

De stilte doorbreken bij cliënten met antisociale persoonlijkheidsproblematiek.

Hoe sociale therapeuten kunnen samenwerken met antisociale cliënten.

Prof. dr. Arno van Dam
drs Brenda de Wit–de Visser
drs Janneke Aerts
drs Carola van Tilburg
dr David Koppers



CONFLICT

Conceptual Framework of Antisocial Behavior: In the Light of Contributing Factors



ggz
wnb



fivoor

Brenda de Wit- de Visser
GZ-psycholoog i.o.t. klinisch
psycholoog GGZ WNB
PhD-student Tilburg University

Prof. Dr. A. van Dam
Prof. Dr. J.K. Vermunt
Dr. M.J.N. Rijckmans

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

Antisociaal gedrag: waar staan we?

- Veelvoorkomend in forensische sectoren en reguliere GGZ
- Grote impact



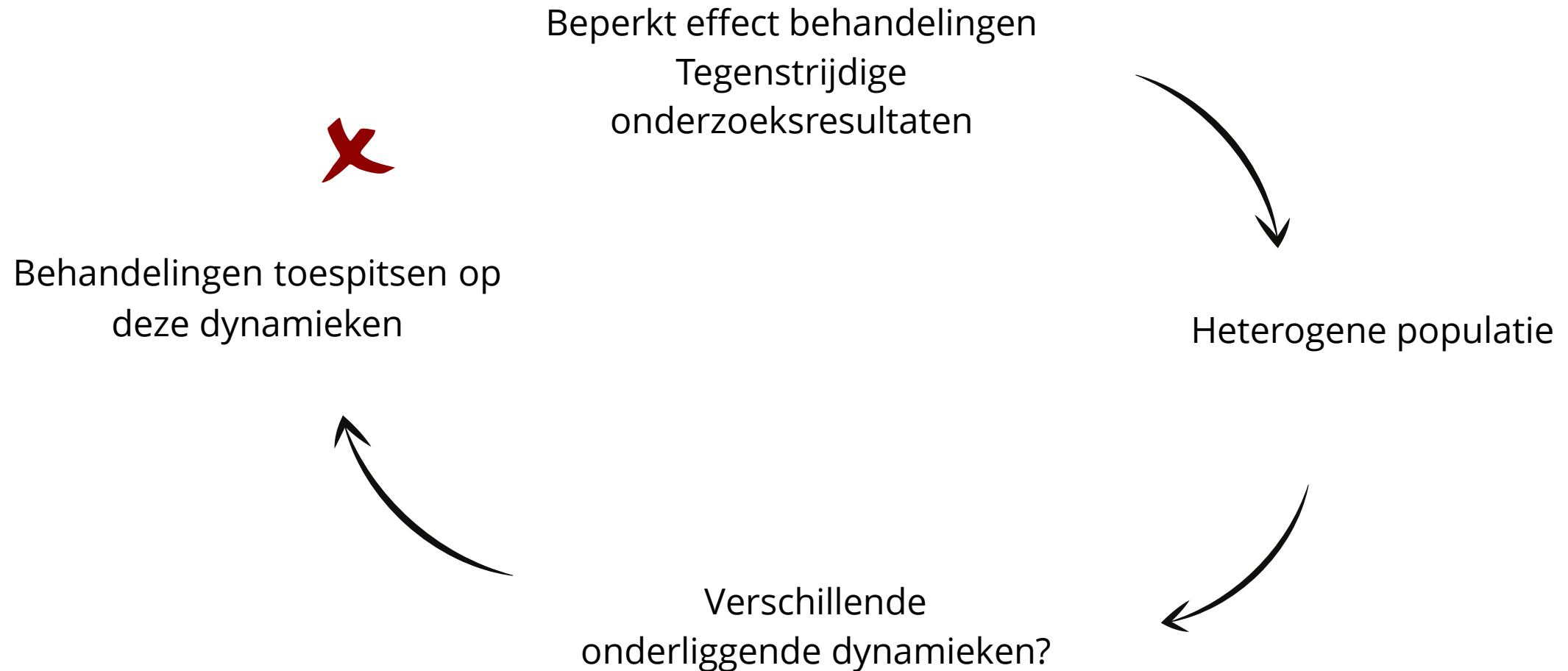
Klinische praktijk

- Geen evidence based behandelingen (Gibbon et al., 2020)
- Huidige behandelingen beperkt effect (Gibbon et al., 2020)
- Moeilijk om richting te geven aan behandelingen

Wetenschappelijk onderzoek

- Geen breed geaccepteerd model
- Tegenstrijdige onderzoeksbevindingen
- Antisociaal gedrag als exclusie criterium

Hoe kunnen we impact verminderen?



Sociaal- psychologische blik op antisocial gedrag

De Wit- de Visser et al., 2023

Trivers, 1971



OPEN ACCESS

EDITED BY
Marin Lijftijt,
SAGE Therapeutics,
United States

REVIEWED BY
Yvonne H.A. Bouman,
Stichting Transfo,
Netherlands
Yali Jiang,
South China Normal University,
China

*CORRESPONDENCE
Brenda De Wit-De Visser
✉ a.c.devissers@tilburguniversity.edu

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to
Psychopathology,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

RECEIVED 13 July 2022
ACCEPTED 17 January 2023
PUBLISHED 09 February 2023

CITATION
De Wit-De Visser B, Rijckmans M,
Vermunt JK and van Dam A (2023) Pathways to
antisocial behavior: a framework to improve
diagnostics and tailor therapeutic interventions.
Front. Psychol. 14:993090.
doi: 10.3389/fpsyg.2023.993090

COPYRIGHT
© 2023 De Wit-De Visser, Rijckmans, Vermunt
and van Dam. This is an open-access article
distributed under the terms of the Creative
Commons Attribution License (CC BY). The
use, distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s) are
credited and that the original publication in this
journal is cited, in accordance with accepted
academic practice. No use, distribution or
reproduction is permitted which does not
comply with these terms.

Pathways to antisocial behavior: a framework to improve diagnostics and tailor therapeutic interventions

Brenda De Wit-De Visser^{1,2*}, Madeleine Rijckmans^{3,4},
Jeroen K. Vermunt⁵ and Arno van Dam^{1,2}

¹GGZ WNB, Research and Innovation, Halsteren, Netherlands, ²Tilburg School of Social and Behavioral
Sciences, Tranzo Scientific Center for Care and Welfare, Tilburg University, Tilburg, Netherlands, ³Fivoor,
Fivoor Science and Treatment Innovation, Poortugaal, Netherlands, ⁴Clinical and Forensic Psychology,
Department of Developmental Psychology, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg
University, Tilburg, Netherlands, ⁵Department of Methodology and Statistics, Tilburg School of Social and
Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, Netherlands

The Antisocial Personality Disorder (ASPD), and antisocial behavior (ASB) in general, is associated with significant impact on individuals themselves, their environment, and society. Although various interventions show promising results, no evidence-based treatments are available for individuals with ASPD. Therefore, making informed choices about which treatment can be applied to an individual patient is complicated. Furthermore, contradictory findings on therapy effectiveness and underlying factors of ASB, such as cognitive impairments and personality traits, fuel the debate whether the conceptualization of ASPD in the DSM-5 is accurate and whether this population can be seen as homogeneous. A conceptual framework, based on the reciprocal altruism theory, is presented in which we propose different pathways to ASB. These pathways suggest underlying dynamics of ASB and provide an explanation for previous contradictory research outcomes. This framework is intended to serve as a clinically relevant model that provides directions for improving diagnostics and matching treatments to underlying dynamics in the antisocial population.

KEYWORDS

antisocial personality disorder, antisocial behavior, psychotherapy, pathways, treatment, diagnostics, trust, reciprocity

Introduction

The Antisocial Personality Disorder (ASPD) is defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) as a 'pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others' (American Psychiatric Association, 2013) and encompasses a wide range of maladaptive behavior and interpersonal deficits. ASPD has a severe impact on individuals themselves, their environment, and society. The behaviors associated with ASPD, such as aggressiveness and criminality, might cause physical and emotional damage to others (Leone et al., 2004; Turner et al., 2010) and result in significant costs due to the use of the criminal justice system and health care facilities (Foster and Jones, 2005; Kiehl and Buckholz, 2010). The relatively high prevalence of 1–3% in the general population in Western countries (Volkert et al., 2018) contributes to a substantial need for psychological interventions to reduce the impact of this mental disorder. It is therefore surprising that unlike the increase in evidence-based interventions that have become available for other cluster b and c personality disorders in the last decade, no evidence-based treatments are available for ASPD (Gibbon et al., 2020). However, several interventions show promising results (Van den Bosch et al., 2018), for example Dialectical Behavior Therapy (Wetterborg et al., 2020), Mentalization Based Treatment (Bateman et al., 2016) and Schema

Sociaal- psychologisch perspectief

Variatie in social gedrag

Waarom zijn er verschillen in de neiging tot (anti)sociaal gedrag?

