

Forensische aspecten van psychosezorg



Over gedrag onder spanning

Hanneke Schuurmans

klinisch psycholoog-psychotherapeut, manager behandelingen netwerkzorg GGZ Oost Brabant

Disclosure belangen spreker

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

Peiling: Hoe zie je de relatie psychose - geweld?

3

- Hoe psychotischer een patiënt is hoe gewelddadiger hij is
- Iemand die psychotisch is en gewelddadig is, is minder goed te behandelen dan iemand met alleen een psychose
- Ik vind het eng om met forensische en psychotische problemen te werken

Voorbeelden

4

Dhr. L. - GGZ (FACT-team)

- In verleden vanuit waanachtige overtuigingen vorige behandelaars aangevallen, partner heeft ook psychoseproblematiek
- Wanneer weinig psychotisch prima in contact, als psychose opvlamt: angst bij dhr. neemt toe, fors dreigend, contactbreuk

Dhr. H. - TBS (kliniek)

- In paranoïde psychotische toestand vorige behandelaar met messteken verwond
- Chronisch psychotisch (waanovertuigingen), woede en agressie vlammen snel op als hij een boodschap krijgt die hem niet zint

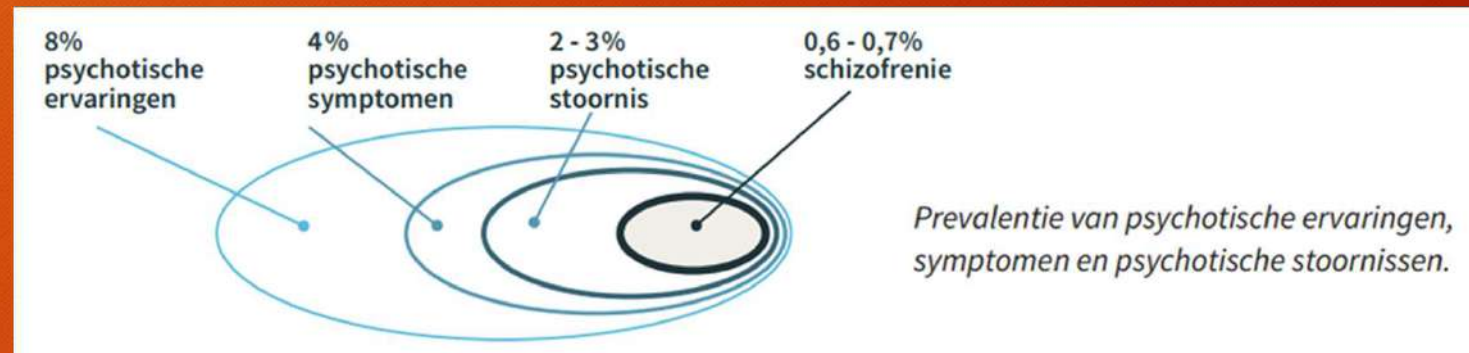
Dhr. I, vanuit PI in zorg bij GGZ (FACT-team)

- Jongeman met 1^e psychose (luxerend: life events bij fors cocaïne gebruik), voelde zich onderdeel van een game, extreem achterdochtig, delicten gepleegd en forse agressie in PI
- Clean psychose snel in remissie, impulsieve jongen (ADHD? LVB?), bij enig gebruik direct weer achterdochtig

Facts psychose - geweld - 'forensisch'

5

- Prevalentie psychoses:
- forensische settings: 18%
- in TBS: 25 - 30%
- 17.5% van de reguliere bevolking heeft minimaal één psychotisch symptoom (NEMESIS, 2000)



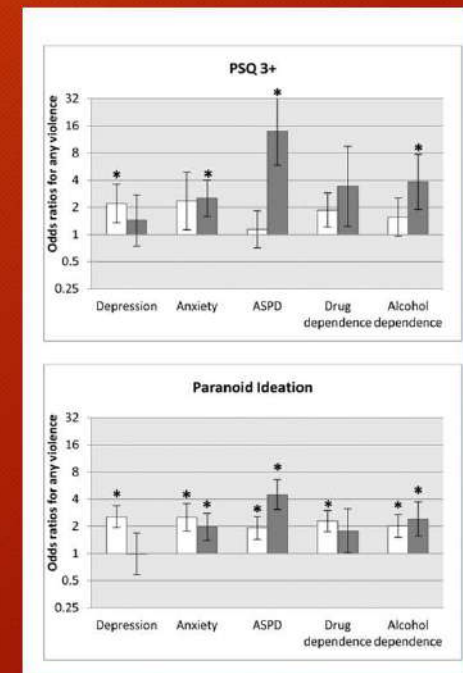
Zorgstandaard Psychose, www.zorgstandaarden.nl

Facts Psychose - geweld - forensisch

Voorkomen van geweld bij psychose:

