



**vaktherapie
nederland**

FEDERATIE VAN VAKTHERAPEUTISCHE BEROEPEN



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

fivoor

Forensische en intensieve
psychiatrische zorg



Individuele beeldende therapie gericht op het verbeteren van het mentaliserend vermogen ter vermindering van het delictrisico bij cliënten met psychotische kwetsbaarheid in de forensische psychiatrie

AUTEURS/ONTWIKKELAARS

Marie-Jozé van Drie, Esther Bisschop, Henk Aartsma, Ingrid Vermeer, Maja van der Plas (2025)

Context

Zorgprogramma psychotische stoornissen in de (klinische) forensische psychiatrie

Probleembeschrijving

Probleem

Uit onderzoek blijkt dat cliënten met een psychotische stoornis veelal problemen ondervinden op het gebied van het mentaliserend vermogen (Weijers, Ten Kate, Siecker, & Noij, 2023). Dit uit zich onder andere in problemen op het gebied van waarneming en interpretatie, wantrouwen in de intenties en standpunten van anderen en moeite met persoonlijke expressie vanwege rigide denk- en gedragspatronen (Weijers, et al., 2016). In combinatie met veelvoorkomende negatieve symptomen (teruggetrokken, inactief, geen inspiratie, motivatie- en concentratieproblemen), belemmert dit het tot stand brengen van effectieve behandeling (KFZ, 2018). Hierbij speelt mee dat de draagkracht verminderd is en spanningen hoog kunnen oplopen. Dit ten gevolge van het moeizaam herkennen en reguleren van interne of externe prikkels (Van der Gaag & Staring, 2019).

Gevolgen

Een recente review en analyse van 110 studies naar de relatie tussen psychose en geweld laat zien dat bepaalde dynamische factoren (zoals het gebrek aan zelfinzicht, zelfcontrole, onvoldoende medicatietrouw en het niet-naleven van psychologische interventies) sterk geassocieerd zijn met een verhoogd risico op geweld bij mensen met een psychose (Witt, Van Dorn, & Fazel, 2013). Wanneer hier naast de medicamenteuze behandeling geen aandacht voor is, blijft het recidiverisico sterk aanwezig. Gezien de ruime vertegenwoordiging van de doelgroep (34%) binnen de forensische psychiatrie (DJI, 2025) heeft dit, naast grote invloed op het leven van de cliënt, talrijke maatschappelijke gevolgen.

Doelgroep

De interventie is bestemd voor cliënten vanaf achttien jaar met psychotische stoornissen en eventuele comorbiditeit, die een gerechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen vanwege het plegen van één of meerdere delicten.

Indicaties

- Cliënten die ten gevolge van een psychose spanningen ervaren die zij onvoldoende kunnen reguleren.
- Cliënten die fysieke sensaties, gevoelens en behoeften onvoldoende opmerken, waardoor zij geen woorden en/of betekenis kunnen geven aan het eigen gedrag, gedachten en emoties en/of die van anderen.
- Cliënten die terugvallen op rigide denk- en gedragspatronen.

Contra-indicaties

- Onvoorspelbaar, risicovol gedrag ten aanzien van zichzelf of anderen;
- Ernstige verslavingsproblematiek staat op de voorgrond, zich uitend in voortdurende preoccupatie met middelen of daadwerkelijk middelengebruik;
- Geen mogelijkheid tot verbale communicatie, bijvoorbeeld door een ernstige taalbarrière;
- IQ <70.

Verwijzing en selectie

Verwijzing vindt plaats door de eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar aan de hand van bovenstaande (contra)indicaties. Tijdens een intake bepaalt de beeldend therapeut of de interventie geschikt is voor de betreffende cliënt en wordt er uitleg gegeven over de inhoud en bijbehorende doelstellingen.

Doelen

Algemeen behandeldoel

Vermindering van het risico op recidive gedurende de behandeling en na afronding ervan.

Hoofddoel

Aan het eind van de behandeling (anderhalf jaar) is de cliënt beter in staat om te mentaliseren. De cliënt kan 'zichzelf van buitenaf' en 'de ander van binnenuit' waarnemen, wat blijkt uit het zelfstandig reguleren van mentale toestanden (overtuigingen, wensen, gevoelens en gedachten).