Centrale factoren

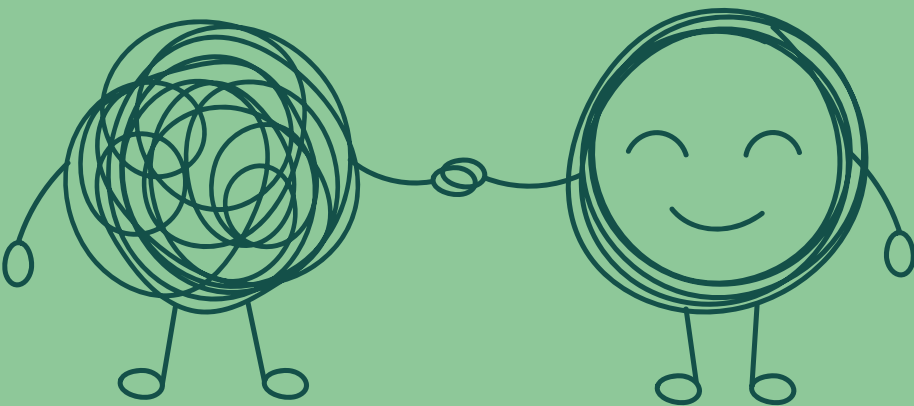
(Balliet & Lange, 2012; Walker & Ostrom, 2009)

Vertrouwen (Van Doesum et al., 2013)

Algemene perceptie van anderen

Wederkerigheid (Van Doesum et al., 2013)

- 1) Vaardigheden
- 2) Will/motivatie

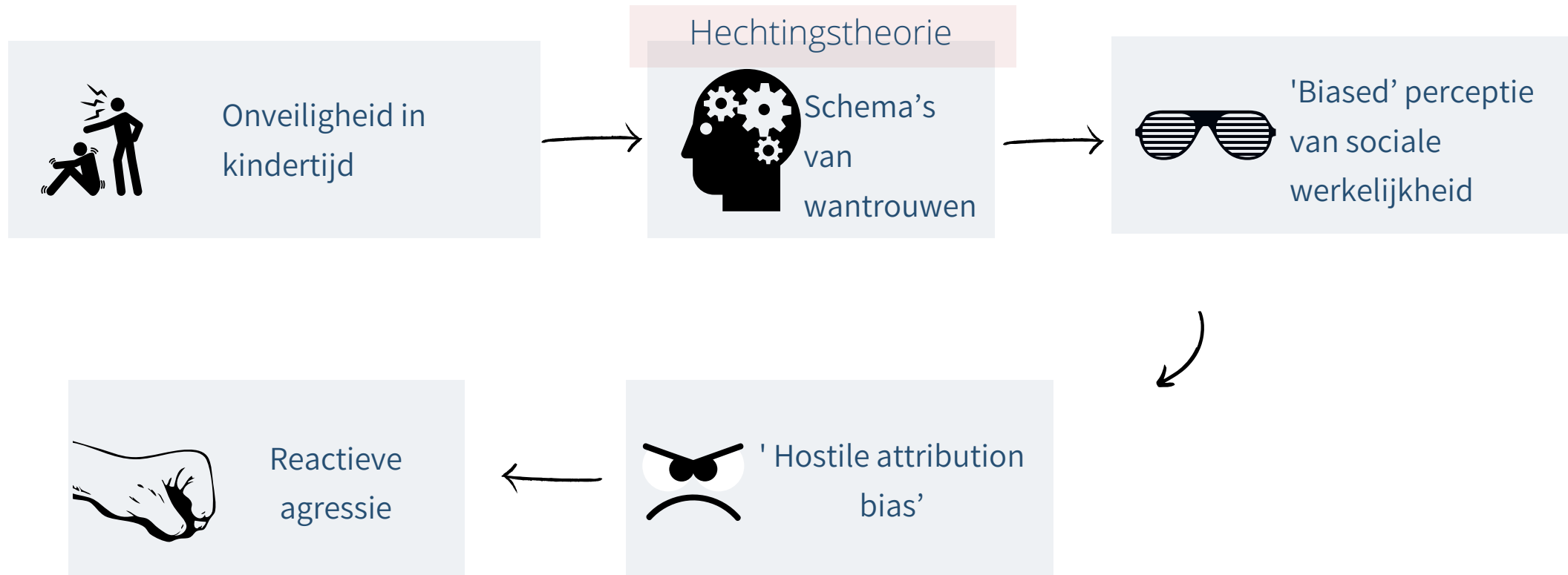


Maak kennis met... Peter



Somber, slaapt slecht, geïrriteerd
Komt regelmatig in conflict met anderen
Het idee dat anderen vijandig zijn

Pathway 1 - Vertrouwen



... Kelly

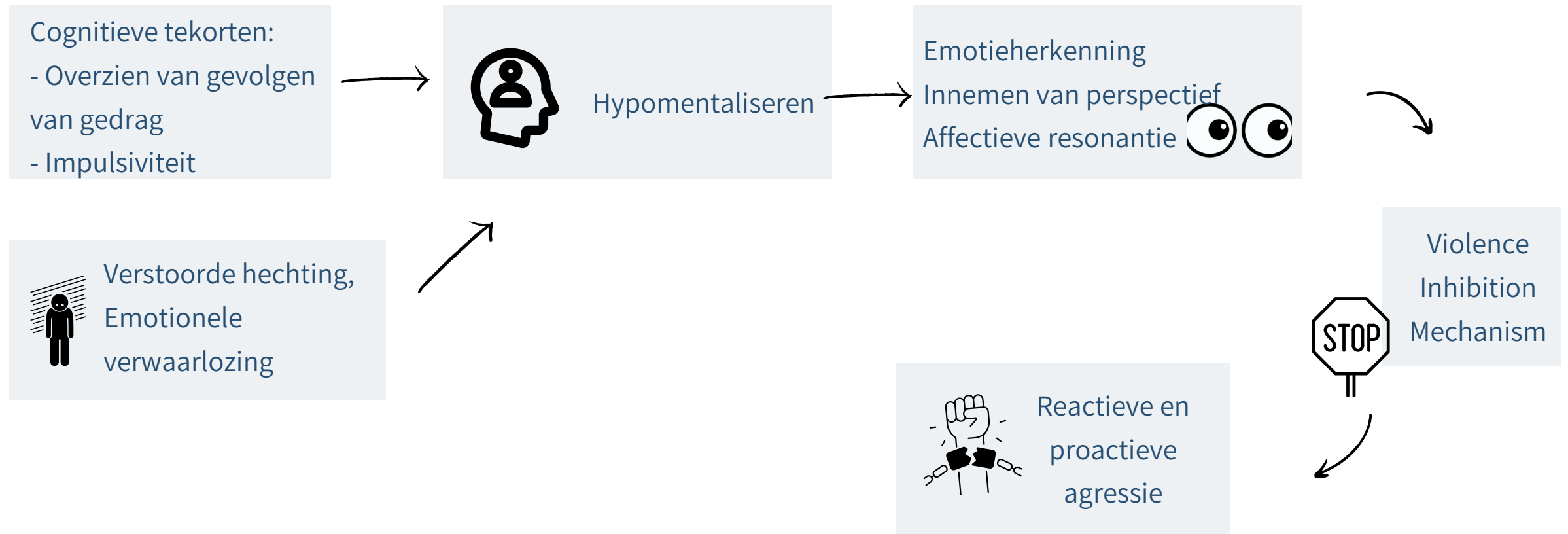


Huiselijk geweld
(verbaal) agressief
Winkeldiefstal, misbruik van alcohol

Pathway 2 - Wederkerigheid

'The **skill** and **will** to be prosocial' (Van Doesem et al., 2013)

Skill



... James

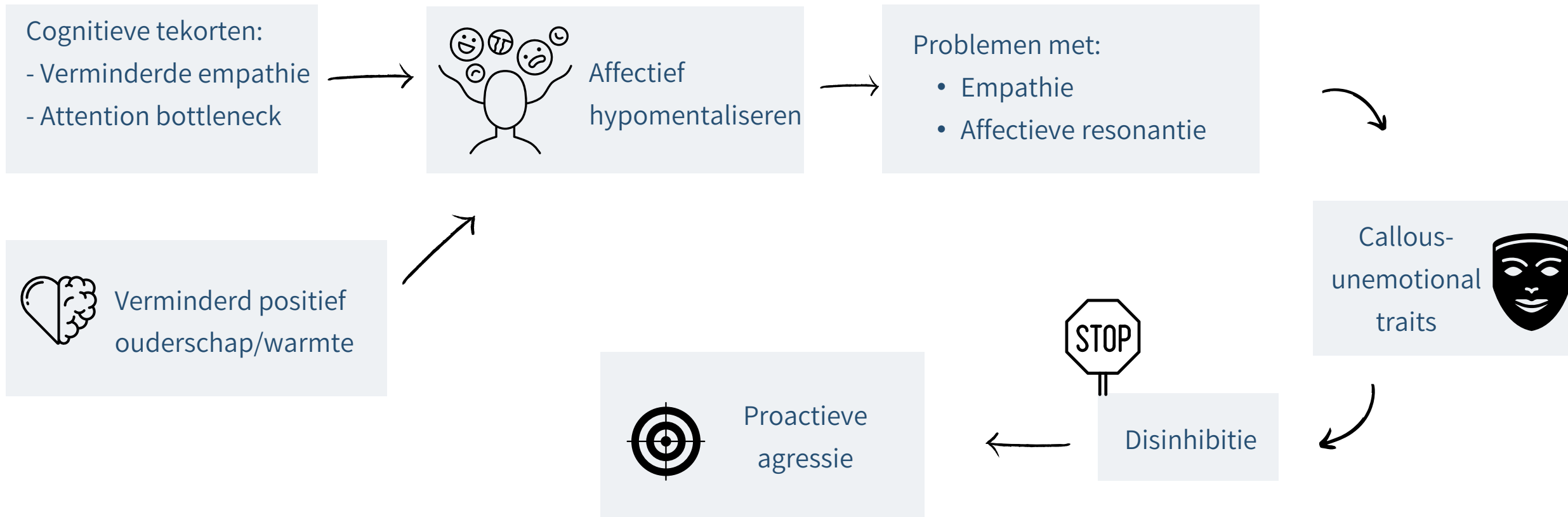


Ambulante forensische zorg
Terugkerende strafbare feiten
Gebruikt anderen voor zijn 'werk'
Toont geen berouw of schuldgevoelens

Pathway 3 - Wederkerigheid

'The **skill** and **will** to be prosocial' (Van Doesem et al., 2013)

