

Forensisch en psychotisch

Hoe hou jij je hoofd koel in de behandeling?

Voorjaarscongres VGCT 21 maart 2025

The heat is on – Hoe hou jij je hoofd koel?

Workshop Hanneke Schuurmans en Petra Lenssen



Petra Lenssen



Nu:

Psychotherapeut, Praktijkhouder
PlusQue, Supervisor VGCT
Docent (Rino - Zuid / Forta),
Sectiebestuurslid forensische (V)GCT



Regulier:

Afdeling persoonlijkheidsstoornissen
SGGZ
Afdeling medische psychologie
BGGZ



Forensisch:

Behandelcoördinator intramuraal
Pro Justitia rapporteur
Manager behandeling ambulante



Contact:

info@plusque.nl
www.linkedin.com/in/petra-lenssen

Hanneke Schuurmans



Klinisch Psycholoog –
Psychotherapeut, supervisor
VGct, docent (Forta, Rino), lid
sectie SAABB VGct



Forensisch (verleden):
FPA & FTU



Regulier:
Manager behandelen GGZ
in de Wijk, KP in FACT



Contact:

schuurmans@dds.nl

<https://www.linkedin.com/in/hanneke-schuurmans>



Dat waren wij.

Wie zijn jullie?

Hoe zie je de relatie psychose – geweld?

Workshop

Doel:

Norm scheppen van overleg: ervaringsvelden samenbrengen.

Casuïstiek bespreken: verschillen in benadering vanuit forensische veld en benadering vanuit psychosezorg tonen

Onderzoeken hoe bij dit soort casuïstiek het hoofd koel te houden



Forensische zorg

- Ander denkkader dan GGZ (Kwaliteitskader Forensische zorg, 2022)
- Doel = Het vergroten van de maatschappelijke veiligheid:
“Het terugdringen van het risico op delictrecidive tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau.”
- Therapeutische relatie met specifieke kenmerken

Nodig voor de forensische therapeutische relatie

- Een open onbevooroordeelde houding
- Betrouwbaarheid
- Gelijkwaardigheid in de behandelrelatie
- Echtheid
- Authentieke betrokkenheid
- **Stevigheid**
- Helderheid over regels en grenzen
- Transparantie
- Faseren en timing; diepgang en confrontatie doseren
- Reflecteren over afstand en nabijheid

Moeilijkheden
bij de
forensische
therapeutische
relatie:

- Conflicterende rollen; beveiliging en zorg
- Motivatieproblemen
- Wantrouwen naar hulpverlening
- Angst voor afwijzing en stigmatisering
- Patiënt heeft moeite met wederkerige relatie

Facts Forensisch - Psychose

- Prevalentie psychosen: 18% in forensische settings
25% in de TBS
8% in reguliere populatie
- Ongediagnostiseerden tonen meer geweld: 40% van de agressie gevallen betreffen nog ongediagnostiseerden
- Behandeling heeft gunstige invloed op het voorkomen van geweld (Youn et al 2024)
- Prevalentie van een ultrahoog risico op psychose is aanzienlijk hoger in (ambulante) forensische zorg dan in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (Koks et. al 2024)
- De kans dat de patiënt met psychotische problematiek gewelddadig is is klein; lage base-rate.



Belangrijk in contact forensisch- psychose:

AKWA – EFP (2022):

Aansluiting bij de beleving van
de patiënt

Erkenning van de psychotische
wereld zonder deze te
veroordeelen, zodanig dat er
meer zicht komt op de inhoud
van die wereld.

Attitude bij CGTpsychose

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.

De gangbare behandelopties hebben een grote overlap met de reguliere ggz

AKWA – EFP (2022):

- Farmacologische interventies (bijv. antipsychotica, clozapine)
- Psychosociale interventies (CGT, HIT, psycho-educatie, PMT, muziektherapie, Libermantraining, gezinsinterventies, inzet ervaringsdeskundigen en interventies gericht op stigmatisering).
- Interventies voor verslaving
- Interventies voor persoonlijkheidsstoornissen
- Interventies voor trauma (zoals EMDR)

Aandachtspunten Richtlijn AKWA – EFP (2022):

- Middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen, comorbiditeit zijn belangrijke voorspellers geweld bij forensische klinische patiënten.
- Van belang is de somatiek in beeld brengen.
- Goed om geweld multifactorieel (denk ook aan RNR) te beschouwen, ook bij psychosen

Risicomanagement

- **Risicotaxatie**; central eight risicofactoren
 1. Eerder crimineel gedrag
 2. Antisociale opvattingen
 3. Procrimineel netwerk
 4. Antisociaal persoonlijkheidspatroon
 5. Familie en relatie
 6. School/werk
 7. Middelenmisbruik
 8. Vrije tijd en ontspanning
- **Delictanalyse**

