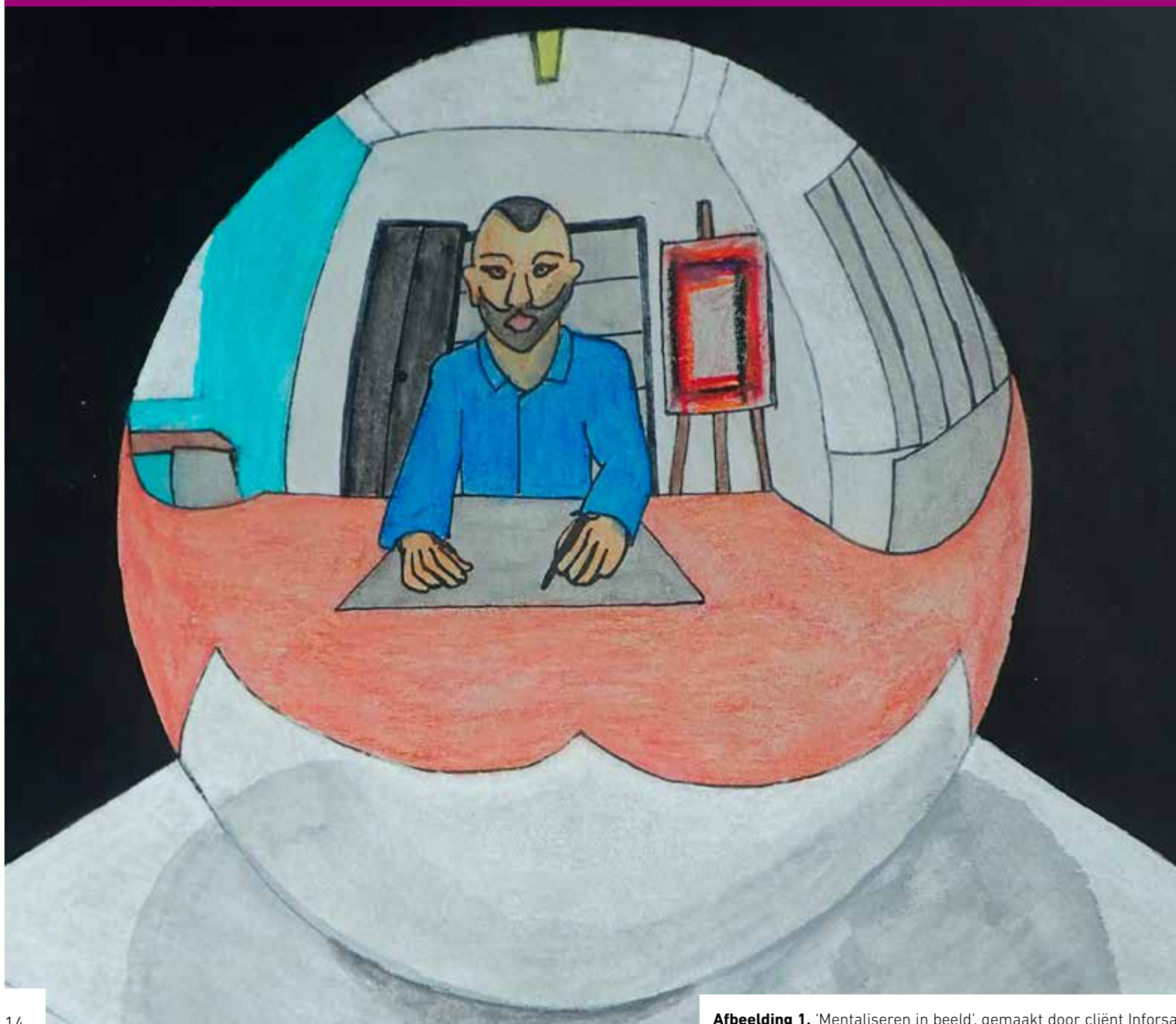


Beeldende therapie bij psychotische forensische cliënten: Wat werkt?

Een kwalitatief onderzoek naar werkzame elementen van beeldende therapie bij psychosegevoeligheid in de forensische psychiatrie

Auteur: Marie-Jozé van Drie en Annemarie Abbing



Afbeelding 1. 'Mentaliseren in beeld', gemaakt door cliënt Inforsa.

Zorgprofessionals, cliënten en beleidsmakers in de forensische psychiatrie onderkennen het belang van beeldende therapie bij de behandeling van mensen met psychotische stoornissen. Toch is het nog onduidelijk hoe beeldende therapie kan bijdragen aan het herstel van cliënten met een psychose-gevoeligheid, als het gaat om het verminderen van delict risico en de relatie tussen psychosegevoeligheid en mentaliserend vermogen. In dit artikel wordt ingegaan op deze relatie. Daarnaast zijn werkzame elementen van beeldende therapie in kaart gebracht aan de hand van focusgroepen met beeldend therapeuten in het werkveld en semigestructureerde interviews met cliënten.

Inleiding

Psychotische problematiek in de forensische setting

Psychotische stoornissen behoren met 12% tot vaak voorkomende stoornissen binnen de forensische zorg (DJI, 2023). Uit een onderzoek van Yee et al. (2020) blijkt dat mensen met een psychotische aandoening meer dan twee keer zoveel kans hebben om met justitie in aanraking te komen voor een strafbaar feit, vergeleken met de algehele bevolking. Voor de forensische groep cliënten met een psychotische stoornis zijn een aantal risicofactoren aan te wijzen die gerelateerd zijn aan delict risico. In hun overzichtsstudie noemen Witt et al., (2013) naast statische (onveranderbare) factoren zoals crimineel verleden en verslaving ook dynamische (veranderbare) factoren zoals zelfinzicht, zelfcontrole en naleving van psychologische therapieën en medicatie.

Volgens het *Handboek Psychose* wordt met psychose bedoeld: "iemand is het contact met de (met elkaar gedeelde) realiteit kwijt" (Van der Gaag & Staring, 2019, p.14). Dat komt tot uiting in het zien of horen van dingen die anderen niet waarnemen en/of sterk afwijkende overtuigingen (bijvoorbeeld 'de CIA heeft een chip in mijn hoofd geplant'). Vaak is een psychose, gecombineerd met middelengebruik, van invloed geweest op het delict. Naast een psychotische stoornis hebben cliënten in de forensische zorg vaak één of meerdere andere aandoeningen zoals een verslaving, een persoonlijkheidsstoornis, licht verstandelijke beperking, autisme en/of traumatische ervaring. De groep cliënten waarbij sprake is van comorbiditeit wordt ook wel de EPA-groep genoemd (Akwa GGZ, 2017).