6

- 10% van geweldplegers heeft psychotische problematiek (Lambe et al 2023)
- 40% van agressie gevallen betreffen nog ongediagnostiseerden (Lambe et al 2023)
- Vooral in prodromale fase verhoogd risico op agressie (Coïd et al 2016)
- Prevalentie UHR psychose aanzienlijk hoger in (ambulante) FZ (21.2%) dan in reguliere GGZ (4%) (Koks et al 2024)
- Prodromale psychotische symptomen sterke relatie met agressief gedrag bij mensen met ASPS (Koks et al 2024)
- In algemene bevolking samenhang paranoïde ideeën met geweld.
- Andere verbanden (bv. met hallucinaties) verklaard door comorbiditeit: angststoornissen, ASPS of alcohol afhankelijkheid (Coïd et al 2016)



Coïd et al 2016

(mogelijke) factoren leidend tot geweld bij psychose (Bo et al. 2011)

7

1. sociale en demografische factoren los van de stoornis
2. positieve psychotische symptomen (hallucinaties, wanen en threat/control-override symptoms) - m.n. bij onbehandelde eerste psychose
3. bepaalde comorbide persoonlijkheidsstoornissen, of psychopathie (instrumenteel, gericht en 'weloverwogen' geweld)
4. middelenmisbruik
5. gebrekkig vermogen om te mentaliseren

NB let op traumatisering

Relatie psychose en geweld / agressie

8

- Kleine kans dat iemand die gewelddadig is, psychotische problematiek heeft, i.v.m. lage baserate psychose
- Echter, risico dat mensen geweld plegen bij psychoses is vier tot zes maal hoger dan algemene bevolking
- Maar let ook op malignering
- Behandeling heeft gunstige invloed op het voorkomen van geweld

(Volavka 2013; Li et al 2019; Youn et al 2024; o.a. Dugré & West, 2019; Pierre 2019)

Stelling: Mensen met schizofreniespectrumstoornissen lopen een even grote kans op victimisatie als gezonde controles

9

People with schizophrenia are **3.6 times** more often victimized than healthy controls (Matheson, 2012)

Persons suffering from schizophrenia are approximately **14 times** more likely to be victims of violence than to commit violence toward others (Brekke et al., 2001)



Denkkaders: FZ versus GGZ

10

- Hoofddoel = vergroten van maatschappelijke veiligheid: *“Het terugdringen van het risico op delictrecidive tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau.”*
 - ‘Stoornis’ doet er niet zo toe maar de factoren die tot een delict leiden
 - Doelen geformuleerd op risicofactoren die bijdragen aan het delictgedrag
 - Focus op dreiging van strafbaar (fysiek) geweld
- Hoofddoel = behandelen van psychische ‘stoornissen’ gericht op verbeteren kwaliteit van leven en herstel
 - Doelen gericht op verminderen klachten en (hopelijk) verschillende domeinen van herstel
 - Beperkte focus op schadelijk gedrag en risicobeperking

(Kwaliteitskader Forensische zorg, 2022; Klein Haneveld 2015)

FZ: Risicomanagement > recidiverisico

11

- Risicotaxatie = geïnformeerd gissen naar gedrag dat iemand in de toekomst zal gaan vertonen
 - Wetenschappelijk bewezen factoren, central eight risicofactoren (Andrews & Bonta)
 - Beschermende factoren (SAPROF)
- Gewogen inschatting van mogelijkheden en risico's op basis van risicotaxatie, beschermende factoren, klinische observatie

GGZ: Risicomanagement

12

- Niet routinematig uitvoeren van gestructureerde risicotaxatie in algemene ggz
- Signalen, weten wanneer en hoe door te vragen
- Als risico op agressie verhoogd wordt ingeschat dan kan instrument gebruikt worden: START, Checklist Risico Crisisdienst, Crisis Monitor (klinisch)
- Verschillende aspecten aan veiligheid: relationeel; fysiek; procedureel
- Beschermende factoren: geven richting aan mogelijke interventies om kans op geweld te verminderen

The Risk Need Responsivity- model

- De drie RNR principes t.a.v. behandelen:
 - 1. Risicoprincipe (wie)
 - 2. Behoeftenprincipe (wat)
 - 3. Responsiviteitsprincipe (hoe)