Skill and will



Dimensioneel model

Pathways to antisocial behavior

Pathway 1		Pathway 2		Pathway 3	
Mistrust		Reduced reciprocity (skill)		Reduced reciprocity (skill and will)	
Neural dysfunctions	Environmental factors	Neural dysfunctions	Environmental factors	Neural dysfunctions	Environmental factors
Increased amygdala activity, hypothalamus activity and periaqueductal gray responding	Childhood maltreatment, insecurity in attachment relations, insecure living conditions	Decreased ventromedial prefrontal cortex (vmPFC) and caudate responding. Decreased dorsomedial prefrontal cortex (dmPFC), anterior insula cortex (AIC) and Inferior frontal cortex (IFG) responding.	Disturbed attachment, emotional neglect	Decreased amygdala/insula responding, Atypical responding of lateral prefrontal cortex (IPFC) and superior medial frontal cortex (SMFC)	Low parental warmth, low positive parenting
↓		↓		↓	
Cognitive impairments	Personality traits	Cognitive impairments	Personality traits	Cognitive impairments	Personality traits
Elevated threat responsiveness, impaired social information processing	High Antagonistic Emotional unstable Low callous-unemotional traits	Impaired decision making, impaired response inhibition	High Antagonistic Emotional unstable Low callous-unemotional traits	Decreased empathy, deficits in modulating attention	High Antagonistic Emotional stable High callous-unemotional traits
↓		↓		↓	
Negative cognitive-affective schema's ↓ Mistrust ↓ Hostile attribution bias Hypermentalizing under threat cues ↓ Reactive antisocial behavior (physical and verbal aggression)		Hypomentalization Reduced cognitive and affective mentalizing ↓ Reduced skill to reciprocate ↓ Reactive and proactive antisocial behavior (physical and verbal aggression, social aggression, rule-breaking behavior)		Hypomentalization Reduced affective mentalizing ↓ Reduced skill and will to reciprocate ↓ Proactive antisocial behavior (physical and verbal aggression, social aggression, rule-breaking behavior)	

Pathway 1



Onderliggende dynamieken

- Onveiligheid in kindertijd
- Hostile attribution bias
- Reactieve agressie

Behandelopties

- Trauma behandeling
- CGT/schematherapie

Pathway 2



Underlying dynamics

- Onderontwikkeld mentaliserend vermogen
- Impulsiviteit
- Emotioneel instabiel
- Reactieve/proactieve agressie

Behandelopties

- Mentalizing based treatment
- Impulsive lifestyle counseling
- Dialectische gedragstherapie

Pathway 3



Underlying dynamics

- Verminderd affectief mentaliseren
- Problemen met aandacht -> Doelgericht gedrag
- Proactieve agressie

Behandelopties

- Cognitive remediation training
-> aandacht naar context
- Behandeling gericht op risicoreductie



Belangrijke overwegingen

- Open houding
- Goede diagnostiek
- Kijken naar dynamiek achter het gedrag
- Behandelingen toespitsen op dynamieken
- Wetenschappelijk onderzoek!



Studie **CONFLICT**

Testen van het framework

- Populatie patienten in reguliere GGZ en forensische ambulante en klinische settings.

Dataverzameling

- Trauma, persoonlijkheidstrekken, mentaliserend vermogen, psychopathische trekken, et cetera
- Interview, vragenlijsten, emotieherkenning, Virtual Reality

De ontwikkeling van een goede therapeutische alliantie met cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis

Janneke Aerts

Klinisch psycholoog
PhD student Tilburg University

Begeleidingscommissie:

Prof. dr. Stefan Bogaerts
Prof. dr. Arno van Dam
Dr. Madeleine Rijckmans



Disclosure/belangen spreker

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

Therapeutische alliantie

- Een effectieve therapeutische alliantie (TA), ofwel werkrelatie, bestaat uit drie componenten, beschreven door Bordin (1979);
 - Overeenstemming over taken
 - Overeenstemming over doelen
 - Persoonlijke band
- De TA is een belangrijke factor in de effectiviteit van therapie.
- Dit geldt ook in de behandeling van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASPS).

Flückiger et al., 2018; Beutler et al., 2004; Lambert and Barley, 2002; Norcross & Wampold, 2011; Bordin, 1979; Fahlgren et al., 2020; Florsheim et.al., 2000; Kenneally, 2012; Polaschek & Ross, 2010



Complicerende factoren

- Koud en cynisch en vol minachting tegenover de gevoelens, rechten of het leed van anderen (DSM-5, APA, 2014).
- Reageren met intimidatie en aanval wanneer zij worden aangetast in hun eigenwaarde (Bateman & Fonagy, 2016).
- Angst voor kwetsbaarheid
Zien zichzelf als sterk, maar ook op zichzelf aangewezen.
- Gevoelens van schaamte en schuld zijn beperkt aanwezig.
- Behandelcontext.



Complicerende factoren

Casus: Peter

Klinisch, onvrijwillige zorg sinds 2,5 jaar
Maakt een goede ontwikkeling door
Mag regelmatig op verlof

54 jaar
Solide netwerk
Kinderen en kleinkinderen

Een echte sfeermaker binnen de leefgroep

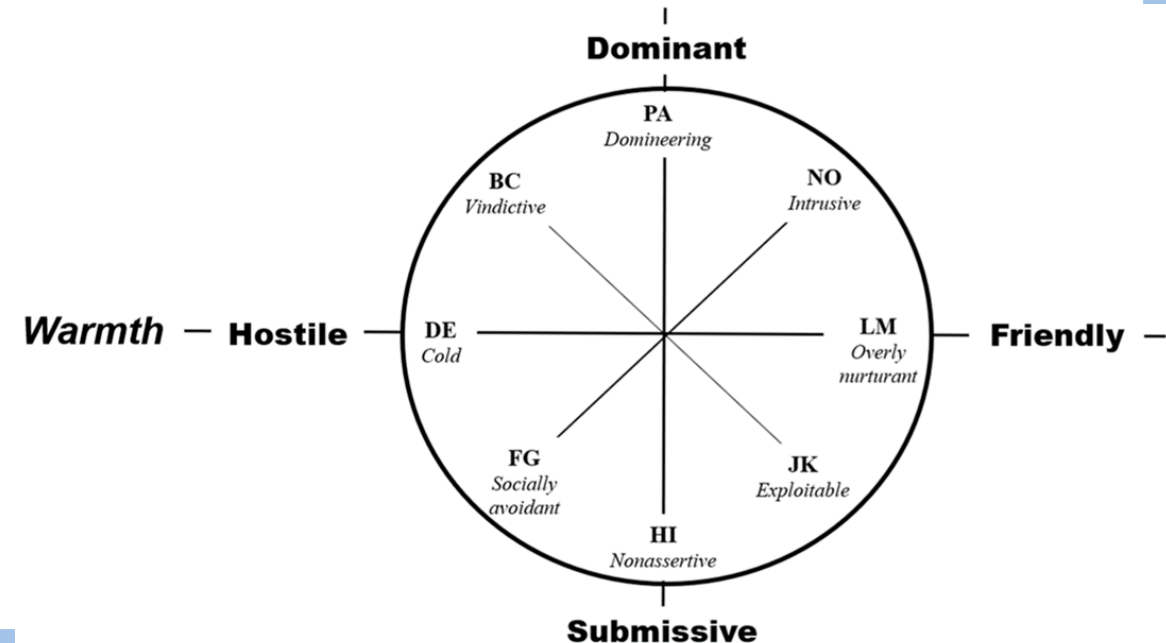


Opbouwen en behouden van een effectieve TA met cliënten met een ASPS

Tot nu toe is er nog beperkt onderzoek gedaan, maar kennis op dit gebied neemt toe

Kennis gebaseerd op theorie:
Behandelmethodeken passen de werkwijze aan op de specifieke problematiek van ASPS;

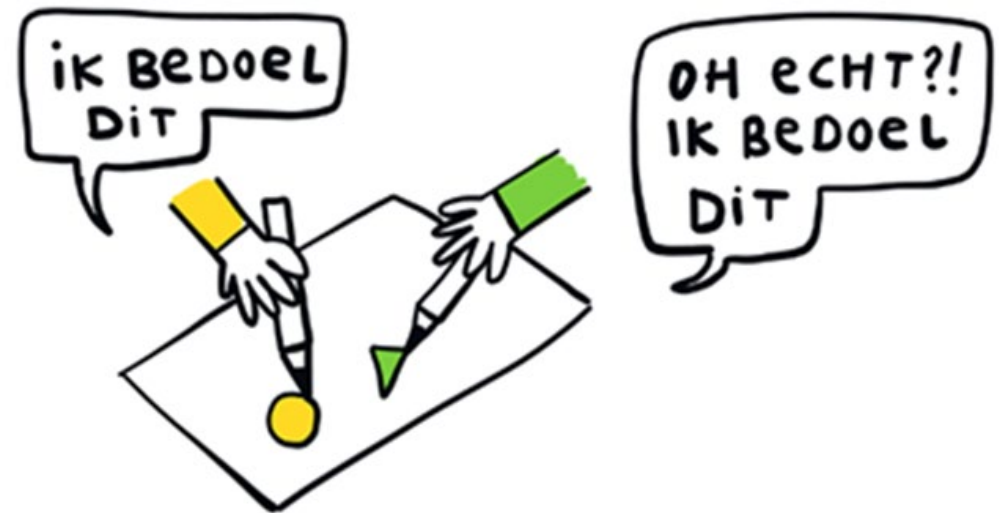
- Mentalisation Based Treatment
- Schematherapie
- Dialectische gedrags therapie
- Communicatie theorie, Roos van Leary (interpersonal circumplex)



Onderzoeks design

Het perspectief van de patient en de therapeut

- Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews
 - Cliënten met ASPS
 - Therapeuten, ervaren met het aanbieden van psychotherapie aan mensen met ASPS
 - Data saturatie
- Thematische analyse
 - Inductieve werkwijze
 - Dichtbij originele bewoordingen
- Validatie
 - 5 therapeuten, 5 ervaringsdeskundigen
 - 5 onderzoekers ervaren in kwalitatieve analyse



Resultaten cliënten

T R U S T	Obstacles	Dealing with obstacles
	Restraint	Threshold reduction; friendly contact
	Hypervigilance (with signs of inequality)	Available & reliable
	Subversive or hostile behaviour (Ward off therapist)	Firm & clear
		Calm
		Authentic involvement
		Open and unbiased
		Responsive to differences in distance/proximity
		Commitment client

Resultaten therapeuten

Patients needs	Regulating interpersonal dynamics	Connective attitude	Connective skills
Autonomy	Balancing between personal closeness and distance	Authenticity	Connecting and phasing
Respect	Balancing between being restrictive and giving space	Open attitude, without judgement	Seeing the person
Trust	Dealing with resistance and distrust	Genuine involvement	Providing clarity and structure
	Dealing with subversive or hostile behaviour	Firmness	Limit setting
	Dealing with sensitivity		Being perceptive
			Reflective ability

Ondermijnend gedrag

Manipuleren, devalueren, dwingen

Agressief gedrag

Therapeut uittesten

Snel oordelen

Contact verbreken



Omgaan met ondermijnend gedrag

Niet-oordelend

Standvastig en duidelijk; stellig grenzen aangeven met een meelevende toon

Kalm

Herstellen contact

De persoon zien

Timing onderzoeken gedrag

Reflectieve capaciteit

In de schoenen van de patient

Obstakels:

- Terughoudendheid
- Hypervigilantie

Ja dat gevoel dat je een standaard behandelaar voor je hebt die 'geleerd' heeft en die denkt van oké ik heb het wiel uitgevonden die precies weet hoe het moet, dat werkt bij mij absoluut helemaal niet. En dat weet ik in een fractie van een seconde.