Psychosegevoeligheid en mentaliserend vermogen

Veel cliënten met een psychotische stoornis hebben ook problemen op het gebied van sociaal functioneren, zelfinzicht en emotieregulatie. Een tekort aan het vermogen om te mentaliseren is hier mogelijk de oorzaak van (Weijers et al., 2016). Met mentaliseren wordt bedoeld: "je eigen gedrag en het gedrag van anderen begrijpen vanuit onderliggende gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens" (Hutsebaut et al., 2021, p.23). Door problemen op het gebied van waarneming en interpretatie hebben psychotische cliënten moeite met het herkennen van hun eigen interne (zintuiglijk-affectieve) ervaring en het verwoorden ervan.

” Vaak is een psychose, gecombineerd met middelengebruik, van invloed geweest op het delict

Dat komt doordat ze te veel uitgaan van hun interne representaties, hun eigen overtuigingen en waarnemingen; en te weinig op wat ze daadwerkelijk zien, op de zintuiglijke informatie die binnenkomt (Waterink & Van Hooren, 2019). Hiernaast is het inlevingsvermogen veelal aangetast, wat het lastig maakt voor deze doelgroep om mentale toestanden

van anderen af te leiden en om de emotionele uitingen van anderen te begrijpen (Weijers et al., 2020).

In het forensische zorgprogramma voor psychotische stoornissen (EFP, 2019) staat mentaliseren beschreven als "een voorwaarde voor interne en interpersoonlijke aanpassing, affectregulatie, impulscontrole, empathie en schuldgevoel". De psychotische stoornis tast dit mentaliserend vermogen aan, wat het risico op geweld vergroot. Wanneer hier geen aandacht voor is binnen de behandeling, bestaat de kans dat ingezette interventies niet effectief zijn en dat het risico op recidive onverminderd aanwezig blijft.

Interventies gericht op het mentaliserend vermogen van cliënten met psychotische stoornissen

Uit onderzoek blijkt dat cliënten met een psychotische stoornis heftiger reageren op stress (Myin-Germeys et al., 2001). Fonagy en Bateman (2012), geestelijke vaders van de *Mentalization Based Treatment* (MBT), beschrijven drie prementaliserende modi, waarop teruggevallen wordt wanneer stress te groot wordt en het mentaliseren wordt onderbroken. In de tabel op de volgende bladzijde van Ten Kate et al. (2016) zijn de modi weergegeven en hoe deze te herkennen zijn bij zowel de psychosegevoelige cliënt als bij de therapeut. Beeldende

IN DIT ARTIKEL

- Een uiteenzetting van de relatie tussen psychosegevoeligheid, mentaliserend vermogen en delict risico.
- Een kwalitatief onderzoek naar werkzame elementen die kunnen bijdragen aan het herstel en verkleinen van delict risico bij psychotische stoornissen.
- Aanzet tot een nieuwe interventiebeschrijving ten behoeve van kwaliteitsverbetering en deskundigheidsontwikkeling.

therapie biedt vanwege de mogelijkheid tot concreet en fysiek uitdrukken mogelijkheden om aan te sluiten op deze prementalisierende gemoedstoestanden (Verfaillie, 2022).

Waarom dit onderzoek?

Beeldende therapie wordt als behandelingsuggestie genoemd in de (forensische)

CASUS

'Jack was 17 toen hij zijn ouderlijk huis verliet na conflicten over zijn cannabisgebruik. Al snel daarna leidde hij een zwervend bestaan, hij blowde dagelijks en gebruikte cocaïne. Op 18-jarige leeftijd werd Jack gearresteerd. Hij had zijn vader doodgestoken in verwarde toestand. Hij bleek waanbeelden te hebben. Hij dacht dat zijn vader was bezeten door de duivel en dat hij zijn familie moest beschermen. Na een forensisch-psychiatrisch onderzoek kreeg Jack TBS met dwang opgelegd.'

zorgstandaarden en richtlijnen voor psychotische stoornissen. Toch wordt beeldende therapie nog niet vaak aanbevolen omdat er nog onvoldoende evidentie is gevonden bij deze doelgroep. Wel zijn er enkele kwantitatieve studies die aanwijzingen bieden voor de effectiviteit van beeldende therapie bij cliënten met een psychosegevoeligheid (Laws & Conway, 2019; Montag, et al., 2014; Attard & Larkin, 2016; Qui, et al., 2017). Zo toont het onderzoek van Montag et al. (2014) aan dat beeldende therapie zinvol kan zijn voor het verbeteren van het sociale functioneren en het mentaliserend vermogen. Daarnaast zijn er kwalitatieve onderzoeken die laten zien dat cliënten met een psychose beeldende therapie als geschikt en zinvol bestempelen (Attard & Larkin, 2016). Ze geven aan dat ze zich beter kunnen uitdrukken, zich beter met zichzelf en anderen kunnen verbinden, zich zekerder voelen, ondanks de symptomen (Colbert et al., 2013; Patterson et al., 2011).

Ondanks de positieve ervaringen blijkt uit de literatuur dat de werkzame elementen van beeldende therapie bij psychotische

stoornissen in de forensische psychiatrie nog onvoldoende bekend zijn. Zolang onduidelijk is op welke wijze de interventie precies kan bijdragen aan de behandeling, is het voor verwijzers lastig om cliënten gericht te indiceren. Daarbij onderschrijft het KFZ (Kwaliteit Forensisch Zorg)-rapport van Madani-Abbing et al. (2020) *Evidence voor vaktherapie in de forensische psychiatrie* het belang van een goed onderbouwde interventiebeschrijving. Om hiertoe te komen is het nodig om theoretische kennis en ervaringskennis van therapeuten in het werkveld te bundelen.

Dit alles leidde tot de vraagstelling: *Welke werkzame elementen¹ van de beeldende therapie kunnen bijdragen aan het verbeteren van het mentaliserend vermogen bij cliënten met een psychotische stoornis in de forensische psychiatrie?*

Methode

In dit kwalitatieve onderzoek is gebruikgemaakt van drie verschillende bronnen: literatuur, focusgroep-interviews met experts (beeldend therapeuten uit het forensische werkveld) en individuele semi-