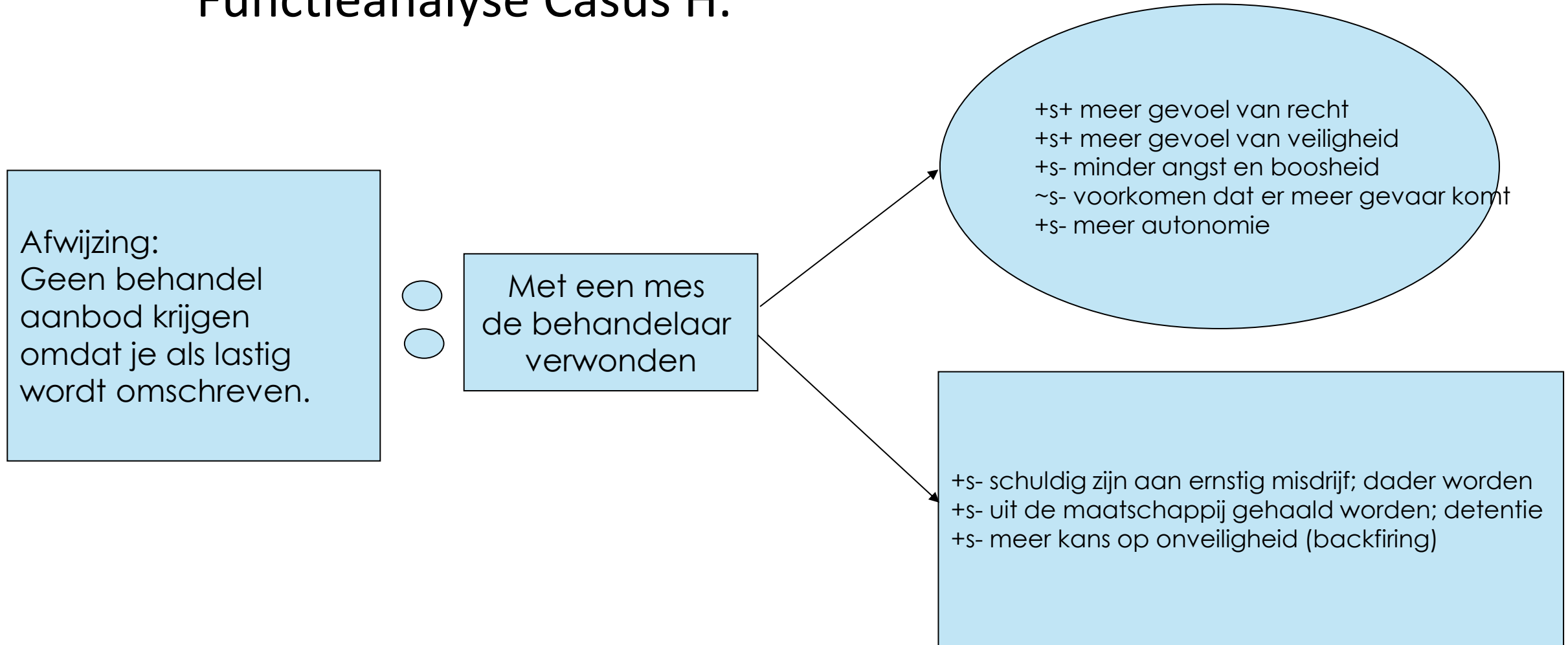
Casus H.

Dhr. H. in TBS

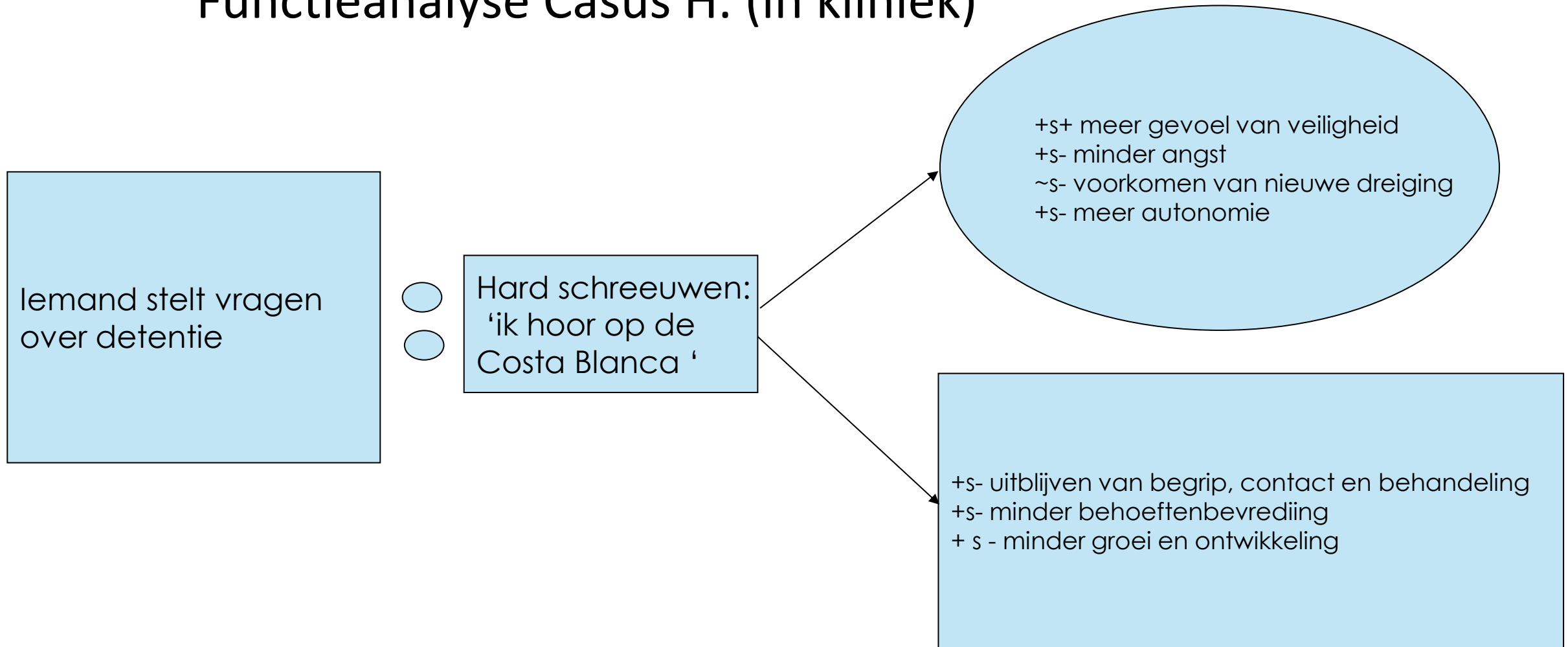
- Gedrag: In manifest paranoïde psychotische toestand met messteken verwonden vorige behandelaar
- Chronisch manifest psychotisch
- 'Meegaan in waan' en in contact confronteren
- Anticiperen en ruimte geven aan uiten woede
- Crises voorkomen
- Hanteren eigen angsten met team