Subdoelen

- Fase 1: de cliënt ervaart rust, regelmaat en veiligheid wat leidt tot verminderde spanning, stabilisatie en vertrouwen in de therapeut en de therapievorm. Dit blijkt uit een ontspannen aanwezigheid, trouwe therapiegang, 80% van de therapietijd actief bezig zijn en het tonen van initiatieven in contact en het beeldend werken (zoals vragen stellen en materiaal pakken).
- Fase 2: de cliënt kan prikkels uit het eigen lichaam onderscheiden, zoals een vol hoofd, spanning of onrust. Daarnaast kan de cliënt met hulp van de therapeut woorden geven aan zintuiglijke gewaarwordingen aan de hand van de beeldende werkvorm.
- Fase 3: de cliënt kan contact maken met de eigen gedachten en gevoelens en deze uiten en delen met de therapeut. De cliënt kan door vragen van de therapeut reflecteren op het gemaakte werk en/of het proces wat hieraan voorafging.
- Fase 4: de cliënt kan zelfstandig eigen mentale toestanden (en samengaan de lichamelijke prikkels) herkennen en uiten. Daarnaast beseft de cliënt wat zijn gedrag met de ander doet. Dit blijkt uit de wijze waarop de cliënt interacteert op de afdeling.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De interventie bevat vier fasen waarin de cliënt stap voor stap leert mentaliseren, bestaande uit:

- Individuele sessies van gemiddeld 60 minuten;
- In een frequentie van één keer per week;
- Een totale duur van gemiddeld anderhalf jaar;
- De behandeling kan gepauzeerd worden wanneer er onvoorspelbaar, risicovol gedrag optreedt, voortkomend uit een acute psychose of middelengebruik.
- Voorafgaand aan en bij de afronding van de interventie wordt de Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) afgenomen (Luyten, 2025).

Inhoud van de interventie

Fase 1: Vertrouwen en continuïteit in het contact opbouwen (±10 sessies)

Aansluiten bij de motivatie, leerstijl en intellectuele mogelijkheden kan helpen om de cliënt 'behandelbaar' te maken, de responsiviteit te vergroten (Van Drie & Abbing, 2024). Het werken vanuit de comfortzone draagt bij aan het verminderen van spanning en het op gang brengen van een therapeutisch proces (Lavrijsen, 2017). In het beeldend werken staan stressverlagende werkvormen zonder vooropgesteld (persoonlijk) doel centraal. Samen met de cliënt worden diens interesses en voorkeuren onderzocht, middels diverse beeldende materialen en technieken. Er kan gewerkt worden met voorbeelden zoals kunstplaten.

Fase 2: Zelfwaarneming bevorderen (±10 sessies)

Focus leggen op het hier en nu en oefenen met het richten van de aandacht, bijvoorbeeld door middel van waarnemend tekenen. Werken vanuit de perceptuele component van het Expressive Therapies Continuum (Hinz, 2009) door, met hulp van de therapeut, woorden te leren geven aan zintuiglijke ervaringen binnen het beeldend werken (Fikke, Pénczes, & Van Hooren, 2017). Werken met de handen zonder tussenkomst van gereedschap (bijvoorbeeld het boetsen van een bol), ter bevordering van het contact met het eigen lichaam (Kramers & Straten, 2014). Focus leggen op het hier en nu om gewaar te worden van (stressvolle) sensaties en deze te registreren.

Fase 3: Expressie (±20 sessies)

Contact maken met de eigen belevingswereld en oefenen met het weergeven en delen van mentale inhoud. Een verschuiving maken van de perceptuele naar de affectieve component waarin de focus ligt op expressie en het uiten van gevoelens in werkstukken. Bijvoorbeeld door verhalend te werken of een emotiekring te maken. Passend zijn materialen die gevoelens oproepen, zoals de vloeiende materialen.

Fase 4: Leren reflecteren (±20 sessies)

Eigen mentale toestanden meer zelfstandig (h)erkennen, uiten en onderscheiden. Leren om eigen gedragingen te begrijpen, door ze te koppelen aan de mentale toestanden. Daarnaast wordt het perspectief verbreed door de standpunten van de ander te betrekken. In de werkstukken staan persoonlijke thema's en keuzevrijheid centraal. Een voorbeeld hiervan is het maken van een drieluik waarbij belevingen voorafgaand aan, tijdens en na de psychose verbeeld worden.

Rol van de therapeut

Bij aanvang van het traject dient er geruime aandacht te zijn voor opbouw van vertrouwen en het vermogen om samen te werken met de omgeving. Het bieden van duidelijkheid en structuur binnen het contact en de beeldende werkvormen is helpend hierbij (bijvoorbeeld door vaste rituelen). Het succes van de behandeling en de preventie van psychotische fasen hangt hierin hoge mate van (Rümke, 2004). In de eerste fasen doet de therapeut voor hoe je woorden kunt geven aan (zintuiglijke) waarnemingen en mentale inhoud. Tevens helpt de therapeut de cliënt om de aandacht te richten en diens spanningsniveau hanteerbaar te houden. In de laatste fasen helpt de therapeut de cliënt zich te verbinden met het werkstuk en wordt deze uitgenodigd om uiting te geven aan de eigen binnenwereld. De cliënt wordt in toenemende mate gestimuleerd tot zelfstandig mentaliseren. Hierbij ondersteunt de therapeut in het leggen van een link tussen de beeldende interventies en situaties/leermomenten buiten de therapie.

