|  |  |
| --- | --- |
| Het monster van de Suïcidaliteit  Onderzoek naar de inzet van vaktherapie beeldend in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen | Vaktherapie (beeldend) Hogeschool van Utrecht te Amersfoort Consulent: Neel de Haan Onderzoek uitgevoerd bij: Eleos afdeling de Bedding. Eerste beoordelaar: Patricia Vos Tweede beoordelaar: Nadezda Broshuis Met focus op onderzoek.  Nelleke van Harten (1679668)  12 Juni 2019 |

# Samenvatting

Dit is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek waarbij is onderzocht op welke manier vaktherapie beeldend ingezet kan worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen. Zo luidt eveneens de hoofdvraag van dit onderzoek.

Om de hoofdvraag te beantwoorden is gebruikt gemaakt van half-gestructureerde interviews met opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit die vaktherapie beeldend ontvangen en vaktherapeuten beeldend, die werkzaam zijn met de doelgroep. Daarnaast is gebruik gemaakt van niet-participerende observaties en literatuuronderzoek. Middels triangulatie zijn antwoorden geformuleerd op de deelvragen en vervolgens op de hoofdvraag.

Vaktherapie beeldend kan vrijwel bij alle patiënten met suïcidaliteit ingezet worden. De suïcidaliteit blijkt op verschillende manieren naar voren komen in de vaktherapie beeldend. Dit blijkt uit vormgeving en omgang met werkstuk, materialen en groepsgenoten. Doelen zijn gericht op de suïcidaliteit in beeld te krijgen en de patiënt regie doen laten ervaren. Daarnaast liggen de doelen vaak laag, bijvoorbeeld op afleiding kunnen ervaren. Om deze doelen te bereiken moet de vaktherapeut niet bang zijn om het onderwerp suïcidaliteit te benoemen. Hierbij zijn veiligheid en vertrouwen van groot belang.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de inzet van vaktherapie beeldend bij patiënten met suïcidaliteit. Om deze reden is het noodzakelijk dat er meer onderzoek wordt verricht bij deze doelgroep over de inzet van vaktherapie beeldend, in het bijzonder de inzet van een systemische werkwijze en het verschil tussen de verschillende ziektebeelden op de suïcidaliteit. De bevindingen van dit onderzoek worden naar het vaktijdschrift “Tijdschrift voor vaktherapie” van de FVB gestuurd, zodat het als een artikel gepubliceerd kan worden.

# Summery

This is a qualitative practice-oriented study, in which it is investigated how creative therapy can be used in the treatment of clinically admitted adult patients with suicidality, to reduce their suicidality. That is also the main research question of this study.

To answer the this question, we have been using semi-structured interviews with clinically admitted adult patients, that are struggling with suicidality, who receive creative therapy and creative therapists who work with the target group. In addition, use was made of non-participating observations and literature research. Triangulation is used to formulate answers to the sub-questions and then to the main question.

Creative therapy can be used for practically all patients with suicidality. Suicidality appears to emerge in different ways in creative therapy. Images are evidenced by design and interaction with the patient’s art, the materials they use and group members. Goals are aimed at gaining insight into how to reduce the suicidality and gaining control. In addition, the goals are often low, for example being able to experience relaxation. To achieve these goals, the creative therapist must allow the subject suicidality. In this proces safety and trust are of great importance.

Little research has been done into the use of creative therapy with patients that are struggling with suicidality. For this reason, it is necessary that more research is conducted in this target group on the use of creative therapy, in particular on the use of a systemic method and the difference between the various syndromes of suicidality. The findings of this study will be published as an article in the professional magazine "Tijdschrift voor Vaktherapie" of the FVB.

# Voorwoord

Tijdens mijn stages en werkplekken heb ik veel ervaring opgedaan met suïcidaliteit. Toen de vraag kwam of ik naar dit onderwerp onderzoek wilde doen, in het kader van mijn afstudeeronderzoek, hoefde ik daar niet lang over na te denken.

Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren aan de verbetering van zorg voor mensen die te kampen hebben met suïcidaliteit. Dit onderzoek is dan ook uitgevoerd voor vaktherapeuten beeldend en anderen die met deze doelgroep werken, in het bijzonder voor mijn opdrachtgever; Bart van den Brink beleidspsychiater bij Eleos de fontein. Hem wil ik dan ook mijn dank betuigen evenals Henrike en andere mensen die mee wilden werken aan de interviews en die onderdeel uit wilde maken van de evaluatiegroep. Ook wil ik mijn vriend, vrienden en familieleden bedanken die mij er doorheen hebben geholpen, op welke manier dan ook.

Inhoudsopgave

[Samenvatting 1](#_Toc11266292)

[Summery 1](#_Toc11266293)

[Voorwoord 2](#_Toc11266294)

[Inleiding 5](#_Toc11266295)

[1. Inhoudelijk oriëntatie 6](#_Toc11266296)

[1.1 Suïcidaliteit/doelgroep 6](#_Toc11266297)

[1.2 Vaktherapie beeldend bij suïcidaliteit 8](#_Toc11266298)

[1.3 Eleos de fontein 9](#_Toc11266299)

[Doel behandeling 9](#_Toc11266300)

[De christelijke visie 9](#_Toc11266301)

[2. Onderzoekskwestie 10](#_Toc11266302)

[3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen 11](#_Toc11266303)

[3.1 Hoofdvraag 11](#_Toc11266304)

[3.2 Deelvragen 11](#_Toc11266305)

[3.3 Doelstelling 11](#_Toc11266306)

[4. Onderzoeksmethode 12](#_Toc11266307)

[4.1 Onderzoek benadering 12](#_Toc11266308)

[4.2 Onderzoekstype 12](#_Toc11266309)

[4.3 Dataverzamelingstechnieken 13](#_Toc11266310)

[Interviews 13](#_Toc11266311)

[Observaties 14](#_Toc11266312)

[Literatuuronderzoek 14](#_Toc11266313)

[4.4 Data-analyse 14](#_Toc11266314)

[4.5 Kwaliteitscriteria 15](#_Toc11266315)

[5. Resultaten 18](#_Toc11266316)

[5.1 Deelvraag 1 Indicaties 18](#_Toc11266317)

[Interviews en observaties vaktherapeuten 18](#_Toc11266318)

[Interviews en observaties patiënten 19](#_Toc11266319)

[Literatuur 19](#_Toc11266320)

[Conclusie 19](#_Toc11266321)

[5.2 Deelvraag 2 Suïcidaliteit tot uiting in vaktherapie beeldend 21](#_Toc11266322)

[Interviews en observaties vaktherapeuten 21](#_Toc11266323)

[Interviews en observaties patiënten 22](#_Toc11266324)

[Literatuur 23](#_Toc11266325)

[Conclusie 24](#_Toc11266326)

[5.3 Deelvraag 3 Beeldende vaktherapeutische doelen 25](#_Toc11266327)

[Interviews en observaties vaktherapeuten 25](#_Toc11266328)

[Interviews en observaties patiënten 26](#_Toc11266329)

[Literatuur 27](#_Toc11266330)

[Conclusie 28](#_Toc11266331)

[5.4 Deelvraag 4 Beeldende vaktherapeutische interventies 30](#_Toc11266332)

[Interviews en observaties vaktherapeuten 30](#_Toc11266333)

[Interviews en observaties patiënten 33](#_Toc11266334)

[Literatuur 34](#_Toc11266335)

[Conclusie 37](#_Toc11266336)

[6. Conclusie 40](#_Toc11266337)

[Indicaties 40](#_Toc11266338)

[Contra-indicaties 40](#_Toc11266339)

[De uiting van de suïcidaliteit in de vaktherapie beeldend 40](#_Toc11266340)