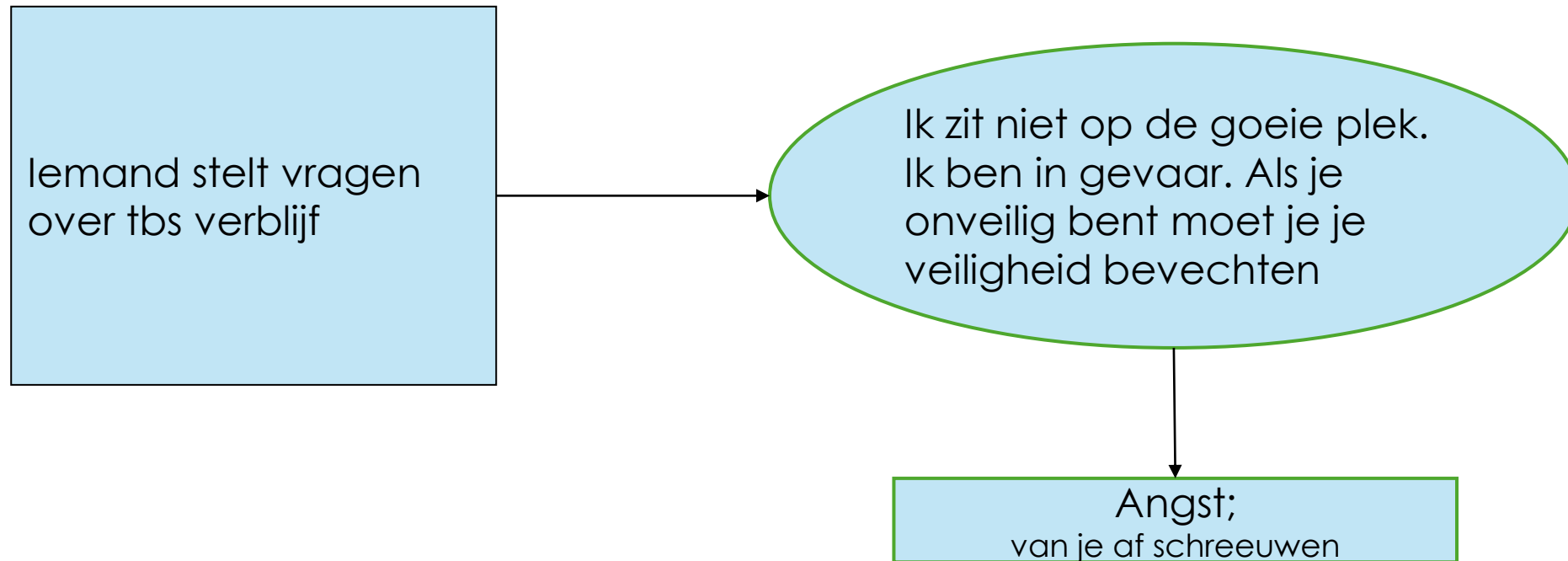
Functieanalyse Casus H.



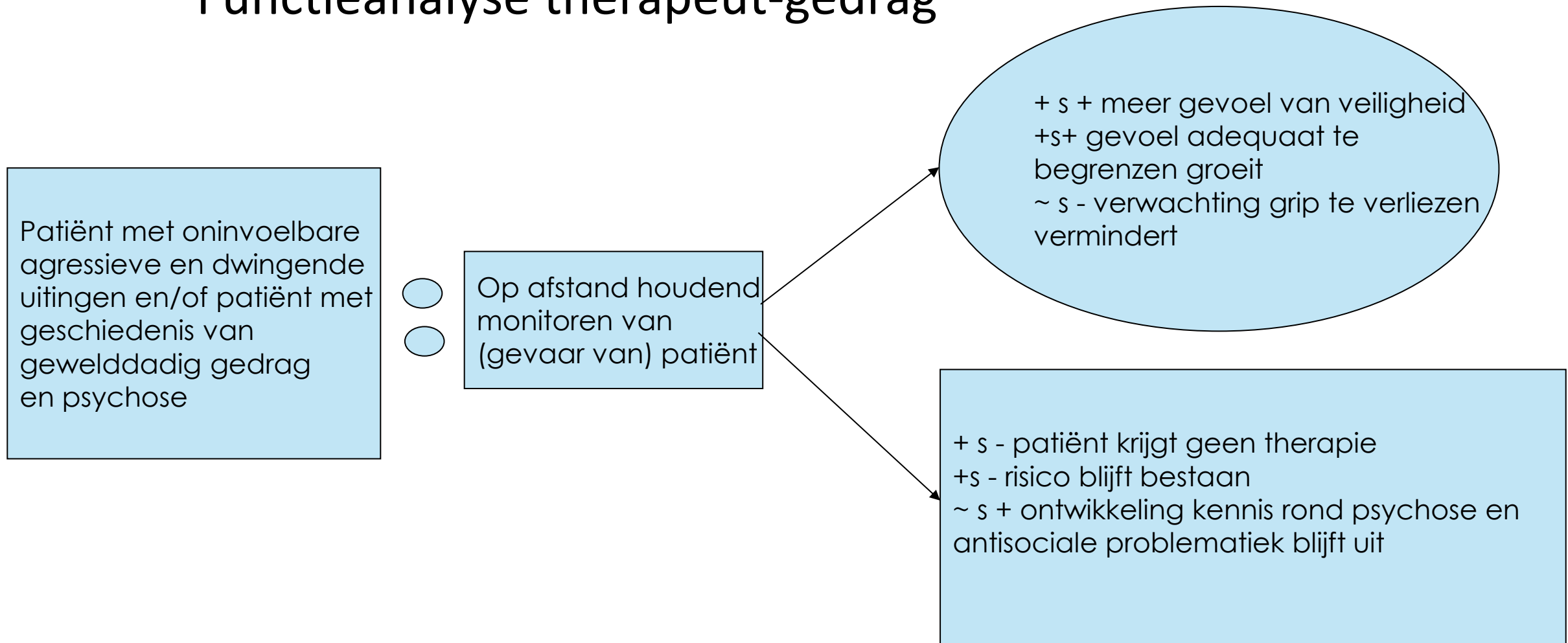
Functieanalyse Casus H. (in kliniek)



Betekenisanalyse Casus H.