Prementaliserende modi bij cliënten met psychosegevoeligheid

Modus	Hoe te herkennen bij de cliënt?	Hoe kan de therapeut herkennen?	Mogelijke interventies
Psychisch equivalente modus: Wat ik voel of denk, is de waarheid	<ul style="list-style-type: none"> de cliënt weet iets met 'absolue zekerheid' (soms waanachtig) paranoïa 	<ul style="list-style-type: none"> niet weten wat te zeggen verward zijn behoefte om te weerleggen wat de cliënt zegt 	<ul style="list-style-type: none"> verminderen van stress met steunende interventies nieuwsgierigheid bevorderen door actief te vragen andere perspectieven belichten
Alsof-modus: Ik heb geen contact met mijn gevoelswereld	<ul style="list-style-type: none"> de cliënt staat niet in contact met het gevoel en praat met 'holle woorden' vreemde ideeën over oorsprong gedachten en gevoelens incongruent/afgevlakt affectieve expressie 	<ul style="list-style-type: none"> verveling verlies van concentratie sceptis niet het gevoel hebben in contact te staan met de cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> monitoren en benoemen van eigen affect stop-and-stand, stilstaan bij het proces
Teleologische modus: Ik vertrouw alleen op de fysieke acties en tastbare bewijzen	<ul style="list-style-type: none"> behoefte aan snelle oplossingen behoefte aan concrete adviezen mentale toestand ontlenen aan uiterlijke kenmerken 	<ul style="list-style-type: none"> advies willen geven met oplossingen komen 	<ul style="list-style-type: none"> validering van behoefte die cliënt ervaart

Noot bij de tabel. Overgenomen uit: Ten Kate, C., Weijers, J., & Smit, W. (2026, Maart 1)

Mentaliseren bevorderende therapie voor non-affectieve psychotische stoornissen. *PsyXpert*, 1, 42-50

gestructureerde interviews met cliënten die de beeldende therapie ervaren hebben in de forensische setting.

” De therapeut spiegelt en geeft woorden aan datgene wat geobserveerd wordt

Deel 1: Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan het onderzoek is een literatuursearch uitgevoerd naar de relatie tussen beeldende therapie, psychosegevoeligheid, mentaliserend vermogen en delictrisico. Later in het onderzoek zijn de resultaten vanuit verschillende theoretische uitgangspunten geanalyseerd om de werkzame elementen te verklaren en onderbouwen. Er is met name gebruikgemaakt van primaire literatuur; wetenschappelijke artikelen in vakjournalschriften (Verhoeven, 2018). Er werd gezocht in verschillende databanken met zoektermen gebaseerd op de kernwoorden art therapy/ psychosis/ schizofrenia/ mentalizing/ violence. Daarnaast is er gebruikgemaakt van theorie uit secundaire en grijze literatuur waar informatie ontbrak of niet te vinden was in primaire literatuur.

Deel 2: Focusgroepen met experts

Voor dit onderdeel zijn twee focusgroep-interviews ingezet. Dit is een kwalitatieve methode om experts te vragen naar hun ervaringskennis, percepties, ideeën en meningen (Raats, 2019). De groepsdiscussies werden geleid door een gespreksleider (onderzoeker) en een assistent. Per focusgroep werden drie tot vijf ervaren beeldend therapeuten gevraagd om deel te nemen. De therapeuten zijn aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria geselecteerd en onder andere geworven binnen het netwerk forensische vaktherapie (FVB, 2021). Inclusiecriteria waren: beeldend therapeuten, werkzaam in een forensische setting (of tot vijf jaar geleden) met minimaal een jaar ervaring met cliënten met psychotische stoornissen, individuele en/of groepstherapie. Voor de focusgroepen is gebruikgemaakt van een vooraf vastgestelde topiclijst, op

basis van de categorieën die genoemd staan in het format van de FVB Module-Basis (FVB, 2022).

Deel 3: Procesevaluatie: interviews met cliënten

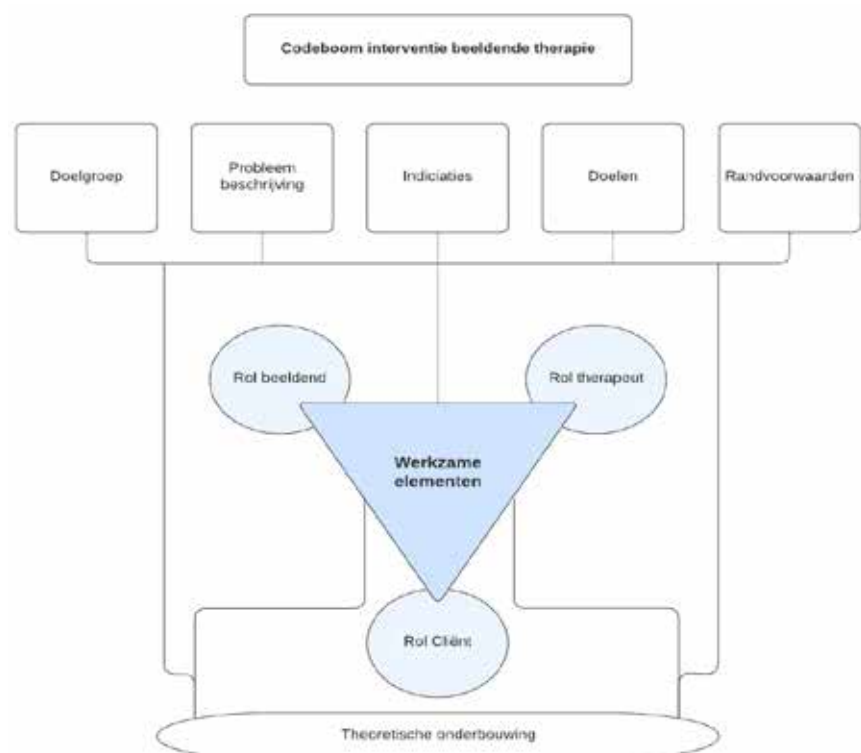
Om zicht te krijgen op de meningen en ervaringen van cliënten die beeldende therapie gevolgd hebben is gebruik gemaakt van procesevaluatie (Haeyen, Van Hooren, & Hutschemaekers, 2015). Door middel van individuele interviews zijn cliënten gevraagd naar hun ervaringen en kwaliteitsoordeel over de werking van de interventie. Inclusiecriteria waren: volwassenen vanaf achttien jaar, opgenomen in de Forensische Psychiatrische Kliniek (FPK Inforsa), gediagnosticeerd met een psychotische stoornis (in DSM-5 onder de term 'schizofreniespectrum'), zowel mannen als vrouwen die minimaal twintig sessies beeldende therapie hebben gevolgd. Exclusiecriteria waren: cliënten in een crisissituatie (bijvoorbeeld door een acute psychose) of onder invloed van middelen. Aan de cliëntinterviews hebben uiteindelijk vier respondenten meegewerkt. Eén cliënt (vrouw) koos ervoor toch niet mee te werken. De cliënten waren verder allen man met een strafmaatregel (TBS met dwangverpleging en TBS met voorwaarden), in de leeftijd van 41, 40, 38

en 42 jaar. Naast een psychotische stoornis was er bij alle deelnemers sprake van comorbiditeit waaronder verslavingsproblematiek. De cliënten tekenden *informed consent* en werden geïnterviewd in de beeldende therapieruimte. Het gesprek werd mede vormgegeven aan de hand van een beeldend werkstuk dat van persoonlijke waarde of betekenis was.