Materialen

Beeldend materiaal zoals papier, krijt, potlood, verf, klei, collagemateriaal, et cetera.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem?

De relatie tussen psychoses en geweld blijkt complex. Wel laten onderzoeksresultaten zien dat psychotische stoornissen op zichzelf het risico op geweld kunnen vergroten. Er wordt ook gewezen op de invloed van comorbide stoornissen zoals verslaving en persoonlijkheidsproblematiek (Akwa GGZ, 2022). De overzichtsstudie van Witt et al. (2013) beschrijft statische factoren (zoals een crimineel verleden en verslaving) en dynamische factoren (zie gevolgen), waarbij laatstgenoemden sterk geassocieerd blijken met een verhoogd risico op geweld bij mensen met een psychotische stoornis. Volgens Weijers et. al. (2016) zijn er aanwijzingen dat deze dynamische factoren (aangevuld met sociaal functioneren en sociale cognitie) samenhangen met een beperkt mentaliserend vermogen. Dit draagt bij aan een ongevoeligheid voor standpunten van anderen en verlies van epistemisch vertrouwen. Hierbij gaat het om vertrouwen op de kennis van een ander en de persoonlijke relevantie ervan (Hutsebaut, Nijssens, & Van Vessem, 2021).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De interventie is in de eerste fase gericht op het tot stand brengen van vertrouwen in de therapeut en de therapievorm, als belangrijke factor voor naleving van de behandeling en het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen (Ardito & Rabellino, 2011). Zo kan worden geoefend met het waarnemen en verbaliseren van zintuiglijke ervaringen en prikkels van binnenuit. Een vervolgstap is het leren uiten en gezamenlijk interpreteren van de actuele gedachten en gevoelens van de cliënt. Door het vergroten van het inzicht in de eigen mentale toestanden (zelfinzicht) kan er meer interesse ontstaan voor wat anderen beweegt en is men beter in staat sociale relaties op te bouwen (Weijers, Ten Kate, Siecker, & Noij, 2023). Het geeft cliënten ook de mogelijkheid om te leren hoe hun interne representaties en emotionele reacties in verband staan met psychotische ervaringen (Weijers, et al., 2016). Van impliciet naar expliciet, passend bij de behandelfase waarin de cliënt zich bevindt, richt de interventie zich op beschermende risico-indicatoren zoals meewerken aan de behandeling, copingvaardigheden en sociale vaardigheden (Macfarlane & Lavrijsen, 2021). Deze dynamische factoren worden regelmatig in kaart gebracht met de HKT-R, een veelgebruikt risicotaxatie-instrument binnen de forensische zorg (Bogaerts, et al 2018).

Theoretische referentiekaders

De HKT-R is gebaseerd op het Risk-Need en Responsivity (RNR) model (Bonta, 2007), waarbij wordt gewerkt vanuit het responsiviteitsprincipe. Vaktherapie wordt regelmatig ingezet om deze responsiviteit te verhogen (Madani-Abbing, et al., 2020), wat aansluit op fase 1 van de interventie.

In fase 2 kan gekeken worden naar het predictive coding model (Clark, 2013). Dit is een neuropsychologisch model over waarnemingsprocessen en verklaart hoe het mentaliserend vermogen kan verminderen, wanneer bij een psychose de balans verstoord raakt tussen de interne representatie en de zintuiglijke informatie (Waterink & Van Hooren, 2019). Cliënten met een psychotische stoornis reageren daarnaast heftiger op stress (Myin-Germeys, Van Os, Schwartz, Stone, & Delespaul, 2001). Fonagy en Bateman (2012), geestelijke vaders van de Mentalization Based Treatment (MBT), beschrijven prementaliserende modi waarop teruggevallen wordt, wanneer het stressniveau te hoog wordt en het mentaliseren wordt onderbroken. Beeldende therapie biedt, vanwege de mogelijkheid tot concreet en fysiek uitdrukken, gelegenheid om aan te sluiten op de prementaliserende gemoedstoestanden van cliënten (Verfaillie, 2022).