Functieanalyse therapeut-gedrag



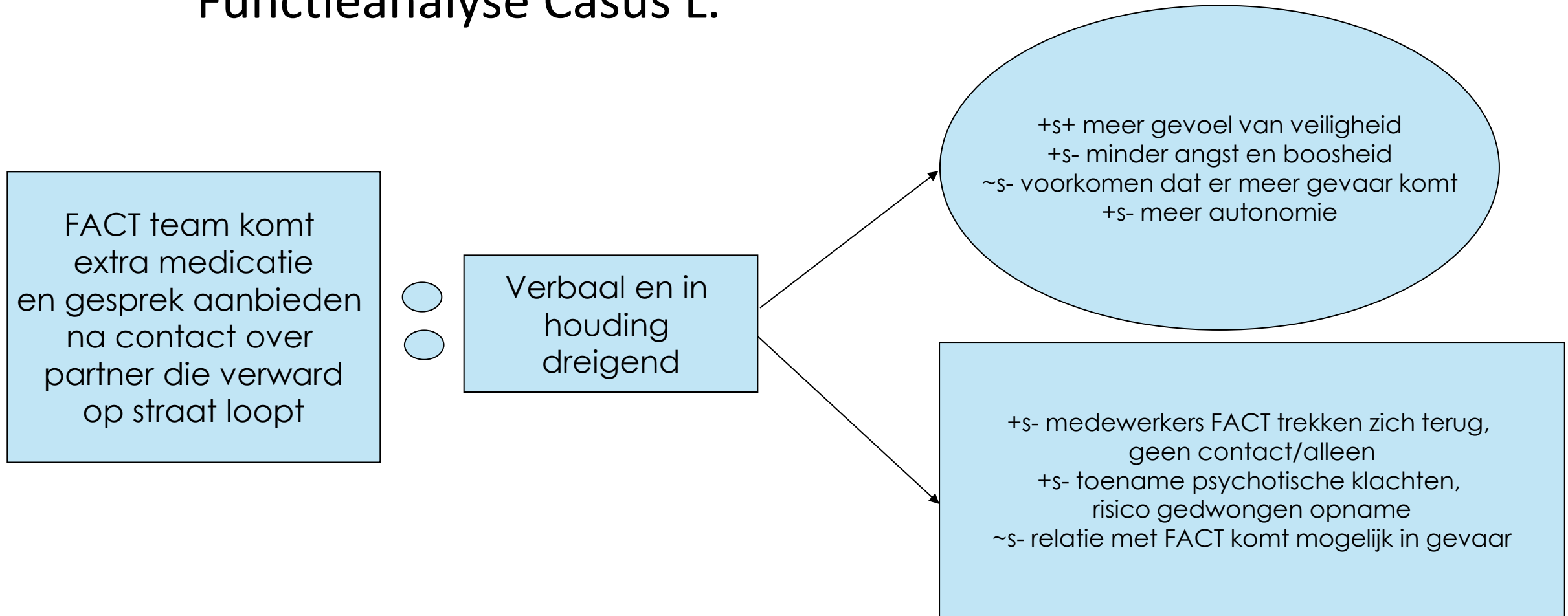
Casus

Dhr. L. in reguliere sGGZ (FACT-team)

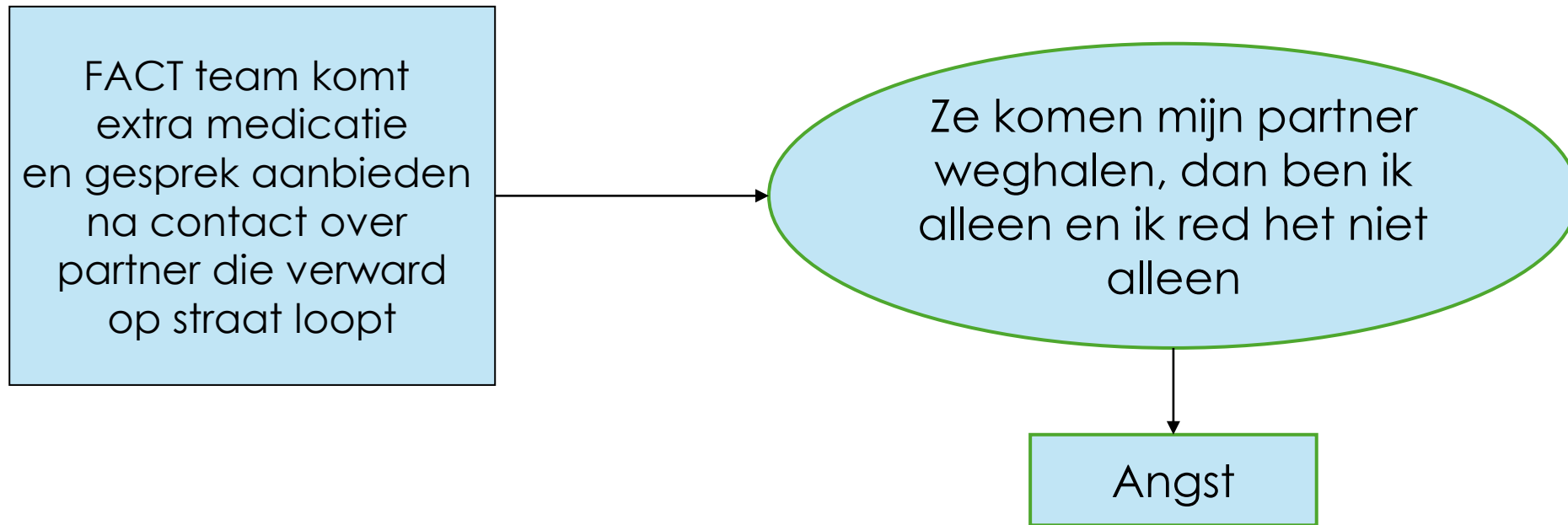
- In verleden vanuit waanachtige overtuigingen vorige behandelaars aangevallen, partner heeft ook psychoseproblematiek
- Wanneer weinig psychotisch prima in contact, als psychose opvlamt: angst bij dhr. neemt toe, dreigend vanuit angst, contactbreuk
- Anticiperen en ruimte geven aan agressie
- Proberen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



