociaal gedrag	Laag	Hoog

*** Referenties voor de tests zijn te vinden op:**
www.Agressiehanteringstherapie.nl

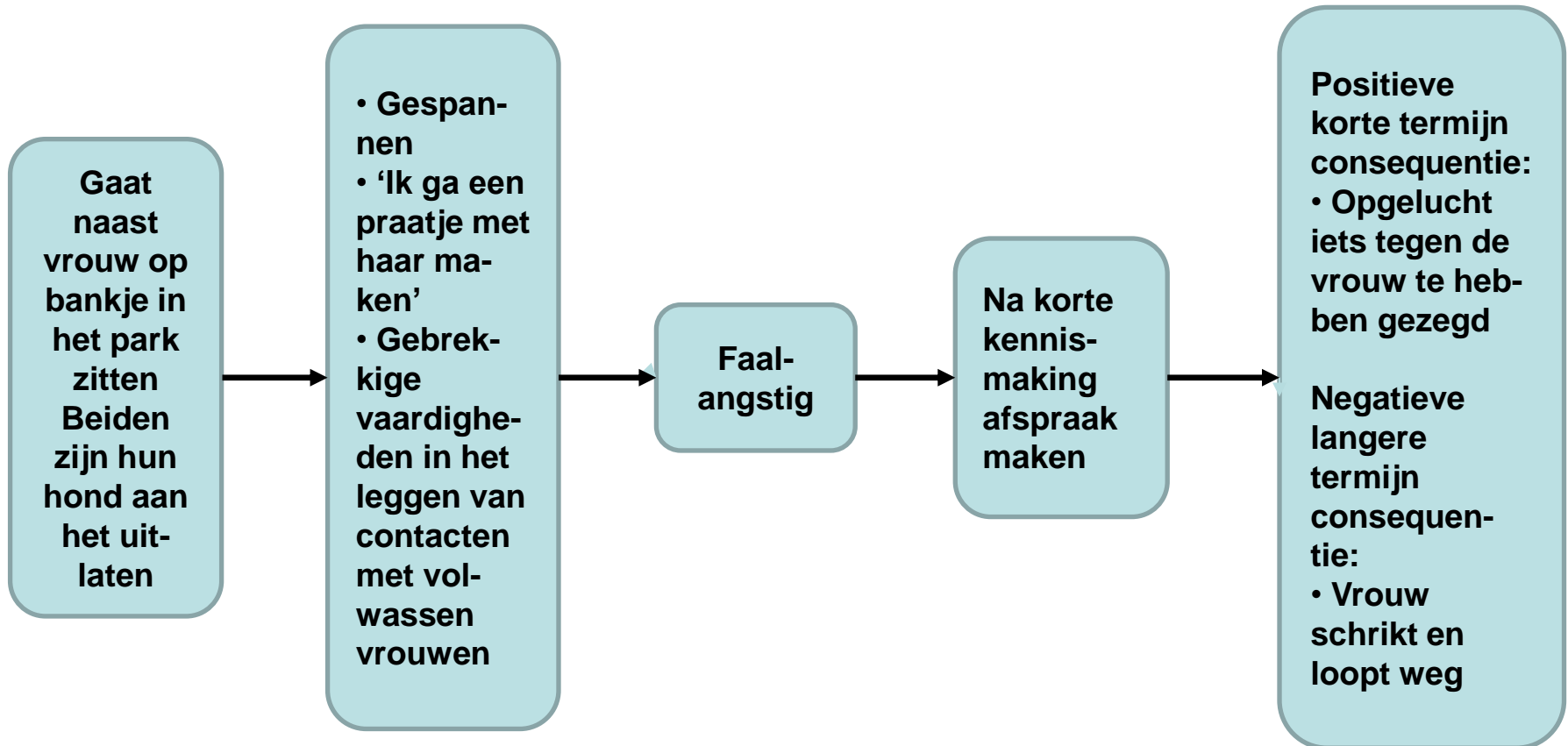
Functionele analyse kindermisbruiker



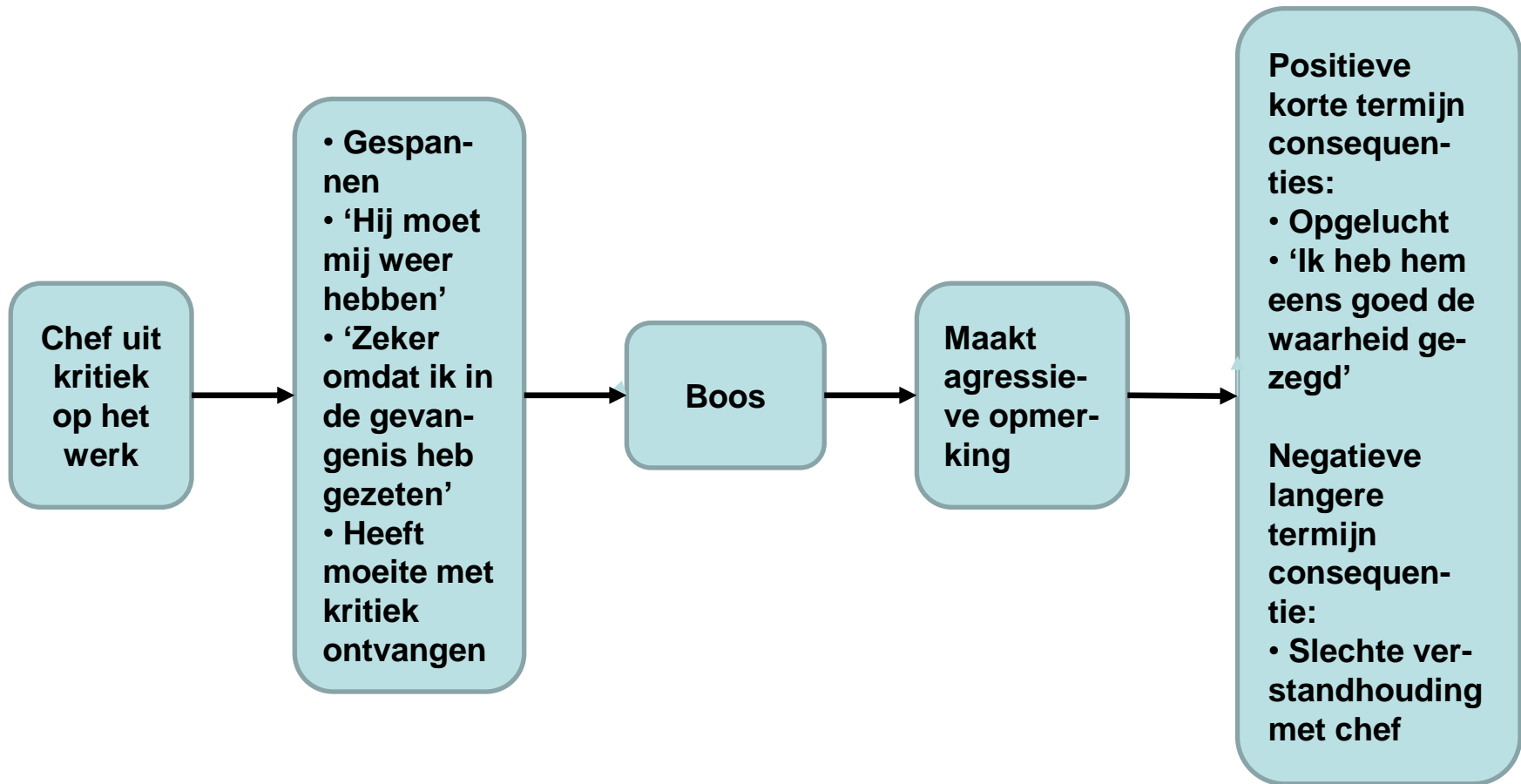
Functionele analyse verkrachter



Functionele analyse kindermisbruiker tijdens rollenspel



Functionele analyse verkrachter tijdens rollenspel



Samenvatting en conclusies

- Informatie uit risicotaxatie-instrumenten is onvoldoende voor het opstellen van *functionele analyses* ten behoeve van een individueel behandelplan.
- Bij een groepsbehandeling dient voor elke deelnemer afzonderlijk een behandelplan te worden geformuleerd, zodat tijdens de groepsbijeenkomsten de specifieke problematiek van elke deelnemer aan bod kan komen.
- Dan kan ook bepaald worden in hoeverre aanvulling in de vorm van een ander programma of van individuele behandeling geboden is.

References

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, CA: Public Safety Canada,
http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-eng.aspx
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A, Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20V3. *Gedragstherapie*, *46*, 107-118.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1153-1163.
doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Gijs, L., Kraaimaat, F. W., Van der Wal, L., & Van Marle, H. J. C. (2015). Waaraan moet een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden voldoen? *Tijdschrift voor Seksuologie*, *39*, 85-95.
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Gijs, L., Kraaimaat, F. W., Van der Wal, L., & Van Marle, H. J. C. (2016). De ontwikkeling van een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. *Gedragstherapie* (in druk).

References (continued)

- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Muris, P., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2014). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260514555007
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2017). Beyond aggression replacement training: cognitive-behavioral programs for Dutch (sexually) violent forensic psychiatric inpatients. In P. Sturmey (Ed.), *Handbook of Aggression and Violence* (in druk).
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime and Law*, 14, 1-18. doi: 10.1080/10683160701340569
- Hornsveld, R. H. J., Soe-Agnie, S., Donker, J., & Wal, L. van der (2008). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 703-711.
- Polaschek, D. L. L., & Ward T. (2002). The implicit theories of potential rapists. What our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 385-406.

References (continued)

- Van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 821-838.
- Ward, T. & W. L. Marshall (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: a bridging theory. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice, 10*, 153-169. doi: 10.1080/13552600412331290102
- Zwets, A. J., Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kanters, T., Langstraat, E., & Van Marle, H. J. C. (2016). Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study. *International Journal of Forensic Mental Health*.
doi: 10.1080/14999013.2016.1152613