Procedure

De data-analyse verliep volgens de *Thematische Analyse* van Verhoeven (2020). De data werden verkend, gecodeerd en meerdere keren geanalyseerd en verfijnd, tot er een definitieve structuur van categorieën werd vastgesteld in de vorm van een codeboom, om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

Het transcript van de eerste focusgroep werd deductief gecodeerd volgens de categorieën in het FVB-format Module-Basis behandelmodule (FVB, 2022). Vervolgens werd een samenvatting hiervan teruggestuurd naar de eerste focusgroep voor feedback. De topiclijst werd na aanvulling en bevestiging aangepast voor de tweede focusgroep. Een opgeschoond transcript werd aan de deelnemers van de tweede focusgroep teruggestuurd ter controle. De transcripten van de cli-



Figuur 1. Codeboom met hoofdcategorieën.

entinterviews werden inductief (open) gecodeerd, door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. De data uit twee focusgroepen en vier individuele interviews werden op verschillende momenten met elkaar vergeleken om de werkzame elementen in kaart te brengen. Na het thematiseren van de codes heeft er een vergelijking plaatsgevonden met de codes uit beide focusgroepen om te komen tot de definitieve codeboom.

Na de dataverwerkingsfase van het onderzoek zijn de categorieën geanalyseerd vanuit verschillende theoretische uitgangspunten, geïnterpreteerd en verwerkt in een concept FVB- interventiebeschrijving.

Resultaten

Gevonden categorieën

Vanuit de data-analyse zijn negen hoofdcategorieën naar voren gekomen (zie Figuur 1). De bovenste vijf categorieën zijn de voorwaarden om beeldende therapie te kunnen uitvoeren. De resultaten uit deze categorieën dragen bij aan de opbouw van de nieuwe interventiebeschrijving. De middelste drie kerncategorieën leiden tot de werkzame elementen die de inhoud van de interventie vormen. De interventies vinden plaats in de vaktherapeutische driehoek cliënt-therapeut-beeldend middel. De laatste categorie geeft informatie over de theoretische onderlegger voor de interventie.

Werkzame elementen die de inhoud van de interventie bepalen

Uit de literatuur, de focusgroepen en cliëntinterviews komt naar voren dat de werkzame elementen gericht op het verbeteren van het mentaliserend vermogen kunnen worden onderverdeeld in de rol van de therapeut, het beeldend middel, ingezette materialen en werkvormen en de rol van de cliënt.

De rol van de therapeut

Weijers (2023) geeft aan dat bij mentaliseren het reflectief vermogen centraal staat en dat dit vermindert wanneer de emotionele spanning toeneemt. Het bewaken van het stressniveau door de therapeut is dus van belang. De therapeut doet dit vanuit een mentaliserende hou-

ding (oprecht, empathisch, betrouwbaar, ondersteunend, ruimte gevend, niet-wetend, niet opdringerig). Omdat cliënten met psychosegevoeligheid vaak niet de taal hebben om emoties te duiden (Debbané, 2016) heeft de therapeut hier ook een belangrijke rol in door de cliënt te helpen bij het benoemen wat hij voelt en ervaart (Weijers et al., 2023). Hij/zij spiegelt en geeft woorden aan datgene wat geobserveerd wordt. In het onderzoek van Weijers et al. (2017) staat verder dat cliënten met een psychotische stoornis vaak ongevoelig zijn voor de standpunten van anderen. Psychose gaat vaak samen met een verlies van 'epistemisch vertrouwen' (Hutsebaut et al., 2021).

” Hij/zij spiegelt en geeft woorden aan datgene wat geobserveerd wordt

Alle bronnen geven aan dat het *opbouwen en vasthouden van vertrouwen* centraal staat in de behandeling van de doelgroep. De therapeut start vaak al op de afdeling met het laagdrempelig opbouwen van contact om de cliënt te motiveren voor de therapie. Zowel de therapeuten als de cliënten benoemden dat er tijd nodig is voordat er sprake is van wederkerigheid in contact. Volgens de therapeuten helpt het cliënten om vertrouwen op te bouwen als ze inspraak hebben in wat ze willen leren en ontdekken tijdens de sessies. Ze richten zich in eerste instantie vooral op doelen in het beeldend werk zoals het leren van creatieve vaardigheden. Het werkt volgens een cliënt heel ontspannend "als je gewoon kan doen waar je op dat moment zin in hebt. In de zin van: niet veel gerichte therapeutische vragen stellen als iemand gewoon even een schilderij wil maken".

De therapeut stelt cliënten in de eerste fase vragen over het beeldend proces, niet zozeer over de persoonlijke inhoud of betekenis. Naast het bewaken van het stressniveau van psychosegevoelige cliënten vonden de therapeuten het bewaken van de structuur van belang. Een therapeut zei: "Als ik merk dat iemand afdwaalt of over iets anders gaat praten of denken, zorg ik dat ik hem snel

weer in het hier-en-nu haal."

Om het proces van mentaliseren op gang te brengen nodigt de therapeut cliënten uit om in het beeldend werk meer naar 'de belevingskant' te gaan. Vanuit een empathische, 'niet-wetende' en bescheiden houding wordt de focus gelegd op het huidige gevoeld affect en op gedeelde ervaringen en affecten in het therapeutisch contact. De therapeuten geven aan dat de cliënt via het beeldend samenwerken in contact komt met zijn binnenwereld, leert reflecteren op het eigen handelen en (gedoseerd) gaat delen wat in hem omgaat. Een cliënt beschreef de rol van de therapeut als volgt: "wel de juiste vragen stellen waardoor je meer te weten komt. Maar niet zoeken naar problemen (...). Meer de ruimte geven om je vrij te voelen om dingen bespreekbaar te maken. Soms moet je op dingen inzoomen maar dat moet niet te geforceerd zijn ofzo."

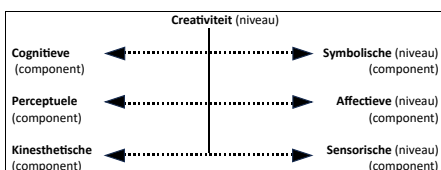
De therapeut doet voor hoe er woorden gegeven kunnen worden aan wat er gebeurt en helpt de cliënt het eigen gedrag en veranderingen hierin op te merken. De ervaring van een cliënt: "Je bent aan het spiegelen met de therapeut en aan het overleggen over hoe dat is, wanneer dat is en hoe dat er uit zou zien. Je vraagt je ook af of je werkelijk zo overkomt." Ten aanzien van realiteitstoetsing vinden de therapeuten de checkvraag belangrijk. Dat de cliënt bij de therapeut kan checken of de eigen beleving klopt. Tenslotte vonden de therapeuten het waardevol om op verschillende momenten en vooral in de afrondingsfase van de therapie het beeldend proces samen met de cliënt waar te nemen, zodat de ontwikkeling en het leerproces helder gemaakt wordt. In de eindfase stimuleert de therapeut de cliënt om meer zelfstandig te mentaliseren en dat ook buiten de therapie te oefenen. De houding in de eindfase is meer ondersteunend: "Zo van wat hebben we allemaal bereikt samen, en wat heb jij bereikt."