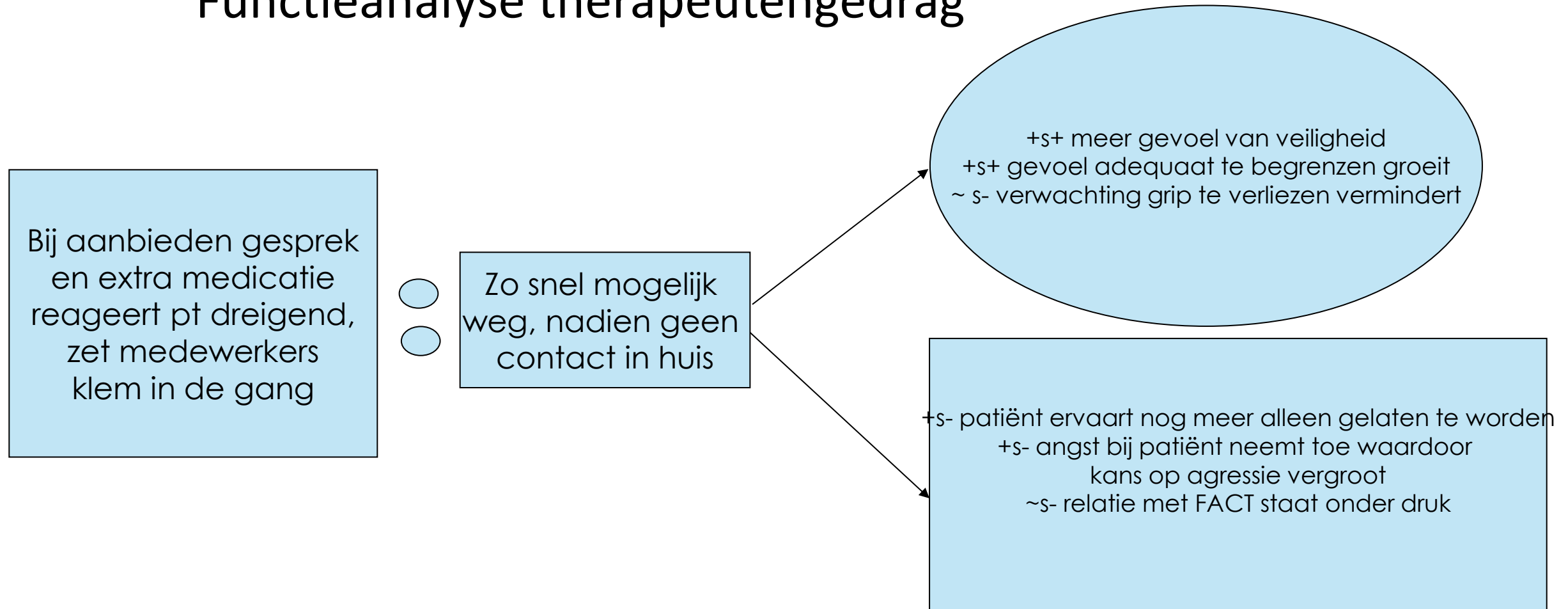
Functieanalyse Casus L.



Betekenisanalyse Casus L.



Functieanalyse therapeutengedrag



Het recidiverisico in kaart brengen

- Risicotaxatie is het geïnformeerd gissen naar gedrag dat een patiënt in de toekomst zal gaan vertonen
- Het gaat om wetenschappelijk bewezen factoren
- Gaat over kansen, waarschijnlijkheden – niet over zekerheden
- Beschermende factoren (SAPROF) worden ook in kaart gebracht.

The Risk Need Responsivity-model (Andrews & Bonta 1990, 2011)

De drie RNR principes:

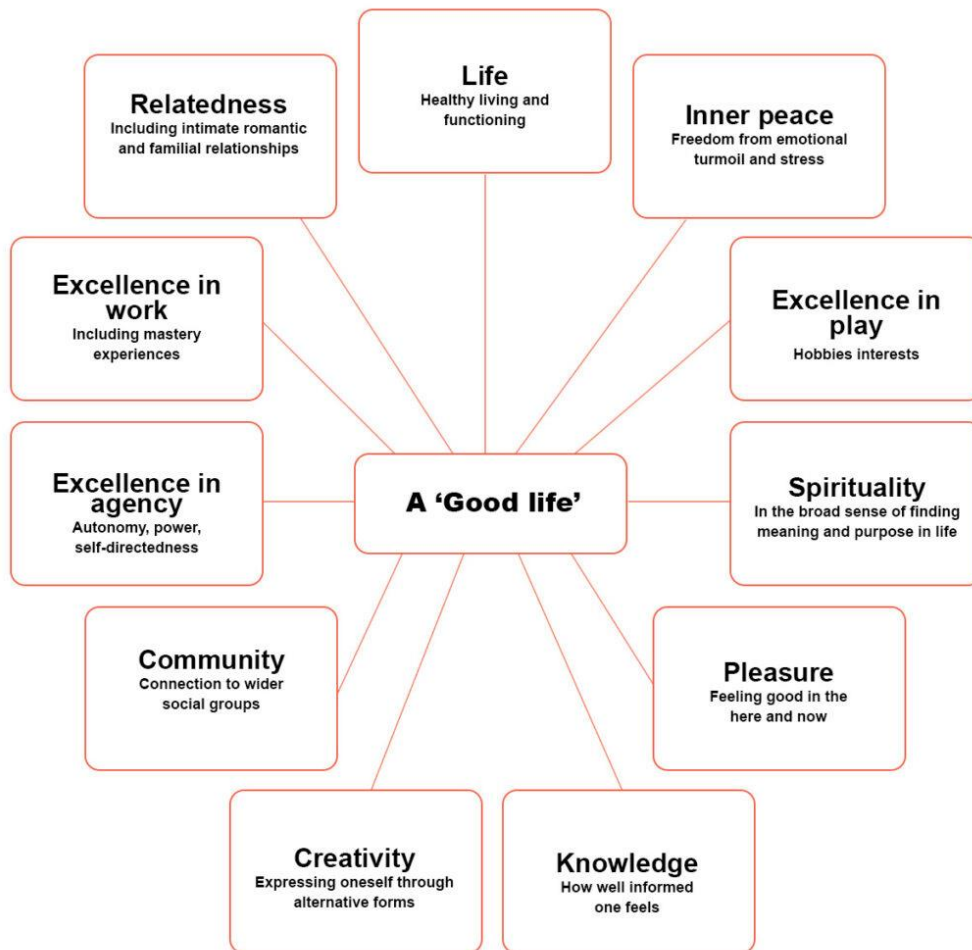
1. Risicoprincipe
2. Behoeftenprincipe
3. Responsiviteitsprincipe



Het **Good Lives Model** (GLM, T. Ward et al 2003-2013)

Crimineel gedrag wordt gezien als een poging om behoeften te vervullen, zij het op een vervormde of schadelijke manier.