Fase 3 en 4 richten zich op de verschillende aspecten van het mentaliserend vermogen, waar mensen met psychotische stoornissen beperkingen in kunnen ondervinden, zoals: Theory of Mind (het vermogen je een beeld te kunnen vormen van de geest van anderen), empathie (het vermogen mee te voelen met de ander) en mindfulness (het vermogen je gewaar te worden van je eigen actuele mentale toestand) (Weijers, Ten Kate, Siecker, & Noij, 2023). In staat zijn om te mentaliseren, vormt volgens het forensisch zorgprogramma voor psychotische stoornissen (EFP, 2019) een voorwaarde voor interne en interpersoonlijke aanpassing, affectregulatie, impulscontrole, empathie en schuldgevoel. Werken aan het bevorderen hiervan, kan op deze manier bijdragen aan het verminderen van het recidiverisico.

Vaktherapeutische behandelvisie

Aan de inzet van beeldende materialen, technieken en werkvormen kan betekenis worden gegeven vanuit het ETC-raamwerk van Hinz (2009). Het uitgangspunt is dat er verschillende informatieverwerkingsprocessen betrokken zijn bij het beeldend werken. Volgens Hinz (2009) kan het creëren van gestructureerde werkstukken de cliënt een intern gevoel van structuur en overzicht geven, wat vaak kalmerend werkt. Daarnaast geven de mentaliserende houding van de therapeut en werken vanuit een eigen voorkeur de cliënt een veilig en vertrouwd gevoel.

In de praktijk wordt ondervonden dat psychotische cliënten binnen het beeldend werken moeite hebben om in contact te komen met de eigen beleavingswereld (expressie) en het eigen gevoel. Ook is het lastig een samenhangend of voor anderen begrijpelijk beeld te scheppen. Om de cliënt in contact te laten komen met het lichaam en de innerlijke beleving, wordt vanuit het ETC-raamwerk beoogd een verschuiving te maken van de perceptuele naar de affectieve component. Door in te spelen op het deel van het hersenwerk dat geassocieerd wordt met creatieve expressie (default mode network), kunnen cliënten gedachten en emoties begeleid tot uiting brengen en hierop leren reflecteren (Van Hooren, Van Busschbach, Waterink, & Abbing, 2021). Beeldende interventies zetten aan tot actie en (verandering van) waarneming, wat bijdraagt aan het bijstellen van verstoorde interne representaties van cliënten (Waterink & Van Hooren, 2019). Tenslotte kunnen cliënten een 'taal' ontwikkelen, die het mentaliseren ondersteunt en bijdraagt aan het vormgeven van mentale representaties van gedachten en gevoelens (Springham, Findlay, Woods, & Harris, 2012).

Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en wetenschappelijk onderzoek

De auteurs van dit product herkennen vanuit hun ervaring de werkzame elementen uit het onderzoek van Van Drie en Abbing (2024) bij de behandeling van cliënten met een psychotische kwetsbaarheid in de forensische zorg. Respectievelijk: de mentaliserende houding van de therapeut, het beeldend werken als brug tussen de binnen- en buitenwereld, de ingezette materialen en werkvormen (zowel structurerend als expressieruimte biedend) en de responsiviteit van de cliënt.

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

Het is van belang dat de beeldend therapeut beschikt over een goed geordende therapieruimte welke voldoende bewegingsruimte biedt en waarin alle materialen en hulpmiddelen aanwezig zijn. Wanneer materialen en werkstukken in zicht zijn werkt dit inspirerend en bevordert dit de sfeer. De individuele sessie wordt bij voorkeur begeleid door één en dezelfde therapeut. De therapeut heeft de mogelijkheid tot het plannen van een vaststaand therapiemoment in de structuur van de week. Wanneer de cliënt wordt overgeplaatst kan deze het traject voortzetten op zijn vervolgplek. Waar mogelijk vindt er dan een warme overdracht plaats.

Opleiding en competenties

- Door de FVB erkende HBO-opleiding Vaktherapie, afstudeer richting beeldende therapie.

Kosten van de interventie

- Drie uur indirecte tijd (dossierstudie, overleg regie-behandelaar, eindevaluatie);
- Eén uur directe tijd voor intakegesprek;
- Zestig uur directe therapietijd van één beeldend therapeut;
- Dertig uur indirecte tijd van één beeldende therapeut: rapportage, voorbereiding sessies;
- Twaalf uur indirecte tijd aan multidisciplinair overleg;
- Beeldend materiaal gemiddeld €75 (daterend van 2024) per cliënt.

Locatie en uitvoerders

De interventie vindt plaats in de (klinische) forensische psychiatrie waar de cliënten verblijven en wordt uitgevoerd door een beeldend therapeut.