De rol van de beeldende werkvormen en materialen

Cliënten hebben over het algemeen eigen voorkeuren betreffende het gebruik van beeldende materialen. Hier kan betekenis aan gegeven worden vanuit het *Expressive Therapies Continuum* (ETC)-raamwerk

van Hinz (2009)(Lavrijsen, 2017). Het werken vanuit de comfortzone van de cliënt draagt bij aan het verminderen van spanning en het groeien van vertrouwen in de therapeut waardoor er een proces op gang komt (Hinz, 2009).

In de cliëntinterviews kwamen voorkeuren naar voren als: "Duidelijke vormgeving, herkenbaar voor anderen wat het voorstelt. Niet te veel details (bijvoorbeeld cartoon tekening)." Veelal kiezen cliënten voor vaste materialen met een hoge structuur. Of de focus lag op het (na)tekenen van formele beeldkenmerken zoals vormen en lijnen en visueel ruimtelijke aspecten. Een therapeut over het aanbod: "Ik bied vaak heel concrete, gestructureerde materialen aan (...). Ik zie dat als je dat meer vrijlaat, bijvoorbeeld vrij met pastel werkt (...) dat het al gauw in elkaar overloopt. Het wordt vlekkelig en cliënten raken helemaal de draad kwijt." Deze manier van werken past bij de perceptuele component. De aandacht gaat minder uit naar emoties (Tesselaar, 2018).



Figuur 2. Expressive Therapies Continuum vertaald uit Hinz (2009) met op de linker- en rechteras de kinesthetische, perceptuele en cognitieve componenten en op de rechteras de sensorische, affectieve en symbolische componenten.

De symbolische component komt bij de cliëntengroep ook voor. Hier ligt de focus op de persoonlijke symboliek en het intuïtief handelen. Een cliënt zei: "Ik kwam vaak op symbolen uit, grafisch beeldend werk."

De samenhang of persoonlijke betekenis van de symbolen blijkt echter voor de cliënt niet altijd te begrijpen of begrijpelijk te maken voor een ander. Cliënten vinden het lastig om woorden te geven aan hun werk. Bekeken vanuit de theorie van het ETC (Hinz, 2009) hebben psychotische cliënten op de emotionele rechteras moeite om een samenhangend of voor anderen begrijpelijk beeld te scheppen.

Een therapeut over haar werkwijze: "Er wordt vaak een verhaal verteld in werkstukken of opvolgende werkstukken. Door er een vervolg aan te geven kan een cliënt op een wat verhelderend, misschien wat onbewuster niveau, structureren wat er daarboven (in zijn hoofd) allemaal gebeurd is."

” Er wordt vaak een verhaal verteld in werkstukken of opvolgende werkstukken

Een cliënt herkent dit: "Het wordt een soort verhaal over jezelf en van jezelf."

Het contact maken met de eigen belevingswereld (expressie) en met het eigen gevoel is specifiek van belang voor cliënten met een psychotische stoornis. Een cliënt beschrijft het als "tastbaarder maken van bepaalde gevoelens en emoties en hoe ik daar mee omga. Om daar toch op een andere, meer beeldende manier mee bezig te zijn. Dat uitdrukken ervan, dat er aandacht voor is hoe het in elkaar steekt."

Rustige, stressverlagende, ondersteunende, en gestructureerde werkvormen helpen de cliënt te kalmeren als prikkels en spanningen oplopen. Om in het hier en nu (stressvolle) sensaties gewaar te worden en hier betekenis aan te geven. De therapeut bewaakt de balans in wat bespreekbaar is en wat (nog) niet en laat zien hoe de cliënt om kan gaan met onderprikkeling of overprikkeling om spanningen te leren reguleren. Een therapeut: "Ik ben bezig dat het niet te chaotisch wordt en dat het structuur krijgt. Maar dat is ook wel weer afhankelijk van de cliënt, wat hij aan kan en wat hij prettig vindt. Eén van mijn cliënten met schizofrenie vond het fijn om de demonen in zijn hoofd te kunnen uiten. Ik merkte dat hij daar rustiger van werd."

De MBT-theorie gaat ervan uit dat de ontwikkeling van het 'zelf' ontstaat door de interactie met jezelf in relatie tot een ander (Verfaillie, 2011). De beeldend therapeut biedt vanuit een mentaliserende houding materialen en werkvormen aan om de cliënt in contact



Afbeelding 2. Zelfportret met waterpas (gemaakt door cliënt Inforsa). Een terugblik op een verleden op straat met veel middelen-gebruik en psychoses. Er is meer stabiliteit in zijn leven nu.

te laten komen met zichzelf, het lichaam en de innerlijke beleving. Gezien vanuit het ETC-raamwerk wordt beoogd een verschuiving te maken van de perceptuele naar de affectieve component. In de werkvormen ligt focus steeds meer op zintuiglijke waarneming, expressie en het uiten van gevoelens. Een therapeut: "Juist de combinatie tussen structuur en chaos is mooi hierbij."

De cliënten kunnen hun emoties leren uiten en herkennen door verschillende materialen uit te proberen. Cliënten vinden het fijn dat er verschillende mogelijkheden zijn "om jezelf uit te drukken". Door te experimenteren met verschillende materialen kunnen ze ervaringen opdoen waarbij zintuiglijke waarneming voorop staat (Waterink & Van Hooren, 2019). De nadruk in het materiaal-aanbod blijft liggen op het op gang brengen en houden van een mentaliserend proces, waarbij de therapeut bijvoorbeeld samen met de cliënt reflecteert op de ervaringen. Eén van de cliënten: "Het doet je nadenken over bepaalde zaken en het kan soms heel persoonlijk zijn. Dat doet me op zich wel goed. Het helpt me met het



Afbeelding 3 en 4. Tekeningen gemaakt door cliënt Inforsa: Hoe het was tijdens en na de psychose.

beseffen hoe ik ervoor sta. Dat kan soms deprimerend zijn, maar het geeft wel een realistisch beeld.”