[Doelen 40](#_Toc11266341)

[Interventies 41](#_Toc11266342)

[7. Aanbevelingen 42](#_Toc11266343)

[Bibliografie 43](#_Toc11266344)

[Bijlagen 45](#_Toc11266345)

[HBO gedragscode verantwoording 45](#_Toc11266346)

[Formulier interview en observatie patiënt 46](#_Toc11266347)

[Interview en observaties patiënt A, tevens voorbeeld dataanalyse 47](#_Toc11266348)

[Interview en observaties patiënt B 51](#_Toc11266349)

[Interview en observaties patiënt C 58](#_Toc11266350)

[Interview en observaties patiënt D 66](#_Toc11266351)

[Interview en observaties patiënt E 73](#_Toc11266352)

[Interview Martijn Kleinlugtenbelt 79](#_Toc11266353)

[Interview Linda Sanders 86](#_Toc11266354)

[Interview Liesbeth Nijsse 96](#_Toc11266355)

[Interview en observaties Henrike Bouwman 101](#_Toc11266356)

# Inleiding

Vanuit mijn opleiding, vaktherapie beeldend aan de HU te Amersfoort, is het verplicht om in het afstudeerjaar een praktijkgericht onderzoek te doen. Voor deze opdracht heb ik een opdrachtgever moeten zoeken. Deze opdrachtgever is de beleidspsychiater Bart van den Brink van Eleos de fontein geworden. De fontein is een specialistisch christelijk (dag)klinisch behandelcentrum voor volwassen. Vanuit hier mocht ik een onderwerp kiezen, waarbij ik heb gekozen om te onderzoeken op welke manier vaktherapie beeldend kan worden ingezet in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit, om suïcidaliteit te verminderen. In mijn afstuderen heb ik gekozen voor de focus op het onderzoek en niet op het product, een artikel dat geschreven is naar aanleiding van dit onderzoek. Dit artikel draagt de zelfde titel als het dit onderzoeksverslag. Deze titel vertelt iets zoals in vaktherapie beeldend de suïcidaliteit tot uiting kan komen. Een patiënt heeft de suïcidaliteit verbeeld als een monster met een klauw die haar vanachter probeerde te grijpen. Bij deelvraag twee is hier ook meer over te lezen.

In dit onderzoeksverslag is allereerst een inhoudelijke oriëntatie te vinden waarbij georiënteerd is op de doelgroep, vaktherapie beeldend bij patiënten met suïcidaliteit en op de instelling waar het onderzoek is uitgevoerd. Hierna is de onderzoekskwestie te lezen, waaruit chronologisch de hoofdvraag voorkomt met de deelvragen en doelstellingen. Dan worden, voordat de resultaten beschreven worden, de onderzoeksmethoden uiteengezet. Met daarbij de onderzoeksbenadering, het onderzoekstype, de dataverzamelingstechnieken, de data-analysen en de kwaliteitscriteria.

In de resultaten worden alle deelvragen beantwoord door triangulatie. Vanuit de conclusies op de deelvragen wordt de conclusie beschreven, waarbij antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag. In het laatste hoofdstuk zijn de aanbevelingen te vinden. Het verslag wordt afgesloten met de bibliografie en de bijlagen. De bijlagen van de uitgeschreven interviews en observaties zijn in deze versie van het verslag verwijderd vanwege privacy redenen.

# 1. Inhoudelijk oriëntatie

## 1.1 Suïcidaliteit/doelgroep

De doelgroep van dit onderzoek zijn klinisch opgenomen patiënten met suïcidaliteit. Met suïcidaal gedrag wordt bedoeld het scala van overwegingen om een eind aan leven te maken tot activiteiten die de dood tot gevolg hebben (Kerkhof, A., Van Luyn, 2010; Van Hemert e.a., 2012). De genoemde begrippen die relevant zijn voor dit onderzoek, staan hieronder vermeld.