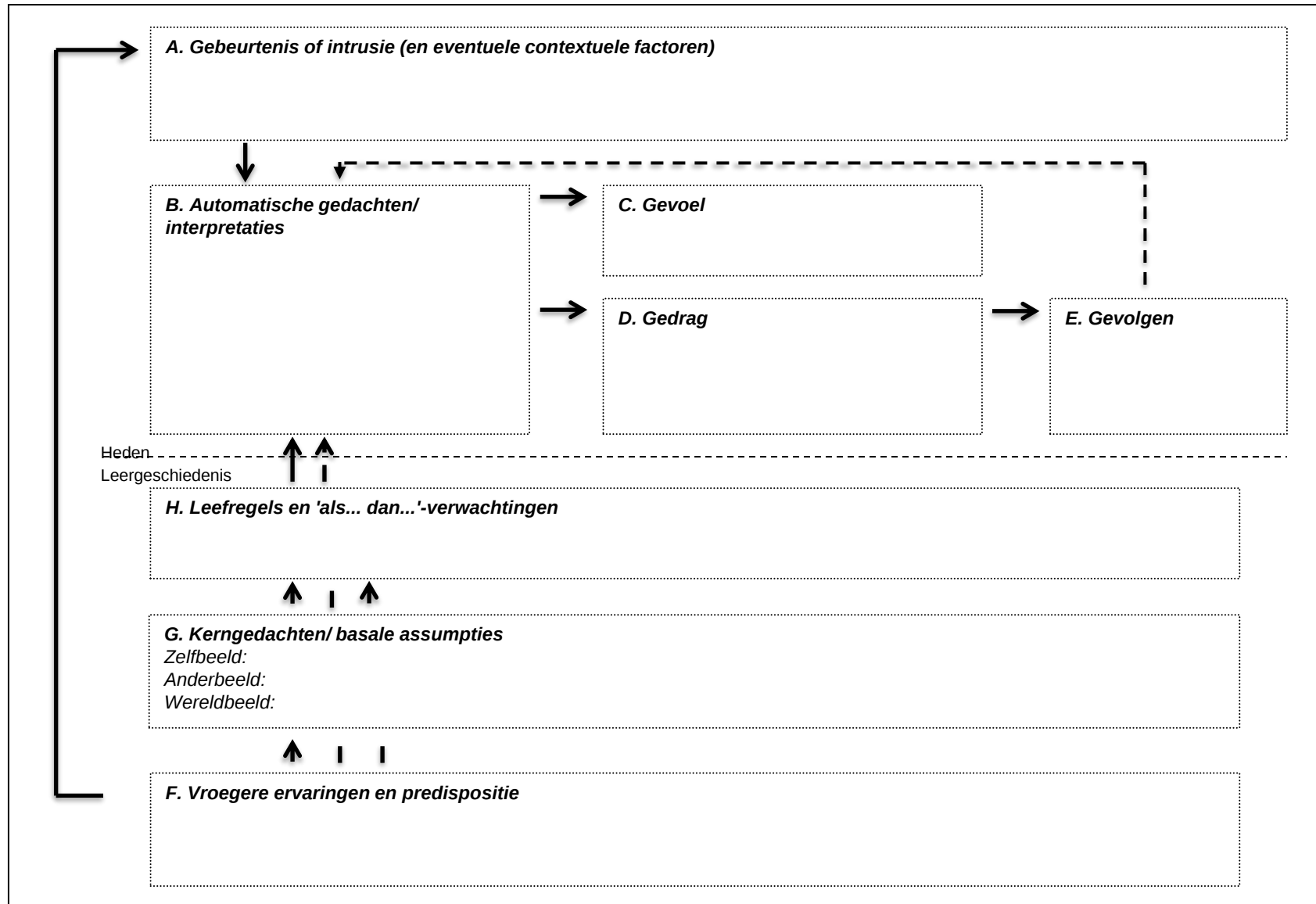
Help het individu bij het ontwikkelen van pro-sociale en adaptieve manieren om doelen te bereiken en aan behoeften te voldoen, in plaats van je simpelweg te concentreren op risicofactoren en strafmaatregelen.



CGT
psychose = CGT
ANGST + Bijzondere
therapeutische relatie + Bijzondere
inhoud

Incongruente hulpvraag / Gebrekkig inzicht

Probleemformulering CGTp



Forensische scherpte

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

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

Aandachtspunten aangaande risico op geweld (Lambe et al, 2023):

Let op:

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

Focus op:

- Hulp krijgen bij van middelen afblijven
- Verminderen stressoren



Trauma-informed benadering

(Levenson, 2013, Horowitz, 2015; Hoogsteder, 2023; Van Tilborg, 2020)

Vroege negatieve ervaringen komen veel voor onder de algemene bevolking en vooral onder criminelen, gedetineerden in meer dan 80% van de gevallen.