De rol van de cliënt

Werkzame elementen betreffende de cliënt zijn vooral generieke factoren, zoals mee (willen) werken (responsiviteit), maar ook enige affiniteit hebben met beeldend werken. In het *Forensisch zorgprogramma psychotische stoornissen* (EFP, 2019) staan een aantal uitgangspunten beschreven voor de zorg, zoals het belang van aansluiting bij de beleving en visie van de cliënt in interventies, en begrip voor de cliënt in verband met delict en wantrouwen. Het stimuleren van inzicht en motivatie (responsiviteit) bij de cliënt is nodig om de interventie te laten slagen. Om zich te kunnen committeren aan de beeldende therapie is het belangrijk dat de cliënt enige affiniteit heeft of kan opbouwen het beeldend werken en/of de therapeut. Dit proces werd door therapeuten ‘behandelrijp maken’ genoemd. Cliënten trekken zich terug op hun kamer en moeten vaak een drempel over om in actie en in contact te komen. De beleving van één van de cliënten: “Ik kreeg wel het gevoel dat ik dit moest doen, maar ik sta er nu best voor open, ik hoef het niet overal mee eens te

zijn. Ik zie het als meewerken aan je behandeling.” Een andere cliënt vond dat “je jezelf een beetje moet laten kennen.”

Overige resultaten uit het onderzoek voor de interventiebeschrijving

Naast inzichten met betrekking tot werkzame elementen, zijn er in dit onderzoek ook inzichten opgedaan over de doelgroep, probleemomschrijving, indicaties, doelen, randvoorwaarden en theoretische onderbouwing. Dit heeft waardevolle informatie opgeleverd voor een nieuwe interventiebeschrijving.

Discussie

Uit de resultaten komt naar voren dat de mentaliserende houding van de therapeut, het beeldend middel als brug tussen de binnen- en buitenwereld van de cliënt en de ingezette materialen en werkvormen (zowel structurerend als expressieruimte biedend) de belangrijkste werkzame elementen zijn in de behandeling van psychosegevoeligheid door middel van beeldende therapie, in combinatie met de responsiviteit van de cliënt.

De beeldende therapie leek bij te dragen aan het verbeteren van het mentaliserend vermogen bij psychotische forensische patiënten. Uit de focusgroepen en cliëntinterviews bleek onder andere dat de spanning bij de cliënt verminderde, waardoor er meer wederkerig contact mogelijk was. Het kunnen reguleren van spanning (arousal) is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen ontwikkelen van mentaliserend vermogen. Immers, een adequaat spanningsniveau maakt dat je beter gericht kunt blijven op sociale signalen en verbale en non-verbale communicatie (Luyten & Fonagy, 2015). Verder bleek ook de waarneming en het zelfinzicht verbeterd. Hiernaast gaven cliënten aan dat ze verbeteringen hebben ervaren in eigenwaarde en zelfcontrole. Deze aspecten zijn protectieve factoren en kunnen daardoor mogelijk bijdragen aan het verlagen van het delictrisico (Madani-Abbing et al., 2020).

In lijn met onze bevindingen over de werkzame elementen, vonden studies van Bosgraaf et al. (2020) en De Witte et al. (2021) eveneens dat het beeldend werken

een tool is voor visualisatie, communicatie en bewustwording, en dat creatieve expressie bijdraagt aan de eigen regie, zelfbewustzijn en zelfvertrouwen. Ook sluiten onze bevindingen grotendeels aan op de uitgangspunten die genoemd worden in het forensisch zorgprogramma voor psychotische stoornissen (EFP, 2019) als het gaat om de cliënt: zoals het inzetten op contact, veiligheid en ruimte creëren, een goede behandelrelatie en positieve bejegening, en werken aan motivatie. Motivatie (een aspect van responsiviteit) is een extra belangrijk begrip binnen de forensische setting. Er wordt daarom gewerkt met het Risk-Needs-Responsivity (RNR)-model (Andrews et al., 1990). Vaktherapie wordt in de forensische zorg ook wel gericht ingezet om cliënten meer responsief te maken voor andere behandelvormen zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (Madani-Abbing et al., 2020).

Naast de werkzame elementen zijn er een aantal subdoelen uit het onderzoek naar voren gekomen, die van belang zijn in het werken aan het mentaliserend vermogen bij deze doelgroep, namelijk:

- vergroten van vertrouwen,
- verminderen van spanning,
- bevorderen van zelfwaarneming,
- bevorderen van persoonlijke expressie,
- verbeteren van reflecterend vermogen.

Om aan deze subdoelen te kunnen werken, zijn een aantal randvoorwaarden van belang. Binnen de forensische psychiatrie is het bijvoorbeeld extra belangrijk al in een vroeg stadium in te zetten op het contact en de samenwerking met de cliënt. Omdat de cliënten vaak wantrouwend zijn naar behandelaars is het daarnaast van groot belang om aan te sluiten bij de wensen, doelen en de beleving van de cliënt en om zijn of haar visie te erkennen. Mede omdat cliënten op grond van hun verwrongen denken zeer ernstige en zware delicten hebben gepleegd (EFP, 2019). Bij deze doelgroep vraagt het opbouwen van responsiviteit om een lange aanloop. Ook de werkruimte is belangrijk; deze moet geordend zijn, voldoende bewegingsruimte bieden en het helpt wanneer er werkstukken en materialen zichtbaar zijn voor de sfeer en inspiratie.

Opvallend is dat er veelal individueel gewerkt wordt met deze doelgroep. Bij de forensische doelgroep is daarnaast het kunnen en mogen uiten van gevoelens van belang. Met name het spanningsveld tussen het mogen laten zien en uiten van boosheid en het onder controle houden ervan is ingewikkeld. Het exploreren van de negatieve emoties kan via het beeldend werken in de therapieruimte op een veiliger manier dan bijvoorbeeld op de afdeling (Abbing et al., 2023).

Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

De gevonden informatie uit de verschillende bronnen sluit in grote lijnen op elkaar aan. Terugkijkend naar de procedure is het een sterk punt dat de therapeuten en cliënten regelmatig bij het onderzoeksproces zijn betrokken. Er zijn echter ook enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. De subjectieve meningen en ervaringen van therapeuten en het beperkte aantal cliënten waren van invloed op de resultaten. Het generaliseren van de resultaten is lastig vanwege de heterogene doelgroep. Ieders herstelproces is ver-

schillend en onder andere comorbiditeit en medicatie zijn van invloed op de problematiek. Verder kan de objectiviteit zijn beïnvloed doordat de interviewer zowel onderzoeker als projectleider was. Door de focusgroepen en cliëntinterviews met twee personen uit te voeren werd de kans op subjectiviteit minder.