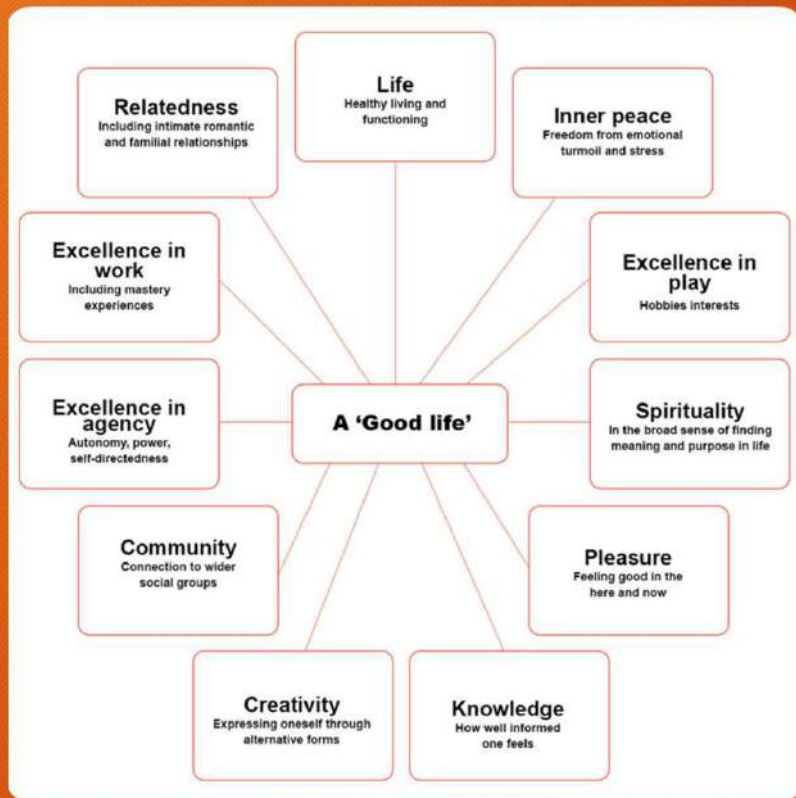
➔ Gericht op afbouw delictgedrag



(Andrews & Bonta 1990, 2011)

Focus op beschermende factoren: Good Lives Model

14

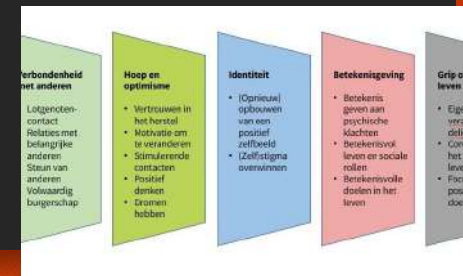


T. Ward et al 2003-2013

- Crimineel gedrag: een poging om behoeften te vervullen, zij het op vervormde of schadelijke manier
- Help individu bij ontwikkelen van pro-sociale en adaptieve manieren om doelen te bereiken en aan behoeften te voldoen, in plaats van enkel te concentreren op risicofactoren en strafmaatregelen.

GGZ: doelen stellen en behandelen bij psychose

15



- Doelen gericht op verminderen klachten en verschillende domeinen van herstel
- Behandelen factoren die herstel belemmeren
- Afgestemd op behoeften en mogelijkheden van cliënt
- Richten op factoren die risico geven, met name paranoïde ideeën en achterdocht; ook: imperatieve hallucinaties, manie, middelenmisbruik



Behandelen bij psychose: ‘pillen en praten’

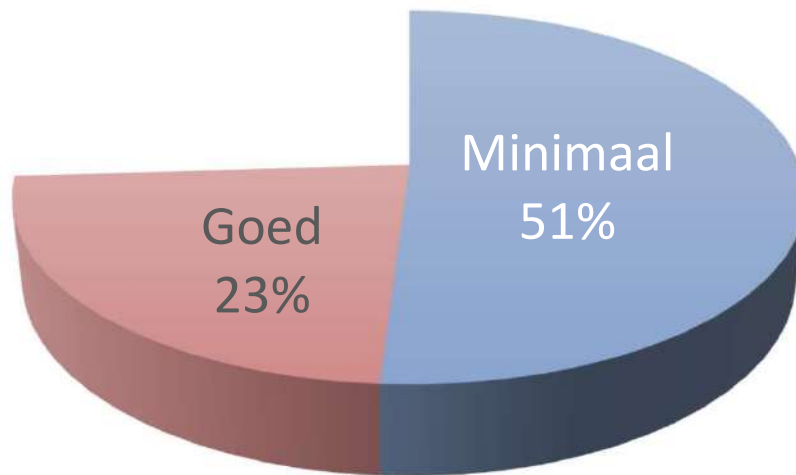
Symptomen, zorgbehoeften of hersteldoelen	Medicamenteus en biologisch	Niet-medicamenteus Psycho-educatie, Psychosociaal, psychologisch en psychotherapeutisch
Subklinische psychotische symptomen (UHR)		Altijd aangeboden: 1) Psycho-educatie 2) CGT 3) Interventies gericht op behoud sociale rollen 4) Indien van toepassing: stoppen middelengebruik
Psychotische symptomen	Altijd aangeboden: 1) Antipsychotica Optioneel: 1) Additie SSRI, tweede antipsychoticum of anti-epilepticum 2) rTMS auditieve hallucinaties 3) ECT	Altijd aangeboden: 1) CGT Optioneel aangeboden: 1) Coping strategieën bij stemmen horen 2) Cognitieve Remediatie Training, mogelijk bij-effect op psychotische symptomen
Negatieve symptomen	Altijd aangeboden: 1. Aanpassen antipsychoticum bij negatieve symptomen als gevolg van medicatie. Optioneel aangeboden: 1) Antidepressivum	Optioneel aangeboden: 1) CGT 2) PMT 3) Cognitieve Remediatie Training, mogelijk bij-effect op negatieve symptomen 4) Activerende interventies met secundair effect op negatieve symptomen (bv. lotgenotengroepen en sociale vaardigheidstraining) 5) Muziektherapie
Cognitieve symptomen	Altijd aangeboden: 1) Aanpassen antipsychoticum bij cognitieve symptomen als gevolg van medicatie.	Optioneel aangeboden: 1) Cognitieve Remediatie Training 2) Vaardigheidstraining als onderdeel van IRB Optioneel aangeboden bij executieve functiestoornissen: 1) Cognitieve Adaptatie Training
Affectieve symptomen	Zie stoornisspecifieke zorgstandaarden bij comorbide stoornis.	Altijd aangeboden: 1) CGT Altijd aangeboden in geval van PTSS: 1) EMDR 2) Exposure Optioneel aangeboden bij depressieve symptomen: 1) Running therapie 2) Muziektherapie Optioneel aangeboden bij spanningsklachten: 3) PMT