Behoeften client:

- Autonomie
- Respect
- Vertrouwen

Als ik zelf beslis, gaat 't uit vrije beweging. En dan maak ik het ook af. Laat er maar net een gevoel van dwang of iets... Nou, dat lukt niet.



Contact opbouwen

'Zorg dat je een band opbouwt.
Kijk, wij kunnen heel erg egoïstisch,
eigengereid, manipulatief zijn, en dan
moet je proberen door daarin te kijken
om daar 'n verhaal bij te krijgen,
waarom gedraagt iemand zich zo?'

Aandachtige aanwezigheid

Drempel verlagend
werken

Niet oordelende
attitude

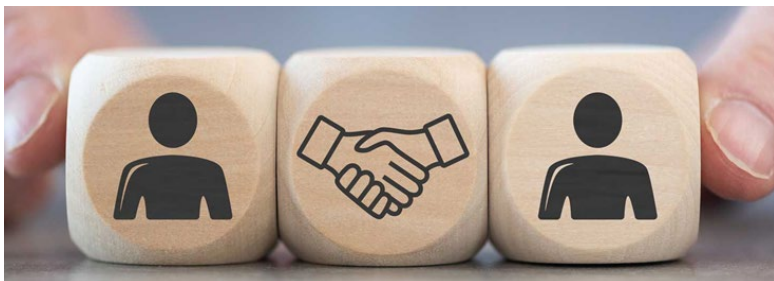


Actieve
betrokkenheid

Authenticiteit

Commitment patient

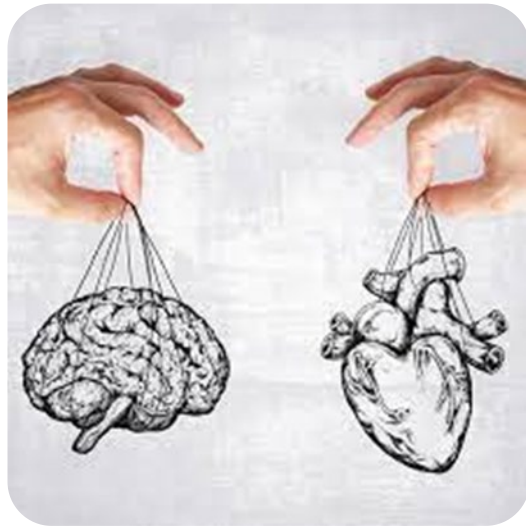
Gezamenlijk werk & de kunst van het balanceren



“Op het moment dat je erg restrictief ben ten aanzien van manipulatief gedrag, verlies je ze en als je ze te veel ruimte geeft, verlies je ze ook. Het is dus een evenwichtsoefening tussen restrictief zijn en ruimte geven, waarbij de cliënt voldoende autonomie ervaart.” (Therapeut)



Vervolg onderzoek



Bedankt voor jullie aandacht

Contact info:

Janneke Aerts

j.aerts@ggzwnb.nl

j.e.m.aerts@tilburguniversity.edu

RESEARCH ARTICLE



Establishing an optimal working relationship with patients with an antisocial personality disorder. Aspects and processes in the therapeutic alliance

J. E. M. Aerts^{1,2}  | M. J. N. Rijckmans^{3,4} | S. Bogaerts^{3,4} | A. van Dam^{1,2}

¹Tranzo Scientific Center for Care and Welfare, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands

²Research and Innovation, GGZ WNB Mental Health Institute, The Netherlands

³Department of Developmental Psychology, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands

⁴Fivoor Science and Treatment Innovation (FARID), Rotterdam, The Netherlands

Correspondence

J. E. M. Aerts, Tranzo Scientific Center for Care and Welfare, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands.

Email: j.aerts@ggzwnb.nl

Abstract

Objective: Developing good interpersonal relationships is one of the main impediments for people with an antisocial personality disorder (ASPD). However, in treatment of psychiatric disorders, establishing a strong therapeutic alliance (TA) is important for effective treatment. Nevertheless, there is little knowledge on how to establish this TA with this challenging patient group. This study investigates which factors are important in TA development.

Method: For this study, a qualitative research methodology is applied. In-depth interviews with therapists experienced in treating ASPD were conducted and analysed through thematic analysis.

Results: The analysis revealed six themes important for establishing a strong therapeutic alliance.

Tranzo
Wetenschappelijk
centrum voor
zorg en welzijn



allemaal anders iedereen zichzelf



Disclosure/belangen spreker

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

Net ff anders of business as usual? Therapeutische alliantie in groeps-CGT voor mensen met agressieproblematiek

- Agressieprogramma Niet meer door het Lint
- Specifieke interventies en groepstherapeutische interventies
- Therapeutische alliantie, drop-out en therapiedeelname
- Therapeutische alliantie per sessie, de therapeuten maken het verschil
- Take home message



Maastricht University

Carola van Tilburg

GZ-psycholoog/Psychotherapeut

Science Practitioner GGZ WNB Wetenschappelijk Onderzoek

—
ggz
wnb

Niet meer door het Lint

- Reguliere GGZ
- Systemische aanpak
- Stages of Change¹ / Terugvalpreventiemodel² / Aggression Replacement Training³
Groeps Cognitieve Gedragstherapie
- Groepstherapie als module in een multidisciplinaire behandeling
- Ervaringsdeskundigheid.



¹ Prochaska & Diclemente, 1984; ² Mulder, 1995; ³ Goldstein et al., 1998

NMDHL

Programma-onderdelen

- Psycho-educatie
- Motivatie
- Bewustwording
- Ontspanningstechnieken
- Responspreventie (time-out)
- Cognitieve Gedragstherapie
- Communicatietraining
- Emoties, verleden, gezin, relaties, opvoeding
- Terugvalpreventie.



18 sessies SGGZ, 12 sessies BGGZ

NMDHL

effectonderzoek

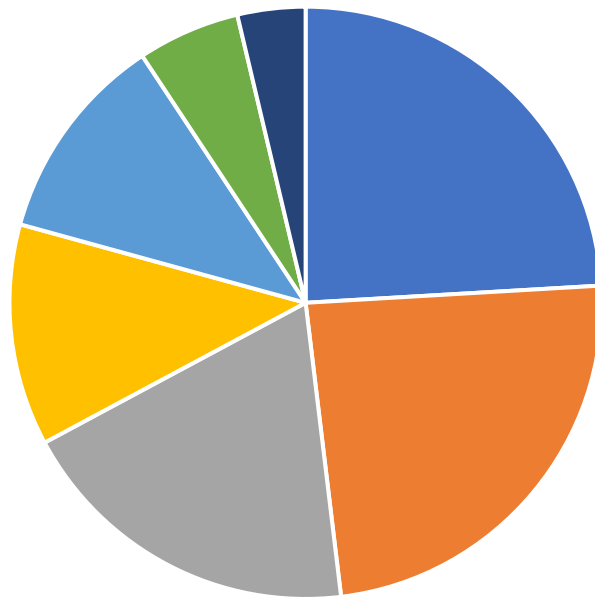


NMDHL

Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen % van totaal

N = 225



■ Geen ■ ASPS ■ BPS ■ Par. PS
■ Dw. PS ■ Ontw. PS ■ Narc. PS

Geen PS, wel
normoverschrijdende
gedragsstoornis <15^e:

- 12,6% van totaal
- 37,1% van pp zonder PS

NMDHL

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

- ASPS meer drop-out¹
- Crimineel gedrag in voorgeschiedenis meer drop-out²

 Therapeutic Alliance³



¹Cunha et al., 2024; Olver et al., 2011; Shaw & Edelmann, 2017; ² Cunha et al., 2023; Richards et al., 2021; ³ Fahlgren et al., 2020; Lømo et al., 2018

NMDHL specifieke en groepstherapeutische interventies

- Kwalitatief onderzoek
- 60 sessies NMDHL, in 25 therapiegroepen bij 4 GGZ instellingen
- Transcripties van audio-opnames
- 11 verschillende interventies:
 - 3 CBT specifieke interventies
 - 8 groepstherapeutische procesgerichte interventies

Van Tilburg, C. A., Van Dam, A., de Wolf-Jacobs, E., De Ruiter, C., & Smeets, T. (2022). Group cognitive-behavioral therapy in a sample of Dutch intimate partner violence perpetrators: Development of a coding manual for Therapist interventions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(4), 305-330.

NMDHL specifieke interventies

CBT technieken

- Psycho-educatie → Bewustwording, ziekte-inzicht
- Motivatie → Valideren, motiveren, bekrachtigen
- CBT interventies → Technieken NMDHL protocol.