Betekenis voor de praktijk en vervolgonderzoek

Ten aanzien van het werken in de triade (cliënt-afdeling-therapeut) brachten therapeuten naar voren dat de beeldende interventie in de forensische praktijk beperkingen met zich mee kan brengen. Het is niet altijd haalbaar om de beeldende therapie af te ronden binnen een tot twee jaar. Niet iedere cliënt kan zich zo lang committeren aan de therapie en cliënten kunnen onverwacht worden overgeplaatst naar een andere forensische instelling. Soms is het wel mogelijk om de beeldende therapie daar voort te zetten. Het geleerde toepassen blijkt ook lastig binnen de 'muren'. Cliënten kunnen oefenen met mentaliseren op de afdeling of

tijdens verlof maar de context van een gedwongen behandeling lijkt niet altijd geschikt hiervoor.

Door de ervaringskennis te verzamelen en te expliciteren is meer zichtbaar gemaakt wat beeldende therapie kan betekenen voor de doelgroep. De gevonden werkzame elementen zijn gevonden via kwalitatief onderzoek. Daarmee kan niet geconcludeerd worden dat deze elementen ook daadwerkelijk essentieel zijn en effect kunnen bewerkstelligen. Vervolgonderzoek is daarom aan te bevelen om vast te stellen of de interventie daadwerkelijk effect heeft op het mentaliserend vermogen en verminderen van delict risico. Op dit moment wordt de conceptversie van deze interventiebeschrijving verder ontwikkeld onder begeleiding van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) (FVB, 2021). Als het product eenmaal erkend is, is de ervaringskennis expliciet en toegankelijk voor vakgenoten én kan er in een vervolgonderzoek kwantitatief gemeten worden. ■

SAMENVATTING

In dit kwalitatieve onderzoek is gezocht naar werkzame elementen van beeldende therapie in de forensische psychiatrie, bij de behandeling van mensen met psychotische stoornissen. Uit literatuur, focusgroepen met ervaren beeldend therapeuten en cliëntinterviews komt naar voren dat de belangrijkste werkzame elementen zijn: de mentaliserende houding van de therapeut, het beeldend middel als brug tussen de binnen- en buitenwereld en de ingezette materialen en werkvormen (zowel structurerend als expressieruimte biedend). Daarbij is de therapeutische attitude van belang voor de responsiviteit van de cliënt. Bij deze cliënten is het extra belangrijk om in te zetten op contact, het creëren van veiligheid en ruimte, het opbouwen van een goede behandelrelatie, een positieve bejegening en werken aan motivatie. Met de uitkomsten van het onderzoek wordt een interventiebeschrijving ontwikkeld voor forensische psychotische cliënten waarmee de ervaringskennis expliciet en toegankelijk gemaakt wordt voor vakgenoten en voor verder onderzoek.

Noten

- 1 Werkzame elementen zijn volgens het RIVM (2021) onderdelen van een interventie die bijdragen aan effectief therapeutisch handelen.

Literatuur

- Abbing, A., Haeyen, S., Nyapati, S., Verboon, P., & Hooren, S. van (2023). Effectiveness and mechanisms of the arts therapies in forensic care. A systematic review, narrative synthesis, and meta analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1128252.
- Akwa GGZ (2017). *Generieke module EPA*. Opgehaald van [www.ggzstandaarden.nl](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/introductie): <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/introductie>
- Andrews, D., & Bonta, J. (1990). Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Criminal justice and behavior*, 17(1), 19-52.
- Attard, A., & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067-1078.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing Inc.
- Bosgraaf, L. S. (2020). Art therapy for psychosocial problems in children and adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and, Forms of Expression, Therapist Behavior and Supposed Mechanisms of Change. *Frontiers in psychology*.
- Colbert, S., Cooke, A., Camic, P., & Springham, N. (2013). The art-gallery as a resource for recovery for people who have experienced psychosis. *The Arts in Psychotherapy*, 40, 250-56.

- Debbané, M. S. (2016). *Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum*. *Frontiers in human neuroscience*.
- DJI. (2023). *Infographic forensische zorg*. Opgeroepen op okt 2023, van www.forensischezorg.nl
- EFP. (2019). *Zorgprogramma psychotische stoornissen*. Opgeroepen op november 2021, van www.efp.nl: <https://efp.nl/publicaties/zorgprogramma-psychotische-stoornissen>
- FVB. (2021). *Netwerk Forensisch werkveld*. Opgeroepen op december 2021, van www.fvb.vaktherapie.nl: <https://fvb.vaktherapie.nl/fvb-kennisnetwerk-forensisch-werkveld>
- FVB. (2022). *Product- en moduleontwikkeling*. Opgeroepen op mei 2022, van www.fvb.vaktherapie.nl: <https://fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling>
- Gaag, M. van der, & Staring, T. (2019). *Handboek psychose*. Boom.
- Haeyen, S., Hooren, S. van, & Hutschemaekers, G. (2015). Meten is méér dan weten; Proces- en resultaatmeting bij beeldende therapie: de casus persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4(11), 13-23.
- Hinz, L. (2009). *Expressive therapies continuum*. Routledge.
- Hutsebaut, J., Nijssens, L., & Vessem, M. van (2021). *De kracht van mentaliseren*. Boom.
- Kate, C. ten, Weijers, J., & Smit, W. (2016). Mentaliseren bevorderende therapie voor non-affectieve psychotische stoornissen. *PsyXpert*, 1, 42-50.
- Killick, K. (2017). *Art Therapy for Psychosis, theory and practice*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Kristof, Z., Kresznerits, S., Olah, M., Gyollai, A., Lukacs-Miszler, K., Halmi, T., . . . Gonda, X. (2018). Mentalization and empathy as predictors of violence in schizophrenic patients: Comparison with nonviolent schizophrenic patients, violent controls and non-violent controls. *Psychiatry Research*, 268, 198-205.
- Lavrijsen, M. (2017). Op zoek naar het vertrekpunt. Beeldende therapie en het ETC-assessment in een forensische setting. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13(2), 14-22.
- Laws, K., & Conway, W. (2019). Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 9(8), 107-120.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 6(4), 366.
- Madani-Abbing, A., Moeijes, J., Busschbach, J. van, Bellemans, T., Bröls, V., Samaritser, R., . . . Hooren, S. van (2020). *KFZ Evidencen gap map: forensische vaktherapie*. Opgeroepen op december 2021, van www.kenvak.nl: <https://kenvak.nl/onderzoek/map-forensische-vt/>
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS One*, 9(11), 1-9.
- Moore, K., & Marder, K. (2019). *Mentalizing in group art therapy: interventions for emerging adults*. Jessica Kingsley Publishers.
- Myin-Germeys, I., Van Os, J., Schwartz, J., Stone, A., & Delepaule, P. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch General Psychiatry*, 58(12), 1137-1144.
- Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey. *Journal of Mental Health*, 20, 328-35.
- Qui, H., Ye, Z., Liang, M., Huang, Y., Liu, W., & Lu, Z. (2017). Effect of an art therapy program called go beyond the schizophrenia (GBTS) on prison inmates with schizophrenia in mainland China - A randomized, longitudinal, and controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1069-1078.
- Raats, I. (2019). *Handleiding focusgroepen*. Opgeroepen op december 2021, van www.participatiekompas.nl: https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april-tg.pdf
- RIVM (2021). *Werkzame elementen: laten staan wat werkt*. Opgeroepen op november 2021, van www.loketgezondleven.nl: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/werkzame-elementen>
- Tesselaar, J. (2018). *Werkvormen in een raamwerk: Expressive Therapies Continuum*. Opgeroepen op december 2021, van www.issuu.com: https://issuu.com/vaktherapiebeeldend/docs/werkvormen_in_eeen_raamwerk_ect_jann
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Garant.
- Verfaillie, M. (2022). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Garant-Uitgevers n.v.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Boom.
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.
- Waterink, W., & Hooren, S. van (2019). Predictive coding. Een verbindende theorie voor handelings- en ervaringsgericht werken binnen de vaktherapeutische behandelingen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 15(3), 2-6.
- Weijers, J. T. (2023). MBT voor mensen met een psychosegevoeligheid. *Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 1.
- Weijers, J., Ten Kate, C., Debbané, M., Bateman, A., De Jong, S., Selten, J.-P., & Eurelings-Bontekoe, E. (2020). Mentalization and Psychosis: A Rationale for the Use of Mentalization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 223-232.
- Weijers, J., Kate, C. ten, Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A., & Selten, J. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(191), 1-10.
- 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), 1-15.
- Witte, M. O. de (2021). From therapeutic factors to mechanisms of change in the creative arts therapies: a scoping review. *Frontiers in psychology*, 12 15-18.
- Yee, N., Matheson, S., Korobanova, D., Large, M., Nielssen, O., Carr, V., & Dean, K. (2020). A meta-analysis of the relationship between psychosis and any type of criminal offending, in both men and women. *Schizophrenia Research*, 220, 16-24