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



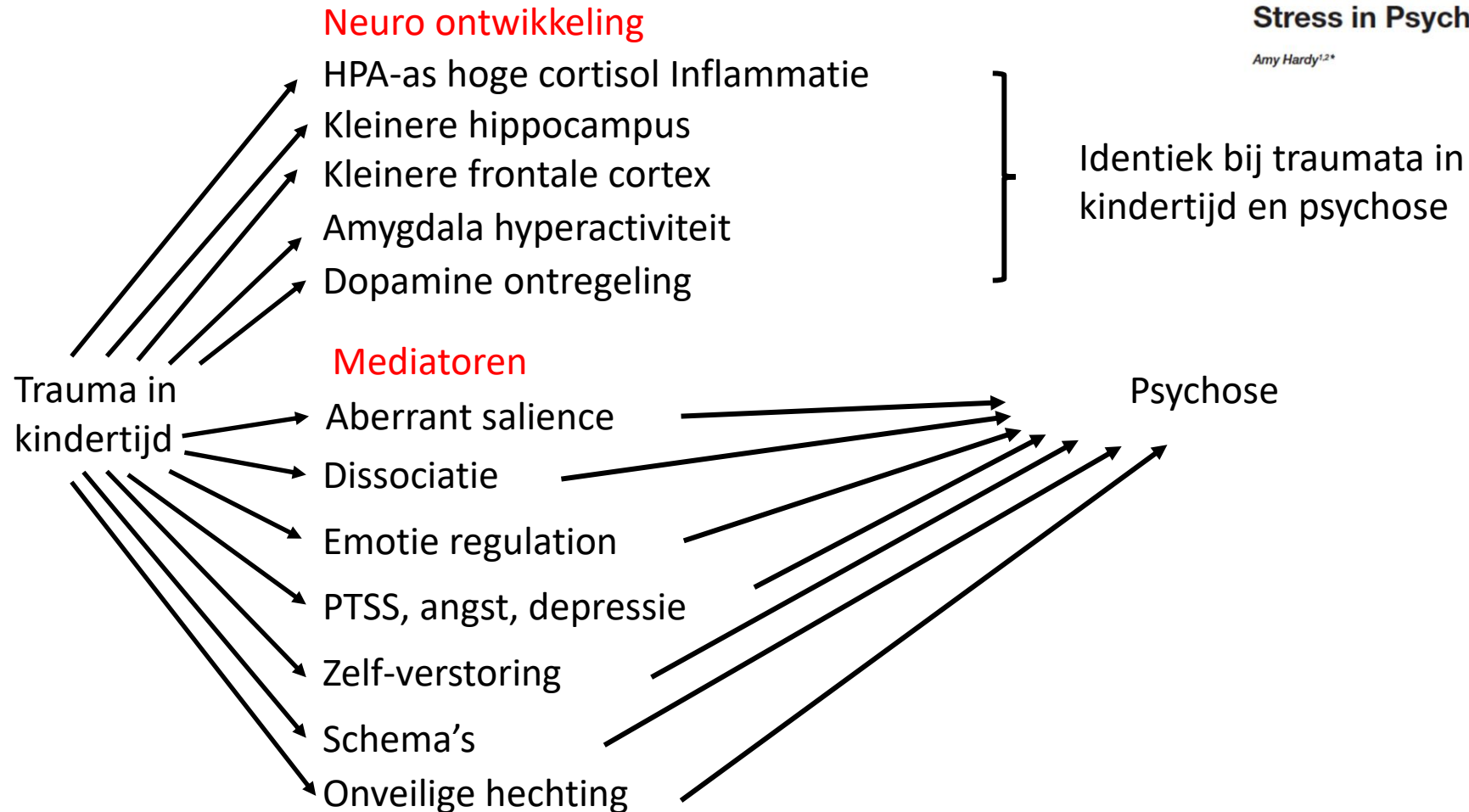
www.shutterstock.com - 335776667

Factor trauma: relaties tussen Trauma, Psychose en PTSS

- 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 in 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)