Onder suïcide (of zelfdoding) verstaan we een handeling met dodelijke afloop door de overledene geïnitieerd in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen (de Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006). Suïcide is doelgericht gedrag. Vaak hoopt de patiënt door dood te gaan, te ontsnappen aan kwellende gedachten, emoties die ondragelijk zijn, pijn, schuldgevoel, een psychiatrische ziekte, depressie, of aan onverdraaglijke herbelevingen van trauma’s. De dood is meestal niet het doel van suïcide, maar het doel is het bereiken van veranderingen in het bewustzijn, het niet meer door willen leven zoals er nu geleefd wordt (Kerkhof, 2015). Een "echte" zelfmoordpoging heeft strikt genomen alleen betrekking op degenen die niet stierven, nadat ze geprobeerd hadden zichzelf te doden (de Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006).

Voor suïcidepogingen is het kenmerkend dat deze verwachtingen vaak niet zo uitgesproken zijn of dat de patiënt de afloop van het gedrag aan het toeval overlaat. Veel patiënt geven na een suïcidepoging aan dat het hen helemaal niet uitmaakte of ze zouden sterven of niet. Soms is de intentie om te sterven veel minder sterk dan de intentie om verder te leven. Het gaat daarbij om wanhopige kreten om aandacht, om hulp, om veranderingen in de levenssituatie. In het Engels spreken we dan van een cry for help (Kerkhof, 2015).

Bij zelfverwonding gaat het om tegen het eigen lichaam gerichte handelingen waarbij de patiënt zich snijdt of op een andere wijze de huid beschadigt. Hierbij is de verwachting van de dood bijna altijd afwezig. Het doel van de patiënt is het ontsnappen aan onverdraaglijke gedachten en gevoelens en zich hierdoor minder gespannen, onrustig of wanhopig te voelen.

Van suïcidale gedachten spreken we wanneer gedachten gaan over de dood te bespoedigen. Voorbeelden van gedachten zijn: “ik kan er maar beter een einde aan maken’ en ‘Ik ben iedereen alleen maar tot last”. Onder de term suïcide-ideatie verstaan we de obsessieve mentale voorstelling die de persoon maakt van de suïcidepoging (springen voor een trein, het maken van een strop etc.), verlangens, wensen er niet meer te willen zijn, fantasieën over de uitvoering van suïcide. Dit zijn dus alle mentale processen die gaan over het zelf uitvoeren van handelingen om zichzelf te doden (Kerkhof, 2015).

#### Modellen verklaring suïcidaal gedrag

Er bestaan een aantal modellen om suïcidaal gedrag te verklaren. In de richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag staan er twee vermeld (Van Hemert e.a., 2012). Hieronder staan deze twee modellen kort uitgelegd. Dit geeft een beeld van hoe de suïcidaliteit verklaard kan worden.

##### Stress-kwetsbaarheidsmodel

Goldney (2008) heeft het stress-kwetsbaarheidsmodel ontworpen. Dit model gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden (Van Hemert et al, 2012). Hier onder staan eerst de stress en kwetsbaarheidsfactoren en daarna beschermingsfactoren.

* Suïcidepoging.
* De mate van dodelijkheid van de poging.
* Suïcidegedachten, intentie, plannen.
* Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag.

Persoonskenmerken

* Leeftijd (ouder).
* Geslacht (man).

Psychiatrische aandoeningen

* Stemmingsstoornis.
* Angststoornis.
* Schizofrenie of psychotische stoornis.
* Intoxicatie (alcohol en/of drugs).
* Verslaving.
* Eetstoornis.
* Persoonlijkheidsstoornis.
* Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling.
* Slaapstoornis (bij ouderen).
* Suïcide in de familie.