NMDHL groepstherapeutische interventies

Groepstherapeutische technieken

- | | | |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| • Structureren | ➡ | Taakconcentratie, begrenzing |
| • Vragen beantwoorden | ➡ | Informatie geven, modellen |
| • De groep erbij betrekken | ➡ | Interactie, ander perspectief |
| • Benoemen van emoties | ➡ | Signalen, emoties, mentaliseren |
| • Valideren | ➡ | Bekrachten, motiveren, reguleren |
| • Humor | ➡ | Spanningsregulatie, cohesie |
| • Co-therapie | ➡ | Samenwerking modellen |
| • Actief luisteren | ➡ | Interesse tonen, ruimte geven. |

NMDHL

Therapeutische alliantie, drop-out en deelname

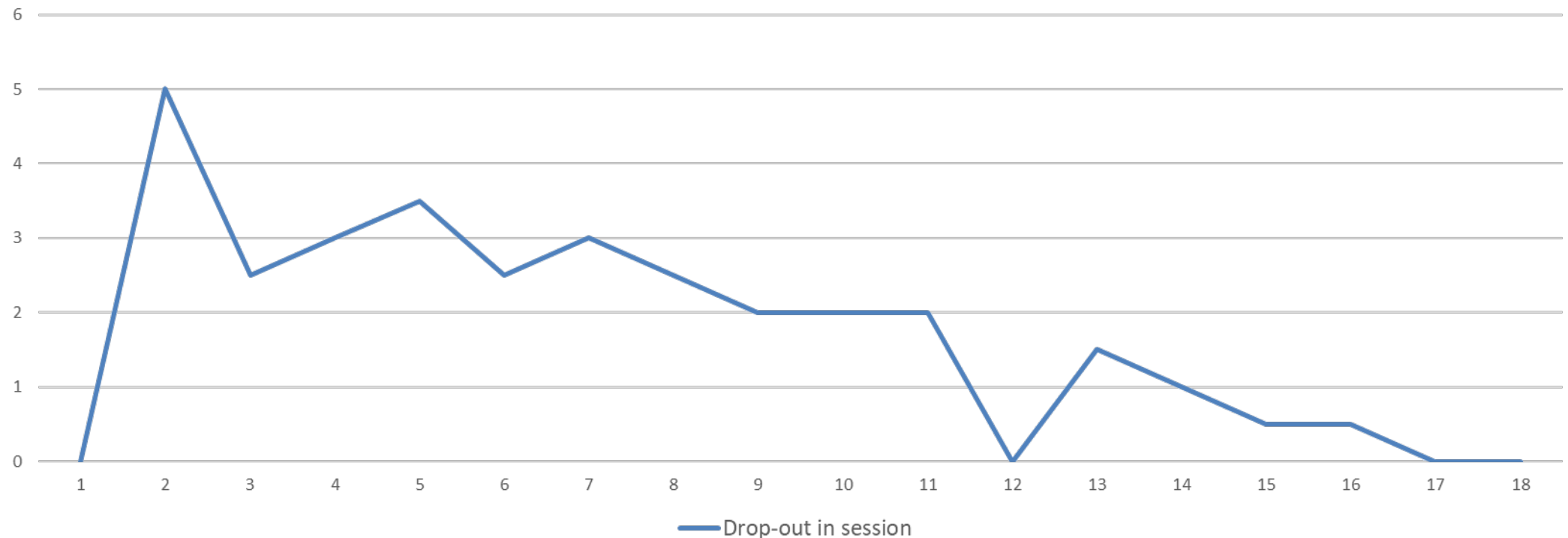
- N=199
- 40 therapiegroepen bij 5 GGZ-instellingen
- Elke sessie Session Rating Scale (SRS) en Therapist Satisfaction Scale (TSS)
- Ontwikkeling therapeutische alliantie
- Samenhang TA met drop-out en therapiedeelname.

Van Tilburg, C. A., De Ruiter, C., Lodder, P., Bachrach, N., & Van Dam, A. (in press). Trust the Therapists' Trust: Working Alliance Development in Relation to Treatment Attendance and Completion in Intimate Partner Violence Perpetrator Group Therapy.

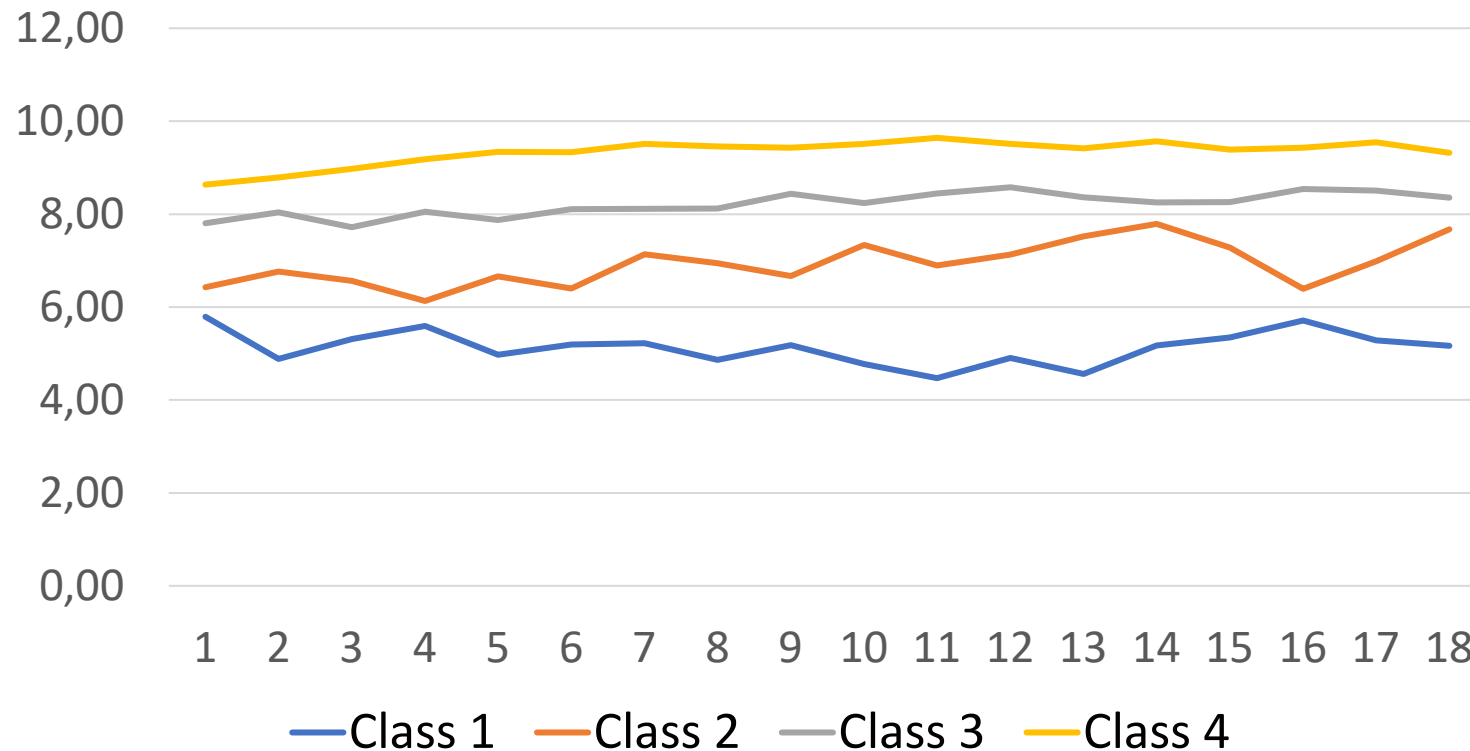
NMDHL Drop-out

- Drop-out agressie programma's wereldwijd 15 - 58% (Jewell & Wormith, 2010), gemiddeld 37.8% (Olver, Stockdale & Wormith, 2011).
- NMDHL 31.7%

Dropout per session (% of total)