Effect op individueel niveau

Percentage patiënten met reductie van positieve symptomen

Antipsychotica

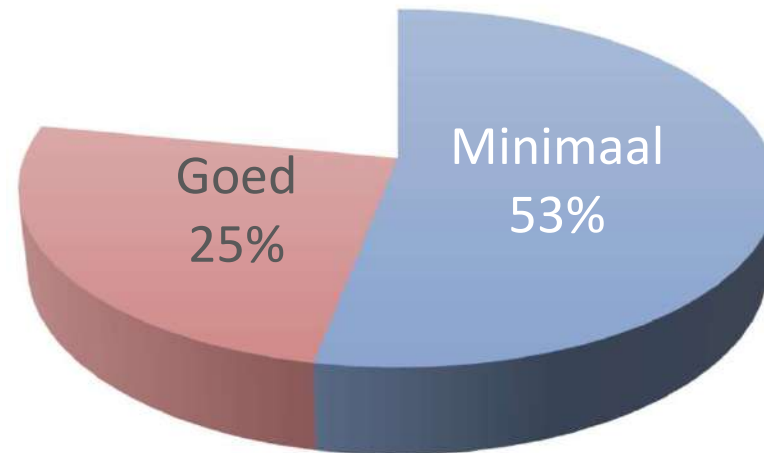
Response



■ Minimaal 20% ■ Goed 50%

CGTpsychose

Response



■ Minimaal 20% ■ Goed 50%

Overlap en verschillen kaders bij psychose

18

- Overlap CGTp met RNR model en GLM:
 - Stoornis doet er niet toe, wel factoren die voor lijdensdruk zorgen/herstel belemmeren c.q. risicofactoren zijn
 - Op maat gemaakt behandelen, afgestemd op behoeften en mogelijkheden van client.
- Overlap: ‘bijzondere therapeutische relatie’ en ‘bijzondere inhoud’?
- Verschil: minder focus op schadelijk gedrag en risico’s bij CGTp vs. minder focus op ‘regulier’ behandelen binnen FZ

Helpend in bejegening en behandeling

19

Therapeutische
relatie

Forensische
scherpte

Factoren in de
relatie tussen
psychose en
agressie

Aandachtspunten
m.b.t. risico

Trauma-informed
benaderen

Gedrag onder
spanning

(Forensische) therapeutische relatie

20

Nodig:

- Een open onbevooroordeelde houding
- Betrouwbaarheid
- Gelijkwaardigheid in de behandelrelatie
- Echtheid
- Authentieke betrokkenheid
- Stevigheid
- Transparantie
- Fasen en timing

Moeilijkheden in psychosezorg:

- Conflicterende rollen; beveiliging en zorg
- Motivatieproblemen
- Wantrouwen naar hulpverlening
- Angst voor afwijzing, stigmatisering
- Moeite met wederkerige relatie

In contact is belangrijk

21

- Aansluiten bij de beleving van de cliënt
- Erkennen van de psychotische belevingswereld zonder deze te veroordelen, zodanig dat er meer zicht komt op de inhoud van die wereld

→ *Dit is de basishouding bij CGTpsychose (CGTp)*

Cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) is een therapie waarbij de therapeut een **onderzoekende en warme relatie** aangaat met de patiënt. **Samenwerkend** richting de doelen van de patiënt, bestaat de therapie veelal uit **ervaringsgericht** leren. De therapeut sluit aan bij het **verhaal van de patiënt**. Bovendien wordt **menselijke variëteit** omarmd; de patiënt mag zijn zoals hij of zij is en wordt niet beoordeeld op bijzondere ervaringen of ideeën. Het gaat de therapeut om het verminderen van **lijdensdruk**, vergroten van **vrijheid**, en het bereiken van de **doelen van de patiënt** zodat deze weer naar tevredenheid kan gaan functioneren.

In tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, is CGTp niet 'aan de patiënt uitleggen dat die verkeerde gedachten heeft.' Ook is het geen koude of puur technische therapie. **Relationele aspecten** – warmte, empathie, acceptatie, goed kunnen aansluiten, en samenwerking – zijn het fundament van deze therapie.