Psychologische factoren

* Wanhoop.
* Negatief denken.
* Denkt een last te zijn voor anderen.
* Angst.
* Agitatie en./of agressie.
* Impulsiviteit

Gebeurtenissen en verlies

* Verlieservaringen,
* Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing).
* Lichamelijke ziekte, pijn.
* Werkloosheid.
* Detentie.

Overige

* Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie).

Beschermende factoren (selectie)

* Goede sociale steun,
* Verantwoordelijkheid tegen over anderen, kinderen.
* Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap.
* Goede therapeutische relatie.

##### Entrapmentmodel

Een ander model dat ik hier wil noemen is het entrapmentmodel (Williams, Crane, Barnhofer & Duggan, 2005). Dit model beschrijft het psychologische proces waarlangs de coping mechanismen van iemand tekortschieten, waardoor hij of zij die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen in termen van ‘verlies’, ‘vernedering’ of ‘afwijzing’ verlies van eigenwaarde en zelfrespect kan optreden. Door een gebrek aan probleemoplossend vermogen kan dit gevoel worden versterkt en leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Hierdoor ontstaat de situatie zoals Williams (2005) beschrijft als in een val opgesloten zitten (entrapment). De persoon komt in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding ook niet meer ziet als mogelijkheid, met suïcidaal gedrag tot gevolg. De wanhoopskreet uit zich als suïcidegedachte, suïcidepoging of daadwerkelijke suïcide (Van Hemert et al., 2012).

## 1.2 Vaktherapie beeldend bij suïcidaliteit

Vaktherapie beeldend is een non-verbale therapie en wordt ook wel aangeduid met het begrip beeldende therapie. Vaktherapie werd vroeger creatieve therapie genoemd. De therapeut is ook wel een vaktherapeut, vaktherapeut beeldend of beeldend therapeut. Deze termen zullen dan ook in dit verslag door elkaar gebruikt worden. Er is weinig literatuur te vinden over specifiek vaktherapie beeldend voor de behandeling van suïcidaliteit bij opgenomen volwassen patiënten. Bij het zoeken heb ik gebruik gemaakt van de volgende termen: vaktherapie beeldend, vaktherapie beeldend, creatieve therapie of art therapy in combinatie met suïcidaliteit, suïcide, zelfmoord, zelfdoding, suicide, self-destruction of self-mutation.

Databank vaktherapie gaf één hit. Echter niet bruikbaar. Deze hit gaat over individuele vaktherapie beeldend gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring (De Graaff, 2017), waarbij de verlieservaring wel suïcidaliteit als gevolg kan hebben.

HBO kennisbank gaf ook één hit: een bachelor scriptie ‘Sterven in Beeld’ van Lotte van der Lugt (2010). Een onderzoek naar de bijdrage van vaktherapie beeldend in de behandeling van suïcidaliteit bij adolescenten. Dit onderzoek gaat over een andere leeftijdscategorie en niet specifiek over de toepassing van vaktherapie beeldend in een opname setting. Deze scriptie is wel bruikbaar als het gaat over hoe in beeldende vormgeving suïcidaliteit zichtbaar wordt. Dat vaktherapie beeldend bij deze jongeren sterke invloed kan hebben doordat de therapie confronteert, grip geeft en inzicht in de problematiek van deze patiënten. Hierbij kunnen aspecten van dialectische gedragstherapie (DGT) ingezet worden om het kunstvak in te zetten om een crisis af te wenden.

Via PsycINFO waren er ook vrijwel geen bruikbare bronnen, vanwege andere doelgroep bij de behandeling van patiënten met suïcidaliteit of een andere behandeling. Wel vond ik nog een artikel van iemand die zelf via een creatief proces emoties en herinneringen over een verloren broer ging maken (Renzi-Callaghan, 2018).

Via Academic Search Premier waren alleen artikelen te vinden over andere doelgroepen of andere vormen van therapie in de behandeling van patiënten met suïcidaliteit.