Traumatische psychose model



Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis

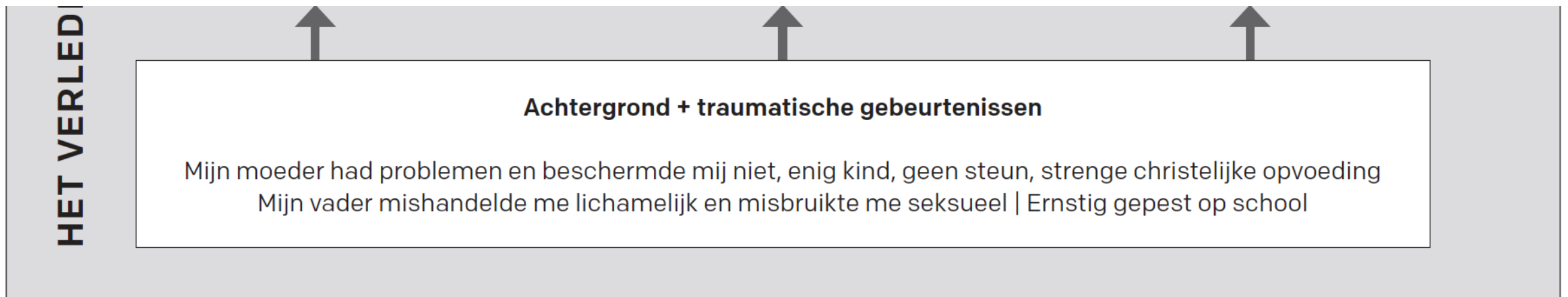
Amy Hardy^{1,2*}

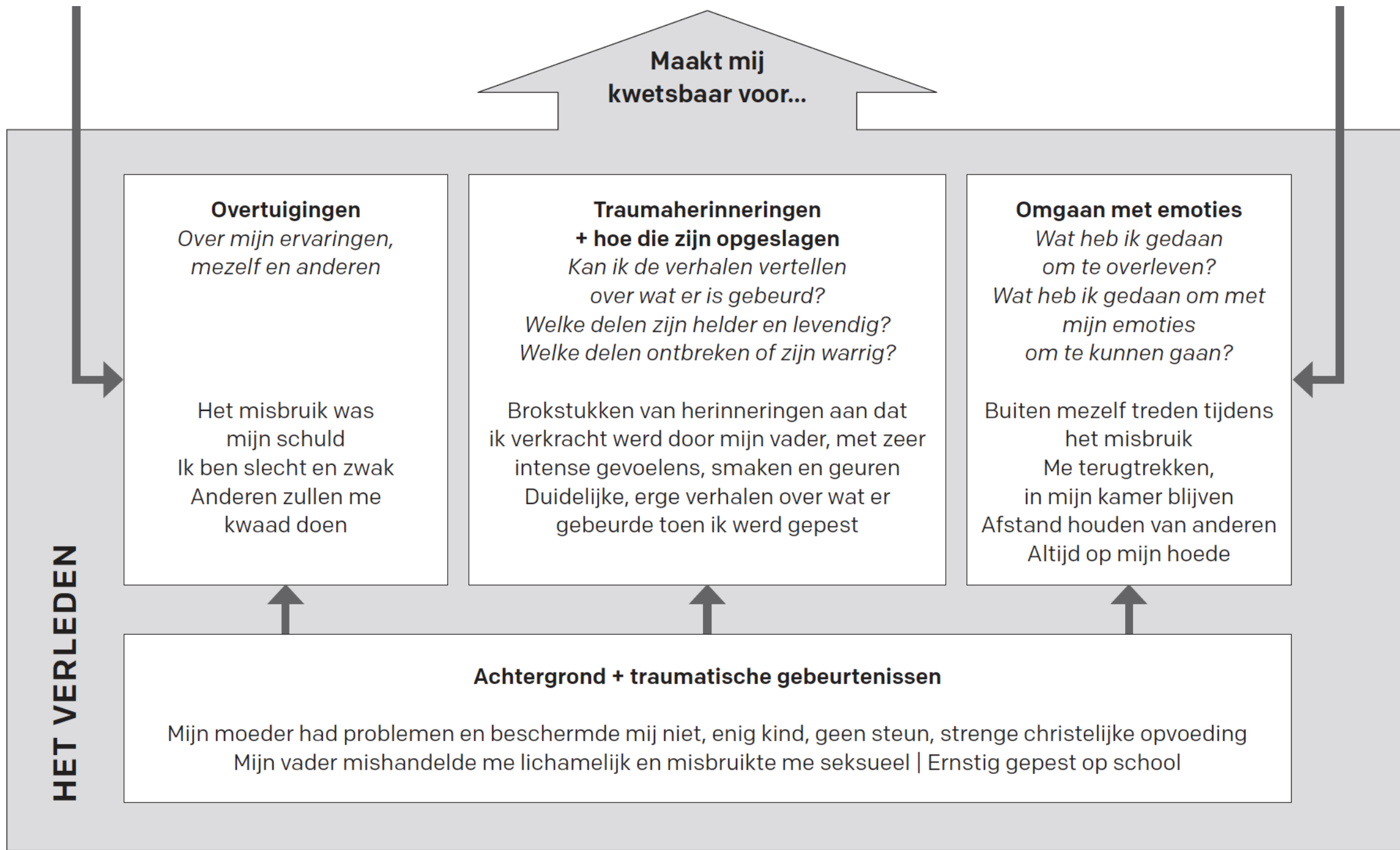
Trauma bij psychose



conceptualisatie bij trauma-gerichte CGTp: een gefaseerde benadering

Van den Berg, Van der Giessen, & Hardy, 2019; Hardy, Van der Giessen, & Van den Berg, 2019





HET HEDEN

Triggers

naar buiten gaan | kinderen zien | moe zijn | me angstig voelen

Reacties

Wat ik voel en doe, en hoe mijn lichaam reageert

Bang, verdrietig, beschaamd, schuldig
Actief vermijden om naar buiten te gaan en afstand houden van anderen
Alcohol drinken, dingen wegduwen, op mijn hoede blijven
Me vervreemd van mezelf en de wereld voelen

Betekenisgeving

De betekenis die ik geef aan wat er gebeurt

Ik heb hier geen controle over, ik ben machteloos
De duivel straft me omdat ik slecht ben
Ze gaan me te grazen nemen

Ervaringen

Flashbacks of nachtmerries waarin het voelt alsof het verleden in het 'hier en nu' gebeurt

Intrusieve herinneringen en gedachten

Dingen die ik hoor, zie, voel, ruik of proef

Flashbacks en nachtmerries van verkrachting door mijn vader
Intrusies over gepest worden en me waardeloos voelen
Stemmen die tegen me zeggen dat ik slecht ben
De smaak van sperma
Mensen die naar me kijken

Maakt mij
kwetsbaar voor...

Behandelen van PTSS bij psychose

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



RE.PROCESS TRIAL
trauma-focused therapies in psychosis

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

Anders bij psychosen =

De overtuigingen zijn bizar, niet voorstelbaar; voor de therapeut is het dan anders; die schrikt en gaat onterecht denken 'hier kan ik niets mee.'

Vergelijkbaar met andere stoornissen =

Achterdocht kan er heel waanachtig uitzien ook bij de niet als psychotisch gediagnosticeerden. Het is een misvatting dat de kracht van de overtuiging zo anders is dan bijvoorbeeld de derealisatie bij persoonlijkheidsstoornissen.

Je kunt proberen in het referentiekader in te voegen; er zit een logica in al is het een andere logica.

Je kunt ineens 'fout' zijn voor de patiënt en het contact verliezen.

FA en BA van je casus

Maak een FA en een BA van de problematiek van je client

Maak een FA en een BA van jezelf als behandelaar van deze client

Welke conclusies trek je uit deze FA en BA?

FA en BA van casuïstiek

Wat is er uit jullie FABA's naar voren gekomen?

Welke algemene conclusies kunnen we hier uit trekken?

Conclusie

4 x

Conclusie om geweld te voorkomen bij psychosen (Youn, et al 2024)

- **Doelgericht** behandelen op (psychotische) ervaringen en vermindering risicovol gedrag
- **Vroegtijdige identificatie:** voorkom een langere DUP (duur onbehandelde psychose)
- **Betere toegang tot behandeling door** een 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

Handel zoals bij crises

Kleine outreachende
teams

Met zijn tweeën moet de
norm mogen zijn

Shared caseload

Werk met
crisissignaleringsplan /
danwel
terugvalpreventieplan

Heb standaard bij
patiënten alle factoren
goed in beeld

Verschillende rollen
gebruiken: De ene
behandelaar geeft de
medicatie zodat het
contact wat minder
'besmet' raakt

Onderhoud van
therapeutische
relatie vergt
aandacht voor
dilemma's

- Collegiaal overleg/ intervisie; open bespreken van dilemma's, over afdelingen heen
- Gebruik naast klinische blik objectieve informatie zoals risicotaxatie instrumenten
- Veilige teamcultuur
- Zorg voor continuïteit en flexibiliteit in de zorg

Take home messages

Veel forensisch therapeuten hanteren al - zonder de officiële diagnose - vrijwel waanachtige achterdochtige overtuigingen bij hun patiënten

Laat niet na om wat je doorgaans aan behandeling biedt ook aan te bieden bij forensische-psychotische patiënten

De therapeutische relatie is het vehikel waar de behandeling op drijft

Het managen van eigen (mentale) veiligheid en gevoel van grip van de therapeut hebben tijd en aandacht nodig

Laat de perceptie van gevaar niet onnodig overheersen, maar blijf alert; het risico is er wel.

Conclusie deelnemers



Literatuur

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, 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>
- 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>
- 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>
- van den Berg et al. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:259-267.; Van den Berg et al. *Br J Psychiatry*. 2018;212:180-182.; van den Berg et al. *Schizophr Bull*. 2016;42:693-702.; de Bont et al. *Psychol Med*. 2016;1-11.; de Bont et al. *Eur. J. of Psychotraumatology*. 19;10:1565032.