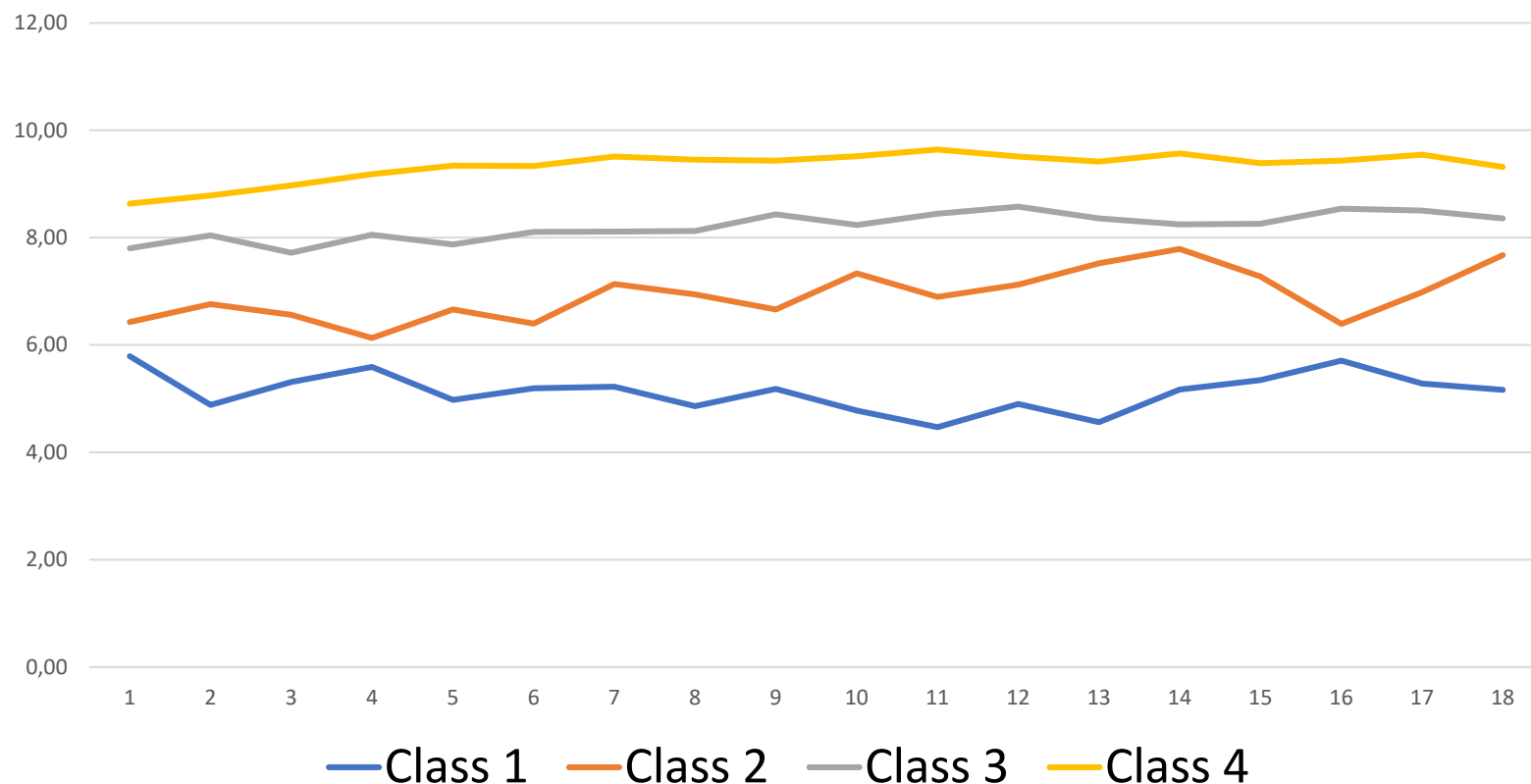


SRS scores per sessie



- TA bij cliënten is bovengemiddeld en stabiel gedurende de therapie

TSS scores per sessie



- TA bij therapeuten is bovengemiddeld en stabiel gedurende de therapie

NMDHL

Samenhang SRS en TSS scores

Class	r	95% CI		t	p
		LL	UL		
Overall	.18	.13	.22	7.70	< .001
Class1	.20	.10	.30	3.91	< .001
Class2	.17	.08	.25	3.72	< .001
Class3	.20	.11	.28	4.65	< .001
Class4	.15	.05	.24	2.95	.003

Within subjects correlations for standardized SRS and TSS measurements in the identified SRS and TSS classes

- Within subjects correlation SRS/TSS $r = .15$ to $.20$, overall correlation $r = .18$

➡ TA cliënten en TA therapeuten hangt positief samen, maar niet heel sterk

NMDHL

SRS/TSS scores en drop-out

Variable	B	SE	Wald	p	Exp(B)	95% CI	
						LL	UL
Constant	-5.291	1.358	15.171	<.001	.005		
age	.043	.016	7.357	.007*	1.044	1.012	1.077
SRS mean	.214	.111	3.743	.053	1.239	.997	1.539
TSS mean	.542	.199	7.392	.007*	1.720	1.163	2.543

Binary logistic regression analysis association between completer status and mean SRS/TSS scores controlling for age

➡ TA therapeuten is voorspeller voor drop-out, TA cliënten niet

NMDHL

SRS/TSS scores en therapiedeelname

Model Term	B	SE	t	p	95% CI	
					LL	UL
Constant	-18.400	14.92	-1.23	.219	-47.832	11.032
age	.568	.176	3.233	.001*	.221	9.14
SRS mean	1.855	1.325	1.400	.163	-.759	4.469
TSS mean	9.184	2.384	3.852	<.001*	4.482	13.887

Multiple regression analysis relation between session attendance and mean SRS/TSS scores controlling for age

➡ TA therapeuten is voorspeller voor therapiedeelname, TA cliënten niet.

NMDHL

Therapeutische alliantie per sessie

SRS

Mean 7.42

-1SD ≤ 6.28 = 83 sessies

+1SD ≥ 8.56 = 80 sessies

TSS

Mean 5.46

-1SD ≤ 4.86 = 72 sessies

+1SD ≥ 6.06 = 67 sessies

SRS en TSS zelfde sessie

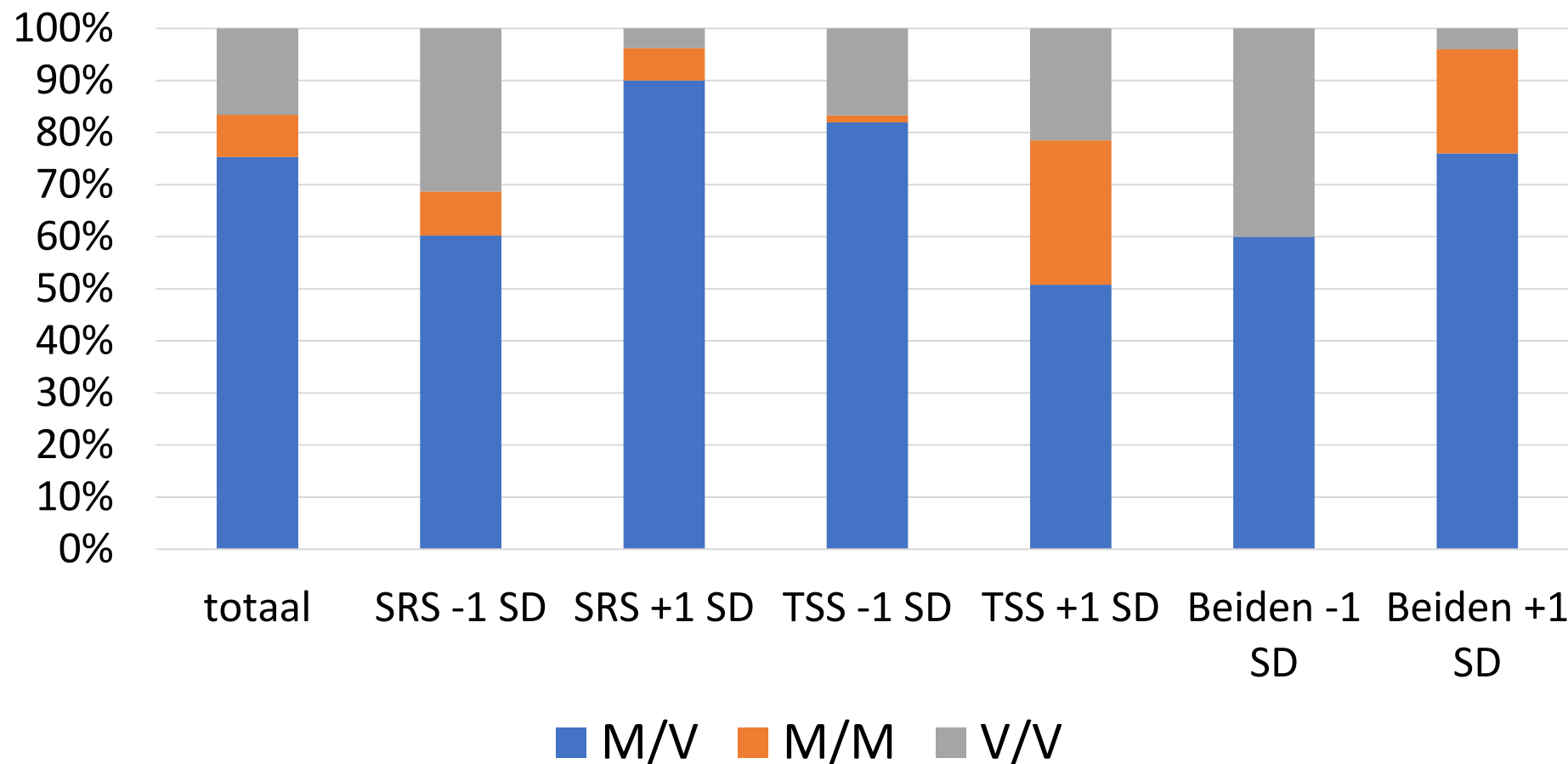
-1SD = 15 sessies

+1SD = 25 sessies

NMDHL

TA en therapeutenkoppel

% samenstelling therapeutenkoppel



NMDHL

Take home message

- Een groot deel van de clienten met agressieproblematiek heeft een ASPS of antisociaal gedrag, ook in de reguliere GGZ.
- Werk aan de TA en zet naast het protocol ook procesgerichte interventies in.
- Een tevreden client is niet perse een client die in de groep blijft (en andersom).
- Vertrouw op je eigen oordeel als therapeut, je kan inschatten welke clienten uit gaat vallen en daar aandacht aan besteden.
- Een gemengd therapeutenkoppel heeft de voorkeur!



Bedankt voor de aandacht!

Heb je een vraag?

Neem dan contact met ons op.



Bezoekadres

Hoofdlaan 8, 4661 AA Halsteren



Contact

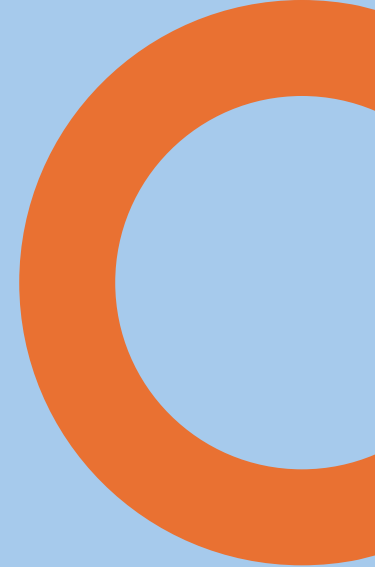
(0164) 28 91 00

c.vantilburg@ggzwnb.nl



ggz
wnb

De toepasbaarheid van een Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) in een forensische ambulante setting: Een pilot studie



David Koppers, PhD.

Klinisch Psycholoog/senior onderzoeker Inforsa/GGZ Arkin
david.koppers@inforsa.nl

Onderzoeksteam

Marieke Vorstenbosch, MSc. onderzoeks-assistent

Cyril Boonmann, PhD. senior onderzoek Universiteit Leiden.

Jochem Jansen, PhD. Senior onderzoeker Universiteit Leiden/GGZ Arkin

Janneke van Beek, PhD. Senior onderzoeker Inforsa/GGZ Arkin.

Jaap Peen, PhD. Senior onderzoeker GGZ Arkin

Edwin de Beurs, PhD. Hoogleraar ROM Universiteit Leiden/GGZ Arkin



David Koppers
Senior Onderzoeker,
Klinisch Psycholoog



Cyril Boonmann
Senior Onderzoeker,
Psychotherapeut i.o.



Jochem Jansen
Senior Onderzoeker,
Universitair Docent



Jaap Peen
Senior Onderzoeker



**Marieke Vorstenbosch -
Hamers**
Junior Onderzoeker



Edwin de Beurs
Hoogleraar

***Onderzoeksproject
Inforsa CRIMELAB
Amsterdam***

Geen disclosure te melden over

- Sponsoring of onderzoeksgeld
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding
- Aandeelhouder
- Andere relatie, namelijk ...