Forensische scherpte

Niet-pluis gevoel serieus nemen en in overleg wegen en erop handelen

“Forensische scherpte is **bewustzijn** van de patiënt, van zijn of haar stoornis en de forensische setting. Het is het kunnen herkennen van zelfs **subtiele signalen** van mogelijke escalatie, het eigen **onderbuikgevoel**, de capaciteit om hierover met collega’s te **communiceren**, de bereidheid om te **handelen** wanneer nodig, en de realisatie dat dit in zichzelf ook een effect op de patiënt kan hebben.”

Lambe et al. (2023). Psychological framework to understand interpersonal violence by forensic patients with psychosis. The British Journal of Psychiatry. 224. 1-8. 10.1192/bjp.2023.132.

7 factoren

Kwalitatief onderzoek relatie geweld - psychosen

Seven-factor model of violence in psychosis

Violence as the dominant response mode

Factor 1: Violence is all I know

- (a) Violence modelled, normalised and reinforced by social network
- (b) Reinforced by proceeds of crime and drug dealing
- (c) Practice has ingrained behaviour
- (d) Forms part of positive social identity
- (e) Deficit in prosocial problem-solving skills

Factor 2: Rules of engagement

- (a) If there is going to be a fight, make sure you throw the first punch
- (b) Hurt them enough that they won't retaliate
- (c) If your friend is in a fight, you have to get involved
- (d) You deal with problems yourself, you don't involve the police
- (e) If they cross a line, any level of violence is justified (black and white thinking)

Violence protects against a trio of sensitivities

Factor 3: Sensitivity to threat of physical harm

- (a) Experience as victim of extreme violence

7-factorenmodel (Lambe et al, 2023)

24

- Geweld als dominante reactiewijze: 1. gewoontegedrag; 2. regels voor betrokkenheid
- Geweld als beschermend tegen een drietal gevoeligheden: 3. dreiging lichamelijk letsel; 4. sociaal gebrek aan respect; 5. oneerlijkheid
- Geweld verlicht moeilijke interne toestanden: 6. Fysiologische drive; 7. Ontsnappen aan psychose-ervaringen

→ *Conclusie: inzoomen op de beleving van het individu. Welke betekenis heeft de situatie voor iemand?*

Slechts klein deel risico door specifiek psychose

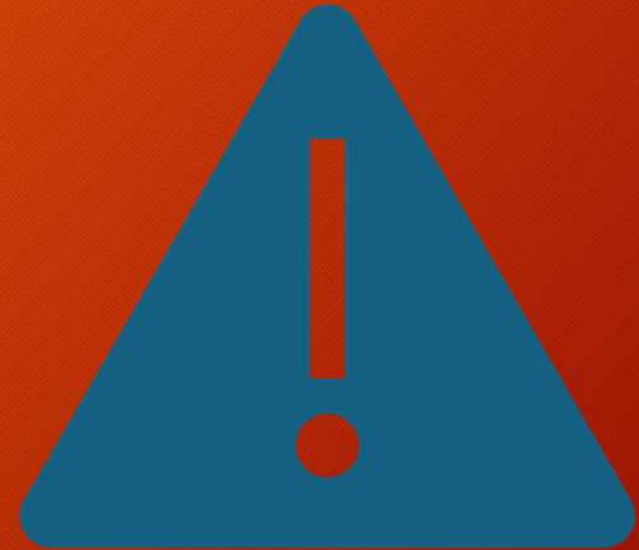
Psychose = ernstmaat

Let op:

- Gewelddadige inhoud van de wanen
- Eerder gepleegd geweld
- Middelengebruik
- Stress

Focus op (niet specifiek psychose):

- Hulp krijgen bij van middelen afblijven
- Verminderen stressoren



Aandachtspunten aangaande risico op agressie

(Lambe et al, 2023)

25

Kun je geweld voorspellen:
Nee



Hoe schat je dan acuut risico in?
Zoals je te werk gaat bij elke crisis
Bij voorkeur aangevuld met risicotaxatie



Weging van alle relevante factoren, met verschillende professionals (risico inschatting in consensus), beschermende factoren meewegend

Checklist Risico Crisisdienst (Nijman&Penterman, 2009)
(in te vullen vóór het contact met patiënt)

Datum.../.../ Dag:..... Tijdstip:..... Medewer

Door wie is de crisisdienst ingeschakeld?

- Huisarts/CHP
- GGD-arts

Veilig in Contact - VIC - Inschatting risico agressie patiëntcontact FACT 

Psychiatrisch toestandbeeld

	Nee	Ja, geen reden tot zorg	Ja, reden tot zorg
1 Is er sprake van een psychotisch beeld met paranoïde denkbeelden?			
2 Is er sprake van een manisch/ontremd beeld?			
3 Is er sprake van een borderline/antisociale persoonlijkheid?			
4 Is er sprake van een neurocognitieve stoornis (NAH) of een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening?			