Subtypen

Deze interventie kan ook bij (kleine) groepen ingezet worden, mits er twee beeldend therapeuten beschikbaar zijn. Met aanpassingen (vereenvoudiging) kan de interventie ook worden ingezet bij personen met een licht verstandelijke beperking.

Ontwikkelgeschiedenis

Dit is de eerste Nederlandse interventiebeschrijving beeldende therapie voor deze doelgroep. Voorafgaand aan deze interventiebeschrijving heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden naar de werkzame elementen van beeldende therapie bij psychotische cliënten in de forensische psychiatrie. Hierbij waren vier cliënten en zeven therapeuten betrokken. Verder is deze interventie gebaseerd op de praktijkervaring van de vijf auteurs, onderbouwd door literatuur.

Literatuur

- Akwa GGZ. (2022). *Wegwijzer Klinische Forensische Zorg bij Psychose*. Opgehaald van www.ggzstandaarden.nl:
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/43cd49950b5d482c0f89175949d5b80f.pdf
- Ardito, R., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 1-11.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bogaerts, S. S. (2018). Predictive validity of the HKT-R risk assessment tool: Two and 5-year violent recidivism in a nationwide sample of Dutch forensic psychiatric patients. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(8), pp. 2259-2270.
- Bonta, J. &. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), pp. 1-22.
- Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and brain sciences*, 36(3), 181-204.
- DJI. (2025). *Infographic Forensische Zorg 2025*. Opgehaald van www.dji.nl:
<https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2023/06/07/infographic-forensische-zorg>
- EFP. (2019). *Zorgprogramma psychotische stoornissen*. Opgehaald van www.efp.nl:
<https://efp.nl/publicaties/zorgprogramma-psychotische-stoornissen>
- Fikke, D., Pénczes, I., & Van Hooren, S. (2017). Het Expressive Therapies Continuum; Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 2-11.
- Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum*. New York/ Londen: Routledge.
- Hutsebaut, J., Nijssens, L., & Van Vessem, J. (2021). *De kracht van mentaliseren*. Amsterdam: Boom.
- KFZ. (2018). *Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen in de forensische zorg*. Opgehaald van www.trimbos.nl:
<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/ex015-herstelondersteunend-handelingsplan-psychotische-aandoeningen-in-de-forensische-zorg.pdf>
- Kramers, M., & Straten, S. v. (2014). Verbinding door verbeelding. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, pp. 3-9.
- Lavrijsen, M. (2017). Op zoek naar het vertrekpunt. Beeldende therapie en het ETC-assessment in een forensische seting. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 14-22.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2025). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*. Opgehaald van www.ucl.ac.uk: <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/reflective-functioning-questionnaire-rfq>
- Macfarlane, C. &. (2021). Risicogestuurd behandelen binnen penitentiair psychiatrisch centrum Vught. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 17(2), pp. 14-22.
- Madani-Abbing, A., Moeijes, J., Van Busschbach, J., Bellemans, T., Bröls, V., Samaritter, R., Haeyen, S., Van Hooren, S. (2020). Opgehaald van www.kfz.nl:
<https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/eindrapportages/20201107-definitief-rapport-kfz-evidence-gap-map-vaktherapie-in-de-forensische-psychiatrie-aangepast-jan-2021-aangepast-020220.pdf>
- Myin-Germeys, I., Van Os, J., Schwartz, J., Stone, A., & Delespaul, P. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch General Psychiatry*, 12, 1137-1144.
- Rümke, A. (2004). *Verkenningen in de psychiatrie*. Zeist: Christoffor.
- Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy*.
- Van der Gaag, M., & Staring, T. (2019). *Handboek psychose*. Amsterdam: Boom.
- Van Drie, M., & Abbing, A. (2024). Beeldende therapie bij psychotische forensische cliënten: Wat werkt? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 14-22.
- Van Hooren, S., Van Busschbach, J., Waterink, W., & Abbing, A. (2021). Werkingsmechanismen van Vaktherapie; Naar een onderbouwing en verklaring van effecten - work in progress. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4-12.
- Verfaillie, M. (2022). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant-Uitgevers.
- Waterink, W., & Van Hooren, S. (2019). Predictive coding. Een verbindende theorie voor handelings- en ervaringsgericht werken binnen de vaktherapeutische behandelingen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 2-6.
- Weijers, J., Ten Kate, C., 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, 1-10.
- Weijers, J., Ten Kate, C., Siecker, I., & Noij, Y. (2023, Maart). MBT voor mensen met een psychosegevoeligheid. *Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 1, 23-39.

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, 1-15.