Implementatie GIT-PD forensisch

- Draagvlak behandelen
- Draagvlak management
- METC
- Treatment adherence
 - Methodiek overleg
 - Aandachtsfunctionarissen overleg
 - Evaluatieoverleg management
- Focus groep onderzoek



GIT-PD forensisch: De Interventie



GIT-PD wekelijkse ambulante psychotherapie, duur 18 maanden voor cluster B PS.

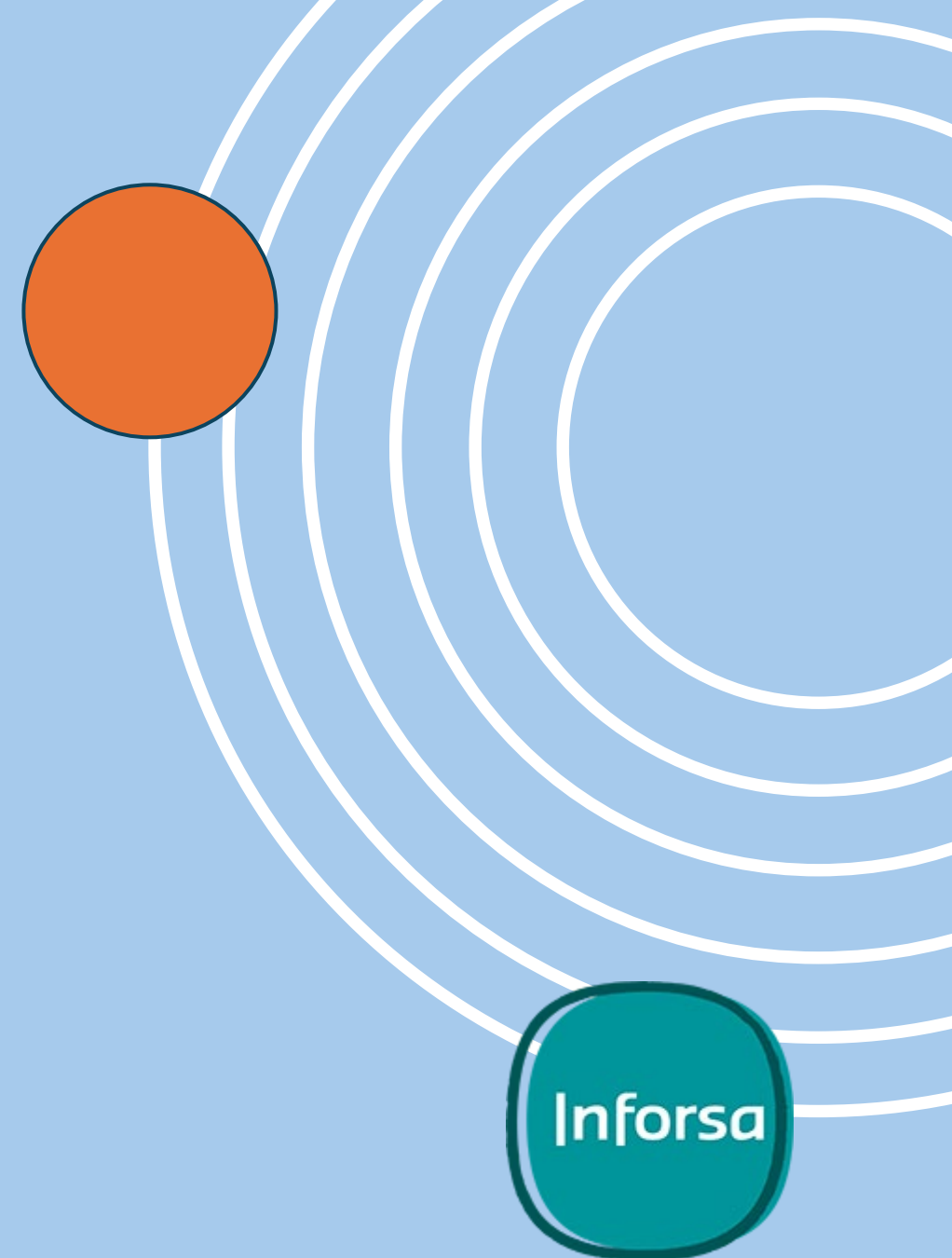
De interventie bestaat uit 3 fases. De start, behandel en afscheidsfase.

Primaire doel= Terugval preventie van delict gedrag.

- **Secundair:** Agressie-regulatie/ impuls-controle/ verbeteren zelfbeeld/ oplossingsvaardigheden/epistemisch vertrouwen.

GIT-PD forensisch: Common factors

GIT-PD	FARE dynamische factoren
Interpersoonlijk functioneren	Partner relatie Werk Delinquent sociaal netwerk
Zelfreflectie	Antisociale houding
Leefstijl	Huisvesting Middelengebruik Vrije tijdsbesteding
Emotieregulatie	Impulscontrole
Probleemoplossend vermogen	Oplossingsvaardigheden
Motivatie	Regelovertredend gedrag



Casus: Jan

Delict = Huiselijk geweld en verbaalgeweld

Diagnose na intake en SCID-P-5 = Borderline persoonlijkheidsstoornis en stoornis in alcoholgebruik, ernstig.

De GIT-PD

Diagnostische fase

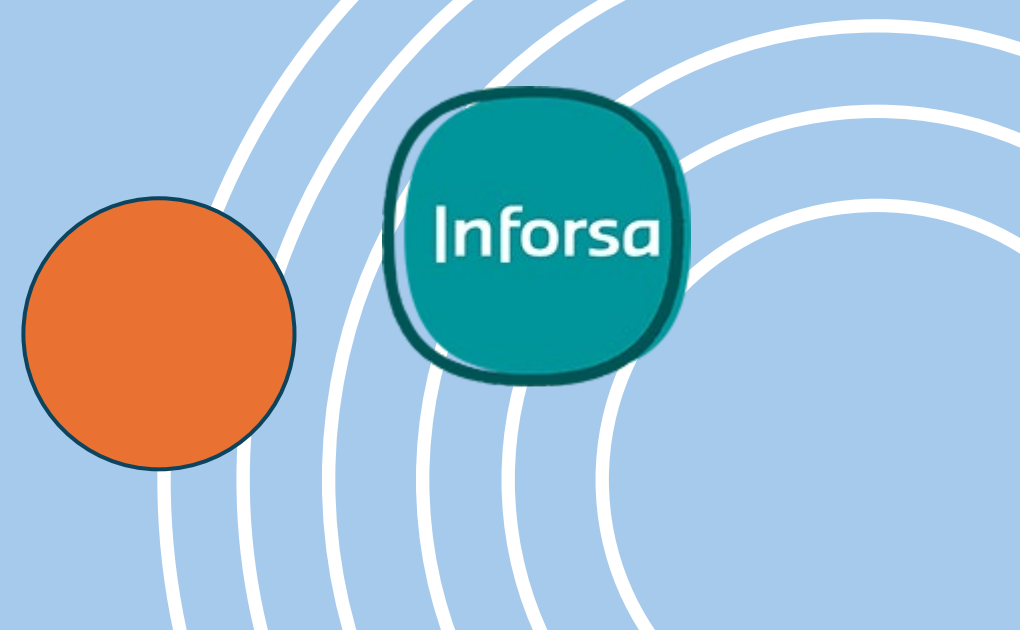
- Motivatie behandeling alcohol gebruik
- Delict-analyse
- Betrekken van een naastbetrokkene
- Terugval preventieplan
- Behandelplan

Behandelfase

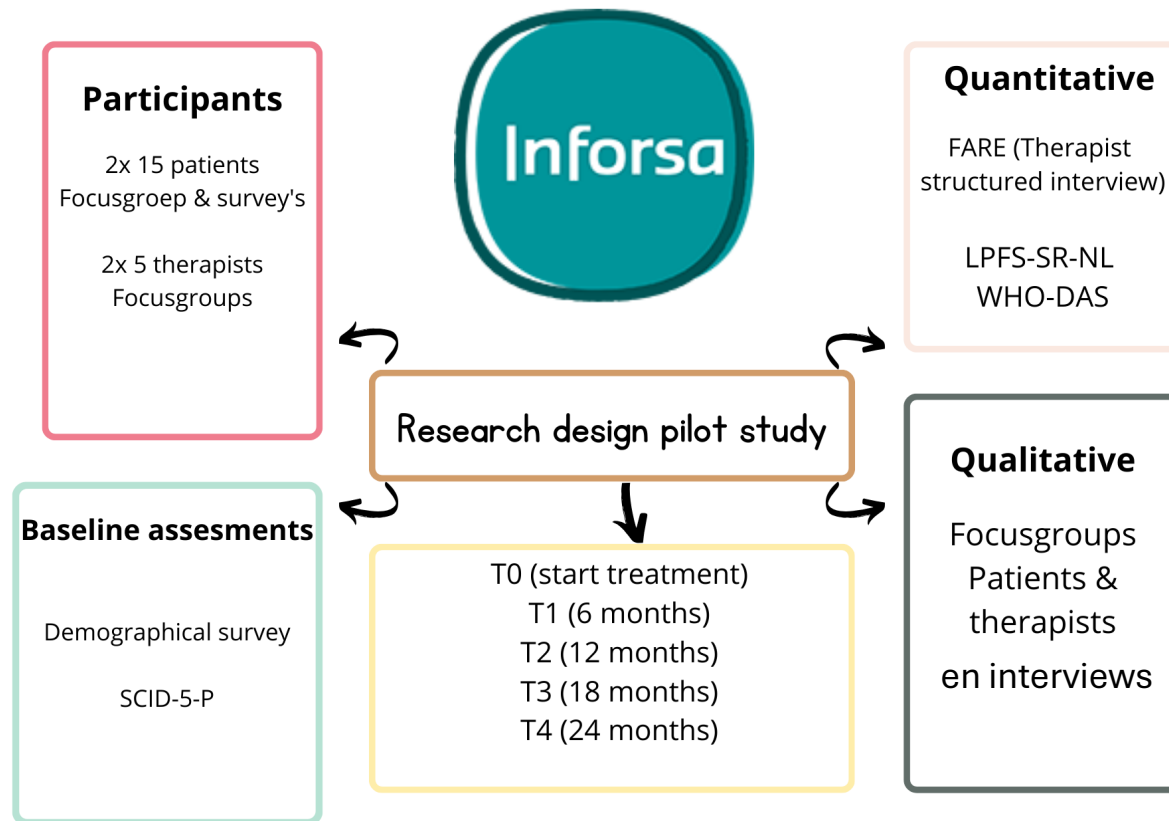
- Dagbehandeling verslaving volgend op Detox
- Individuele therapie gericht op interpersoonlijk functioneren, epistemisch vertrouwen, impulscontrole, agressieregulatie en leefstijl.