Google scholar: artikel met een casusbeschrijving; wanneer suïcidaliteit niet te genezen is (Van Holten-basch, 2015). Hierin stond kort genoemd dat vaktherapie beeldend in deze casus werd ingezet en wat er te zien was in het beeldend vormgeven. Daarnaast gaf Google scolar dit boek als gevonden resultaat: Self-mutilation and Art Therapy: Violent Creation (Milia, 2000). Echter stond hier geen informatie in over vaktherapie beeldend in de behandeling van patiënten met suïcidaliteit, om de suïcidaliteit te verminderen.

## 1.3 Eleos de fontein

De Bedding is onderdeel van de fontein in Bosch en Duin van Eleos waar klinische en dagklinische GGZ-behandeling wordt geboden aan volwassen vanaf 18 jaar. In dit onderzoek ligt de focus op de klinische behandeling.

De klinische behandeling is een behandeling waarbij de patiënt zowel overdag als ’s nachts in de kliniek verblijft voor gemiddeld vijf weken, maximaal drie maanden. Op elke groep is voor maximaal 12 patiënten plaats:

* Groep 1: een gesloten groep. Hierbij is er veel begeleiding aanwezig, daarnaast is de structuurbehoefte groot.
* Groep 2: een open groep. De patiënten krijgen hier minder begeleiding dan op groep 1, maar meer dan op groep 3.
* Groep 3: een open groep. De patiënten krijgen hier minder begeleiding dan op groep 2 en 3.

Naast individuele gesprekken en groepsgesprekken, kan de behandeling ook bestaan uit echtpaar- of gezinsgesprekken, behandeling met medicijnen, vaktherapie beeldend, psychomotorischetherapie**,** muziektherapie, cgt, Goldstein (sociale vaardigheidstraining) en e-health (behandeling via internet en/of via e-mail). De therapieën worden meestal gegeven in een groep. Soms wordt besloten dat individuele therapie passender is. Binnen de groepen wordt er gewerkt aan persoonlijke doelen. Het maken van een preventieplan of een signaleringsplan is een vast onderdeel van de behandeling.

### Doel behandeling

Het doel van de behandeling is dat de klachten afnemen, dat de patiënt weer grip krijgt op zijn/haar eigen leven en dat de patiënt leert omgaan met zijn/haar problematiek. Ook worden er nieuwe vaardigheden aangeleerd, bijvoorbeeld sociale vaardigheden. Het belangrijkste doel is om de patiënt zo snel mogelijk weer terug te laten keren naar zijn/haar eigen woon- en leefomgeving. Structuur, overzichtelijkheid, veiligheid, zorg en steun zijn daarbij heel belangrijk.

### De christelijke visie

Bij Eleos wordt er gewerkt vanuit een christelijke visie. De christelijke identiteit komt onder meer tot uiting in het bidden en Bijbellezen bij de maaltijden en in verschillende therapieën. Deze identiteit betekent ook dat de hulpverleners oog hebben voor de religieuze en spirituele vragen en behoeften van patiënten. De medewerkers zijn christen, evenals veel van de patiënten.

# 2. Onderzoekskwestie

Suïcidaliteit is een groot probleem in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Sinds 2010 is het aantal suïcides in Nederland sterk toegenomen van 1600 in 2010 tot 1917 in 2017 (CBS StatLine, 2019). Van deze suïcides vindt 40% in de GGZ plaats (IGJ, 2018). Bij een groot deel van de suïcides speelt namelijk een psychische aandoening een rol. Het voorkomen van suïcides krijgt veel aandacht in preventieve zin in de algemene bevolking (Kerkhof, Van Luyn, 2010). Suïcidaliteit in de GGZ is nog steeds een beladen thema waarbij behandelteams in een situatie van uitputting en onvermogen terecht kunnen komen, ondanks de aandacht voor Pitstop-trainingen (Pitstop Suicide, 2019). Ook bij de fontein is een voortdurende stroom patiënten die aangemeld wordt vanwege ernstige suïcidaliteit. Hierbij wordt regelmatig een time-out programma ingezet van twee à drie weken, met als doel structuur te herpakken en handvaten te krijgen om met klachten om te gaan.