Trauma-informed benadering

27

Vroege negatieve ervaringen komen onder criminelen, gedetineerden in meer dan 80% van de gevallen voor

Vroeg trauma maakt de weg vrij voor onaangepaste coping en interpersoonlijke tekorten, wat tot grensoverschrijdingen kan leiden

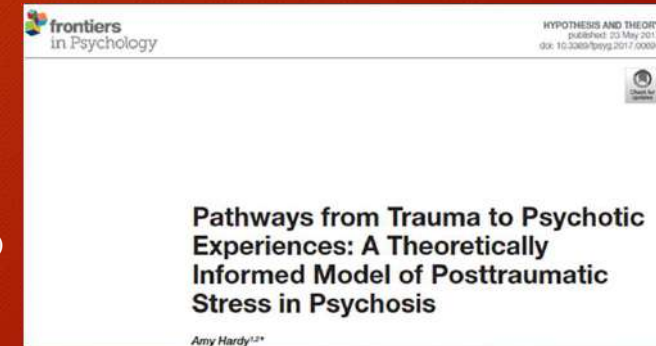


(Levenson, 2013, Horowitz, 2015; Hoogsteder, 2023)

Relaties tussen Trauma, Psychose en PTSS

28

- Er zijn directe en indirecte relaties tussen trauma en psychose (bv. Bentall 2014); overlap met stemmen bv. op inhoud, thematisch (Hardy et al. 2005); trauma kan leiden tot achterdocht (Freeman et al., 2013)
- Meer meervoudige traumatisering bij psychotische problematiek (60% van N=2608 had 3 of meer trauma's meegemaakt) (de Bont et al., 2015)
- 1/3 minder psychose als er geen trauma is (N = 81.253; OR op psychose bij trauma < 18^e = 1 staat tot 2.78; Population attributable risk = 33%; dosis respons effect) (Varese et al., 2012)





Trauma bij psychose - ook bij 'forensisch'

29

Behandelen van PTSS bij psychose

30

- Standaard traumagerichte behandelingen voor PTSS zijn effectief én veilig bij mensen met psychose
- Hebben positieve bijwerkingen (minder adversities, minder hervictimisatie, soms afname comorbide klachten e.d.)

T.TIP *Treating Trauma in Psychosis*

RE.PROCESS TRIAL
trauma-focused therapies in psychosis

van den Berg et al., 2015; 2016; 2018; de Bont et al., 2016; 2019

Agressie = gedrag onder spanning

31

- Vanuit cognitief-gedragstherapeutisch perspectief:
 - Agressief gedrag zien we primair als gedrag onder spanning, dat ontstaat én voortduurt binnen een interactie
 - Deze denkwijze verbreedt het klinisch perspectief en verkleint de kans op escalatie
- Het uitgangspunt is niet wie iemand is, maar:
 - wat er gebeurt in het contact,
 - welke betekenissen daar actief zijn,
 - en welk gedrag aan beide kanten functioneel wordt bekrachtigd

Agressie = gedrag onder spanning

32

- Escalerend gedrag heeft vrijwel altijd een functie, zoals:
 - herstellen van regie of controle,
 - afwerpen van ervaren dreiging,
 - begrenzen van nabijheid,
 - het reguleren van spanning
- Reacties van professionals en teams, zoals begrenzen, corrigeren, terugtrekken of overnemen kunnen op korte termijn rust geven, maar dragen soms onbedoeld bij aan instandhouding van het patroon

Functie- en betekenisanalyses

33

- Met functie- en betekenisanalyses kun je zichtbaar maken hoe gedrag, cognities en reactief elkaar versterken
- Geven aangrijpingspunten voor verandering
- Kernvraag: wat gebeurt er hier tussen ons, en wat houden we samen in stand?
 - Functie-analyse: welke functie heeft het gedrag?
 - Betekenisanalyse: welke betekenis heeft de situatie voor iemand?

Casus L. (GGZ FACT-team)

34

- In verleden vanuit waanachtige overtuigingen vorige behandelaars aangevallen, partner heeft ook psychoseproblematiek
- Wanneer weinig psychotisch prima in contact, als psychose opvlamt: angst bij dhr. neemt toe, dreigend vanuit angst, contactbreuk
- Crises voorkomen - terugvalpreventie
- Hanteren eigen angsten met team, zorgen voor veiligheid
- Proberen contact te herstellen, gedrag begrijpen



Functie- en betekenisanalyse Casus L.



Functieanalyse therapeutengedrag

36

Bij aanbieden gesprek en extra medicatie reageert cliënt dreigend, zet medewerkers klem in de gang

Zo snel mogelijk weg, nadien geen contact in huis

Positieve (verwachte) consequenties

- meer gevoel van veiligheid
- gevoel adequaat te begrenzen groeit
- verwachting grip te verliezen vermindert

Negatieve (feitelijke) consequenties:

- patiënt ervaart nog meer alleen gelaten te worden
- angst bij cliënt neemt toe → kans op agressie vergroot
- relatie met FACT staat onder druk

Casus H. (in TBS)

37

- Gedrag: In paranoïde psychotische toestand met messteken verwonden vorige behandelaar
- Chronisch psychotisch, waanovertuiging
- Woede en agressie vlammen snel op
- ‘Meegaan in waan’ en in contact confronteren
- Anticiperen en ruimte geven aan uiten woede
- Crises voorkomen
- Hanteren eigen angsten met team



Functieanalyse Casus H.