Afscheidfase

- Het bespreken van afscheid
- Het evalueren van de behandelfase
- Terugval preventie tools doornemen



Onderzoeks design



Inclusie periode
April 2023 - March 2025

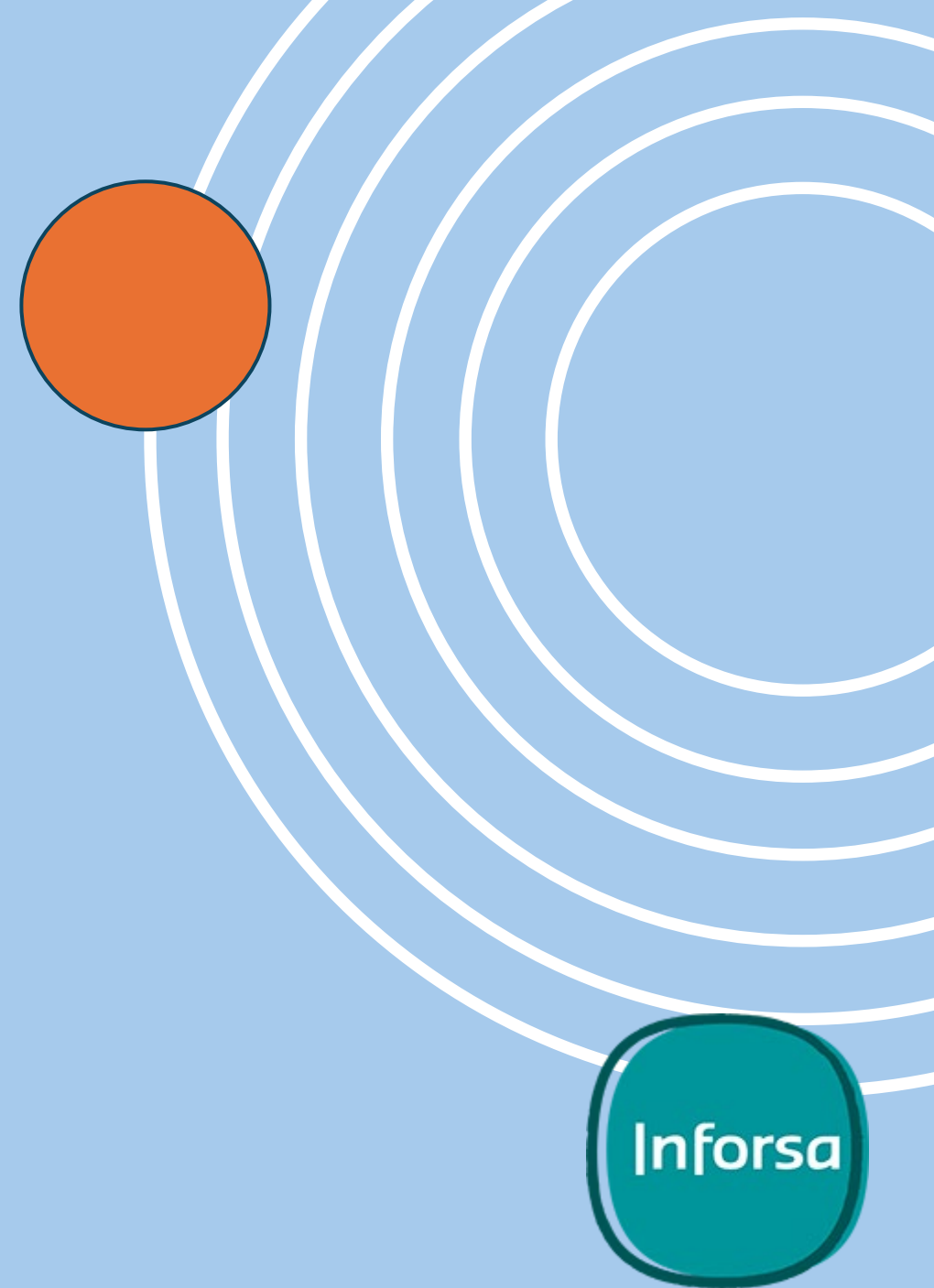
Onderzoeksvragen

1. Is de GIT-PD toepasbaar in een forensische ambulante setting?

- *Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP)*
- *Forensisch Flexible Assertive Community Treatment team (For-FACT)*

2. Hoe reageren forensisch psychiatrische patienten met persoonlijkheidsstoornissen en comorbiditeit op een GIT-PD behandeling

- *Recidive Risico (FARE)*
- *Persoonlijkheidsfunctioneren (LPFS)*
- *Kwaliteit van leven/functioneren (WHODAS 2.0)*



Inforsa

Baseline kenmerken

Tabel 1. Baseline kenmerken		n	%
Instroom	Benaderd	29	100
	Weiger deelname onderzoek	12	41
	Drop-out	10	34
	In behandeling	17	59
Setting	Forensische Poli	9	69
	Forensisch FACT	4	31
Sekse	man	12	71
Educatie	laag	5	33
	gemiddeld	8	53
	hoog	2	13
Arbeid	werk	6	40
	werkeloos	7	46
	Ziektewet	2	13
Burgerlijke staat	Alleenstaand	9	53
	Relatie (niet samenwonend)	6	35
	Samenwonend	0	0
Culturele komaf	Nederland	13	76
	Westers	0	0
	Non-westers	2	12
Eerdere psychologische zorg	Geen	2	13
	GGZ	7	47
	Forensisch	6	40
Hoofddiagnose	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	6	40
	Borderline persoonlijkheidsstoornis	2	13
	Anders gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis	7	47
Medicatie			
	ja	5	38

Note . N = 17; GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg; FACT=Forensic Assertive Community Treatment



Preliminair resultaten

Tabel 2. Gemiddelde scores op de FARE, LPFS en WHODAS

		Baseline		Tussen meting (6 maanden)	
		M (SD)	n	M (SD)	n
FARE	Totaal	33.67 (8.37)	15	27.00 (17.75)	6
	Dynamische factoren	18.33 (5.75)	15	13.50 (10.56)	6
LPFS	Totaal	23.53 (5.89)	15	21.38 (7.71)	8
	Interpersoonlijk functioneren	11.40 (3.25)	15	10.50 (3.70)	8
	Algemeen functioneren	12.13 (2.97)	15	10.88 (4.36)	8
WHODAS	Totaal	26.57 (17.48)	15	18.45 (25.66)	7
	Cognitie en Communicatie	24.00 (16.92)	15	18.57 (14.35)	7
	Bewegen en verplaatsen	23.33 (23.91)	15	18.75 (32.48)	7
	Zelfverzorging	15.33 (19.59)	15	12.86 (34.02)	7
	Omgaan met mensen	23.33 (25.04)	15	20.24 (28.41)	7
	Huishouden	34.67 (24.75)	15	24.29 (28.79)	7
	Werk & School	21.43 (22.59)	8	0.00 (0.00)	4
	Participatie aan de samenleving	34.72 (22.03)	15	20.24 (31.50)	7
Treatment adherence		aantal sessies	n	aantal werkelijke sessies (%)	
		33	5	22 (67%)	

Note . N = 17; FARE = Forensisch Ambulant Risico Evaluatie, betekenis totale score 33 < laag recidive risico. LPFS = , betekenis totale score 26 < gezond. WHODAS 2.0 = World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0, betekenis totale score (range 0-100) hoe hoger hoe meer moeite

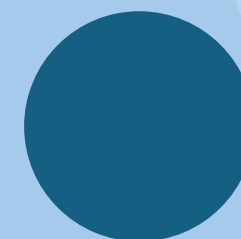
Uitdagingen

- ☐ Psychotherapie bij ernstige externaliserende problematiek met comorbide verslaving
- ☐ Hoge drop out
- ☐ Verloop personeel
- ☐ Drop-outs zijn onbereikbaar voor follow-up
- ☐ Hoog aantal onderzoeks weigeraars, dus hoe verder?
- ☐ Risico voor compliance bias
- ☐ Betrouwbaarheid en predictive validiteit FARE?
- ☐ Geschikte en betrouwbare self-reports?



Implicaties en vragen?

- ☐ Doorgaan met inclusie
- ☐ Focus groep analyse tbv inschatting toepasbaarheid
- ☐ Wat is een geschikt onderzoeksdesign voor een outcome studie?
- ☐ Geschikte meetinstrumenten?
- ☐ Onderzoeksvragen en hypothesen?



Vragen naar aanleiding van de presentaties



Wat hebben gedragstherapeuten nodig om met cliënten met antisociale persoonlijkheidsproblematiek te werken?

—

Discussie en stellingen

**Kan iedereen leren om met antisociale
persoonlijkheidsproblematiek te
werken of moet je daar het type voor
zijn?**

—

Is het mogelijk en wenselijk om bij cliënten met antisociale persoonlijkheidsproblematiek met een behandelprotocol te werken?

—

**Welke emoties ervaar je tijdens de
behandeling van deze doelgroep en hoe ga
je daar mee om?**

—

Bedankt voor de aandacht!

Heb je een vraag?

Neem dan contact met ons op.



Bezoekadres

Hoofdlaan 8, 4661 AA Halsteren



Contact

(0164) 28 91 00