Momenteel zijn er bij Eleos de fontein een aantal veranderingen gaande rondom het zorgaanbod. Een daarvan is een Moodcamp die in april 2019 is gestart. Hierbij is de activatie van patiënten met een depressieve stoornis de belangrijkste factor in de behandeling. Daarnaast is er in januari 2019 het plan ontstaan om een opname aan te bieden gericht op het doorbreken van suïcidaliteit. Dit zal een individuele behandeling zijn, dus geen groepstherapie. Dit is niet nieuw, maar het idee is deze behandeling methodisch te gaan doen en beter te documenteren en er een systematische aanpak aan te koppelen. Hiermee wordt de kennis die er al is effectiever in gezet. De systematische aanpak valt binnen de reguliere financiering (van den Brink, persoonlijke communicatie, 2019).

Het voorstel is nu om op suïcidaliteit gerichte opnames in te zetten om de suïcidaliteit te verminderen door de negatieve spiraal te doorbreken. Doel in deze opname is inzicht krijgen in het suïcidale proces en de triggers voor suïcidale-ideatie en gedrag op te sporen en bijbehorende gedragspatronen gericht te veranderen. Hierbij zal er oog zijn voor de samenhang van de verschillende probleemgebieden en de steunbronnen. Regelmatig blijkt onderliggende psychiatrische problematiek een belangrijke bron voor de suïcidaliteit, die pas zichtbaar wordt in een veilige en beschutte omgeving van de kliniek. Te denken valt aan een onderliggende depressie, PTSS of vastzittende relatieproblematiek. Er wordt van uit gegaan dat veel vormen van suïcidaliteit ambulant behandeld worden, maar dat bij meer ernstige vormen van suïcidaliteit, waarbij het gevaar te groot of acuut wordt, een zo mogelijk vrijwillige korte opname een belangrijke toegevoegde waarde kan hebben voor de ambulante zorg (Van den Brink, persoonlijke communicatie, maart 2019).

Dit onderzoek richt zich op de vraag op welke manier vaktherapie beeldend een bijdrage kan leveren in de behandeling van opgenomen patiënten met een groot of acuut gevaar voor suïcidaliteit.

# 3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen

In dit hoofdstuk zijn de hoofd- en deelvragen en doelstelling beschreven.

## 3.1 Hoofdvraag

Op welke manier kan vaktherapie beeldend ingezet worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen?

## 3.2 Deelvragen

1. Wanneer is vaktherapie beeldend geïndiceerd bij volwassen opgenomen patiënten met suïcidaliteit?
2. Op welke manier komt de suïcidaliteit in de vaktherapie beeldend bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit tot uiting?
3. Welke beeldend vaktherapeutische doelen in de vaktherapie beeldend kunnen worden gesteld bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit?
4. Welke beeldende vaktherapeutische interventies kunnen ingezet worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit?

## 3.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het vermeerderen van de kennis ten aanzien van het behandelaanbod vaktherapie beeldend, met betrekking tot patiënten met suïcidaliteit, en vandaar uit komen tot aanbevelingen voor een behandelaanbod op maat. Het verbeteren van het zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidzorg. Daarnaast wil ik, zover mogelijk, een bijdrage leveren aan vaktherapeuten beeldend die in de praktijk werken met mensen die zich suïcidaal uiten.

# 4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk is de systematiek van het uitvoeren van dit onderzoek beschreven door de gebruikte onderzoeksmethoden en het gekozen onderzoekstype te verantwoorden. Ook wordt beschreven hoe deze zijn toegepast. Er worden verschillende onderdelen beschreven.