38

Afwijzing:
Geen behandel
aanbod krijgen
omdat je als lastig
wordt omschreven

Met een mes
de behandelaar
verwonden

Positieve (verwachte) consequenties:

- meer gevoel van recht
- meer gevoel van veiligheid
- minder angst en boosheid
- voorkomen dat er meer gevaar komt
- meer autonomie

Negatieve (feitelijke) consequenties:

- schuldig zijn aan ernstig misdrijf; dader worden
- uit de maatschappij gehaald worden; detentie
- meer kans op onveiligheid (backfiring)

Functie- en betekenisanalyse Casus H. (in kliniek)



Functioneanalyse therapeutengedrag

40

Patiënt met oninvoelbare
agressieve en dwingende
uitingen en/of patiënt met
geschiedenis van
gewelddadig gedrag
en psychose



Op afstand houdend
monitoren van
(gevaar van) patiënt

Positieve (verwachte) consequenties:

- meer gevoel van veiligheid
- gevoel adequaat te begrenzen groeit
- verwachting grip te verliezen vermindert

Negatieve (feitelijke) consequenties:

- patiënt krijgt geen therapie
- risico blijft bestaan
- ontwikkeling kennis rond psychose en
- antisociale problematiek blijft uit

Casus I. (GGZ FACT-team, eerder in detentie)

41



- Jongeman met 1e psychose (luxerend: life events bij fors cocaïne gebruik), voelde zich onderdeel van een game
- Extreem achterdochtig, delicten gepleegd vanuit achterdocht (o.a. kazerne ingereeden)
- Forse agressie in PI
- Clean: psychose snel in remissie, impulsieve jongen, bij enig gebruik direct weer achterdochtig

Functie- en betekenisanalyse Casus I. (in detentie)

42



Functioneanalyse therapeutgedrag

43

Patiënt met ernstige agressie



Reageren met dwangmaatregelen (insluiten, sederen)

Positieve (verwachte) consequenties:

- meer gevoel van veiligheid
- gevoel adequaat te begrenzen groeit
- verwachting grip te verliezen vermindert

Negatieve (feitelijke) consequenties:

- agressie wordt niet begrepen
- risico blijft bestaan
- onduidelijk hoe patiënt te mobiliseren
- negatieve attitude t.o.v. hulpverlening, 10-0 achter bij start behandeling

D.m.v. deze 'FA-BA's' krijgen we dus zicht op:

44

- Welke gedachten, spanning en gedrag aanwezig zijn, de gevolgen van dit gedrag en de logica ervan &
- Wat wij (mogelijk) kunnen veranderen in de interactie
- De-escaleren betekent dan *'de situatie zo vormgeven dat het gedrag zijn functie verliest'*
- Doel: meer regie, minder dreiging, anders spanning reguleren

Conclusies



45

Geweld voorkomen bij psychosen (Youn, et al 2024)

46

- Doelgericht behandelen op (psychotische) ervaringen en vermindering risicovol gedrag
- Vroegtijdige identificatie: voorkom een langere DUP
- Betere toegang tot behandeling door grotere integratie van diensten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en het strafrecht

Hanteerbaar maken 'forensisch' en psychotisch: Doorbreken vermijding en toelaten in behandeling

47

- Ben waakzaam op schadelijk gedrag ook in reguliere ggz
- Laat de perceptie van gevaar niet onnodig overheersen, maar blijf alert; het risico is er wel
- Laat je niet dusdanig afschrikken door dynamiek dat behandeling onthouden wordt
- Biedt wat je doorgaans aan behandeling biedt ook aan bij forensische-psychotische patiënten
- Aandachtspunten o.a.: traumatisering, angst, middelenmisbruik, inhoud wanen, opdrachtgevende stemmen, eerdere agressie, persoonlijkheidskenmerken, UHR

Hanteerbaar maken 'forensisch' en psychotisch: Doorbreken vermijding en toelaten in behandeling

48

- Ook bij agressie of 'antisociaal' gedrag blijven mentaliseren:
 - Analyses: van "Hij IS agressief" naar "Hij HANDELT vanuit..."
- Bekijken vanuit perspectief van patiënt = begrijpen = beveiligen
- Tijd en aandacht voor managen van eigen (mentale) veiligheid, gevoel van grip en dilemma's in de therapeutische relatie
- Collegiaal overleg/ intervisie; open bespreken van dilemma's, over afdelingen heen

Hanteerbaar maken 'forensisch' en psychotisch: Doorbreken vermijding en toelaten in behandeling

49

- Handel zoals bij crises
- Kleine outreachende teams, shared caseload, met z'n tweeën moet de norm mogen zijn
- Werk met signaleringsplan
- Heb standaard bij cliënten alle factoren goed in beeld
- Gebruik naast klinische blik objectieve informatie zoals risicotaxatie instrumenten
- Zorg voor continuïteit en flexibiliteit in de zorg
- Verschillende rollen gebruiken: De ene behandelaar geeft de medicatie zodat het contact wat minder 'besmet' raakt

- Akwa GGZ & EFP. (2022). Wegwijzer klinische forensische zorg bij psychose: Gericht op forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: Diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie. Akwa GGZ.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>. S2CID 145772579.
- Baas, J. (2026). (De)Escalerende interacties in de forensische zorg. Handout vervolgcursus CGW epa.
- Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1011-1022. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0>
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 316-329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical psychology review*, 31(5), 711-726. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.002>
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., & Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(10), 1358-1366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1358>
- Boumans, C.E., Postulart, D., & van Os, J. (2015). Risicotaxatie: meten is niet altijd weten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 535-538
- Clercx, M., Keulen-de Vos, M.E., Nijman, H.W., Didden, R., & Nijman, H. (2020). What is so special about forensic psychiatric professionals? Towards a definition of forensic vigilance in forensic psychiatry. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 21(3), 195-213.