OVER DE AUTEURS

Marie-Jozé van Drie is beeldend therapeut bij de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) Inforsa en heeft in 2022 de Master Vaktherapie afgerond. Dit artikel is een weergave van haar masterscriptie.
E: marie.joze.van.drie@inforsa.nl

Dr. Annemarie Abbing is opgeleid tot beeldend therapeut en is senior-docent onderzoeker vaktherapie bij Hogeschool

Leiden. Ze promoveerde op onderzoek naar beeldende therapie bij angststoornissen. Bij de HAN is ze als scriptiebegeleider verbonden aan de Master Vaktherapie. Daarnaast doet ze post-doc onderzoek bij de Open Universiteit naar vaktherapie in forensische psychiatrie en is ze als adviseur betrokken bij de FVB.
E: abbing.a@hsleiden.nl

Dit artikel is verschenen in:

Tijdschrift voor vaktherapie

2024/1 Jaargang 20

Theorie, onderzoek, praktijk

Oplage: ca. 5.500 ex.

ISSN 1871-5052

Copyright

© Tijdschrift voor vaktherapie 2024.

Onder de volgende voorwaarden bent u vrij om materiaal uit het Tijdschrift voor vaktherapie te delen met (toekomstige) vakgenoten en andere professionals in het kader van kennisdeling:

- Het materiaal is niet bewerkt.
- Er is geen sprake van een commercieel oogmerk.
- Vermelding van:
 - het Tijdschrift voor vaktherapie als bron;
 - de betreffende auteur(s);
 - de titel van het betreffende artikel;
 - de betreffende editie, jaargang en paginanummers.

In alle andere gevallen is voorafgaand toestemming van de redactie nodig.

Missie

Het Tijdschrift voor vaktherapie is bedoeld voor vaktherapeuten en andere professionals die met vaktherapie te maken hebben.

Het Tijdschrift voor vaktherapie publiceert artikelen over theorie, onderzoek en praktijk op het gebied van vaktherapie: beeldende therapie, danstherapie, drama-therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kind-therapie en speltherapie. Het Tijdschrift dient in de bredere zin de verspreiding van kennis over de verschillende vakthe-

rapeutische beroepen binnen de diverse werkvelden. Daarnaast wil het Tijdschrift aanzetten tot kritische discussie. Aan de orde komen bijdragen over vaktherapie in engere zin. Ook relevante theoretische bijdragen of onderzoeken op andere gebieden dan vaktherapie worden geplaatst. Daarnaast biedt het Tijdschrift voor vaktherapie ruimte voor artikelen over de inhoud en positie van de vaktherapeutische beroepen, opleidingen, buitenlandse ontwikkelingen en recent verschenen literatuur.

Uitgever

Het Tijdschrift voor vaktherapie is een uitgave van de FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen). Hierbij zijn aangesloten: Nederlandse Vereniging voor Beeldende therapie; Nederlandse Vereniging voor Danstherapie; Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie; Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie; Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie; Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie; Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten.

Ontwerp

Studio Polkadot/Visuele Communicatie

Hoofdredactie

Angélique de Waard, Corinne van Scheppingen, Meike Lanting (bladcoördinator), Susanne van der Lugt (bladcoördinator)

Eindredactie artikelen

Esther Bevers (TerraTekst)

Redactieraad

Jooske van Busschbach, Suzanne Haeyen, Artur Jaschke, Martine Noordegraaf, Anna-Eva Prick, Gerben Roefs, Rosemarie Samaritter

Abonnement

Leden van de beroepsverenigingen ontvangen het tijdschrift gratis. Geïnteresseerden kunnen zich abonneren op het Tijdschrift voor vaktherapie. Zie fvb.vaktherapie.nl/abonnee-worden. Opzeggen kan met ingang van een volgend trimester per mail via info@vaktherapie.nl. De opzegging is definitief wanneer de FVB een bevestiging heeft gestuurd.

Redactie-adres

FVB

T.a.v. Tijdschrift voor vaktherapie
Stationsplein 127, 3818 LE Amersfoort
T: (030) 28 00 432

E: tijdschrift@vaktherapie.nl

Kopij

Richtlijnen voor kopij kunt u op de website vinden: <https://fvb.vaktherapie.nl/tijdschrift/richtlijnen-voor-bijdragen>. Kopij of een idee voor een bijdrage kunt u mailen aan tijdschrift@vaktherapie.nl.

De redactie doet haar uiterste best artikelen op kwaliteit, verantwoording en bruikbaarheid te toetsen. Zij is echter niet aansprakelijk op de inhoud.