- Coid, J. W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S., & Keers, R. (2016). Paranoid Ideation and Violence: Meta-analysis of Individual Subject Data of 7 Population Surveys. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 907-915. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw006>
- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 206(5), 408-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148486>
- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological medicine*, 46(11), 2411-2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>.
- de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P. G., de Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2019). Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1565032. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1565032>
- Dugré, J. R., & West, M. L. (2019). Disentangling compliance with command hallucinations: Heterogeneity of voice intents and their clinical correlates. *Schizophrenia research*, 212, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.016>
- Freeman, D., Thompson, C., Vorontsova, N., Dunn, G., Carter, L. A., Garety, P., Kuipers, E., Slater, M., Antley, A., Glucksman, E., & Ehlers, A. (2013). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychological medicine*, 43(12), 2673-2684. <https://doi.org/10.1017/S003329171300038X>
- Hardy A (2017) Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Front. Psychol.* 8:697. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00697
- Hoffman, T. (2026). Veilig in contact - VIC - Inschatting risico agressie patiëntcontact FACT. Checklist in het kader van managementopdracht opleiding tot klinisch psycholoog.

- Hoogsteder, L. M. (2023). Is de uitdrukking 'coming on strong' nog steeds van toepassing? Oratie UvA
- Horowitz, D., Guyer, M and Kathy Sanders (2015). Psychosocial approaches to violence and aggression: contextually anchored and trauma-informed interventions *CNS Spectrums* (2015), 20, 190-199. Cambridge University Press.
- Klein Haneveld, E. (2015). Forensische behandeling volgens de What Works principes. In W. Canton, D. van Beek, L. Claes, L. Gijs, I. Jeandarme & E. Klein Haneveld (Eds.) *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp. 377-393). Utrecht: De Tijdstroom.
- Koks, Chrissie & Rijckmans, Madeleine & van Dam, Arno. (2024). Double Prevention in Outpatient Forensic Care; Early Psychotic Experiences and Its Relationship with Aggression and Antisocial Personality Disorder. *Psychology*. 15. 1296-1308. 10.4236/psych.2024.158077.
- Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022 - 2028; ZIN 2025
- Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
- Lam K 't, Lancel M, Hildebrand M. Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden. Assen: GGZ Drenthe; 2009
- Lambe, Sinead & Cooper, Kate & Fazel, Seena & Freeman, Daniel. (2023). Psychological framework to understand interpersonal violence by forensic patients with psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 224. 1-8. 10.1192/bjp.2023.132.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J. R., Salanti, G., & Davis, J. M. (2017). Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *The American journal of psychiatry*, 174(10), 927-942. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358>
- Levenson, J. (2014). Incorporating trauma-informed care into evidence-based sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*. 20. 10.1080/13552600.2013.861523

- Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian journal of psychiatry*, 47, 101846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological medicine*, 43(2), 225-238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- e.j.m. penterman, h.l.i. nijman, k. saalmink, s. rasing, c.p.f. van der staak (2013). Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggzcrisisdienst met een checklist: een replicatiestudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 93-100
- Pierre J. M. (2019). Assessing Malingered Auditory Verbal Hallucinations in Forensic and Clinical Settings. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(4), 448-456. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003867-19>
- Rijckmans, M.J.N.& Van Dam, A & Van den Bosch, L.M.C. (2020). *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek*. 10.1007/978-90-368-2295-4. Paragraaf 12.7 Psychotische stoornissen en antisociaal gedrag. p 314-316.
- Sande van de, R., Nijman, H., Noorthoorn, EO., Wierdsma, Al., Hellendoorn, H., Staak van der, C & Mulder, CL (2011) Aggression and seclusion on acute psychiatric wards : effects of short term risk assessment, *British Journal of Psychiatry*, December 2011 199:473-478
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(3), 259-267. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 693-702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv172>

- van den Berg, D., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 212(3), 180-182.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2017.30>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Volavka J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 24-33.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11,77-94.
- Wegwijzer Klinische Forensische Zorg Bij Psychose. AKWA GGZ
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*, 8(2), e55942.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Youn, et al (2024) Systematic Review and Meta-analysis: Rates of Violence During First-Episode Psychosis (FEP). *Schizophrenia Bulletin*. vol. 50 no. 4 pp. 757-770
- Zorgstandaard Psychose. www.zorgstandaarden.nl

- Met dank aan Petra Lenssen