## 4.1 Onderzoek benadering

Dit onderzoek is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek. Bij een praktijkgericht onderzoek staan onderwerpen, vragen en kwesties uit de praktijk centraal. In dit onderzoek staat de vraag van de opdrachtgever centraal. Er is namelijk behoefte aan kennis over de inzet van vaktherapie beeldend bij opgenomen patiënten met suïcidaliteit, om de suïcidaliteit te verminderen. Zoals ook vermeld staat bij in de onderzoekskwestie.

Deze vraag staat ook in de onderzoek kwestie beschreven en enkele kenmerken van praktijkgericht onderzoek (PGO) zijn (Migchelbrink, 2006):

* PGO betreft vragen en/of kwesties van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en welzijn;
* PGO is toegepast van aard;
* PGO levert een bijdrage aan de verbetering van de beroepspraktijk.

Van de twee soorten praktijkgericht onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Dit betekent dat de benadering van het onderzoek open en flexibel is (Baarda, 2013). Het gaat hierbij om een open verzameling van gegevens, een analyse in een natuurlijke taal, een onderzoeksopzet waarin verzamelen en analyseren nauw met elkaar verbonden zijn. Hierbij wordt gewerkt met respondenten die open bevraagd worden, waardoor zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen met het onderwerp. Dit zijn ‘subjectieve ervaringen’, maar de onderzoeker bevraagt deze ‘subjectieve ervaringen’, vergelijkt deze met de ‘subjectieve ervaringen’ van een ander, subjectieve werkelijkheden analyseert deze werkelijkheden, integreert ze met elkaar, enz. (Smeijsters, 2006). Op de achtergronden van de verzamelde gegevens wordt ingegaan. Kwalitatief onderzoek heeft als doel onderzoekskwesties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren, waarbij overwegend gebruik gemaakt wordt van gegevens van kwalitatieve aard (Baarda, 2013).

## 4.2 Onderzoekstype

Tevens is dit kwalitatief praktijkonderzoek een inventariserend onderzoek. Hierbij is het essentieel dat je onderzoekt wat er aan de hand is (Migchelbrink, 2006). Hierbij wordt de huidige stand van zaken in beeld gebracht. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van allerlei databronnen en dataverzamelingstechnieken. De gebruikte databronnen en dataverzamelingstechnieken bepalen het resultaat. Verschillende databronnen kunnen leiden tot verschillende beelden van de huidige situatie. Door bewust te werken met meerdere databronnen of -methoden naast elkaar (triangulatie) kun je de verschillende perspectieven in beeld krijgen. Daarnaast zorgt de triangulatie voor het vergroten van de validiteit van het onderzoek (Willemars, 2018).Je kunt de gegevens uit de verschillende bronnen met elkaar onderzoeken op overeenkomsten en verschillen, en nagaan of er een gemeenschappelijk perspectief is of juist niet. De databronnen die zijn gebruikt in dit onderzoek zijn verschillende geïnterviewde respondenten, observaties en literatuur zoals artikelen, boeken en onderzoeksrapporten.

De inhoudelijke oriëntatie beschrijft de informatie die al aanwezig is op het gebied van het onderzoek. Deze is geschreven op een inventariserende wijze aan de hand van verschillende databronnen. Dit betrof voornamelijk literatuur, maar ook handleidingen, websites en filmpjes. Dit alles is uitgevoerd om zo genoeg achtergrondinformatie te verkrijgen en het onderzoek verder op te laten bouwen.

## 4.3 Dataverzamelingstechnieken

Om de data te verzamelen voor het onderzoek wordt er gewerkt met half-gestructureerde interviews met patiënten en therapeuten, directe onverhulde niet-participerende gestructureerde observaties en literatuur zoals artikelen, boeken en onderzoeksrapporten.

### Interviews

Het half-gestructureerde interview is een face-to-face, diepte-interview. Een intensief gesprek tussen een respondent en de interviewer dat maximaal een uur duurt. Zo kan er informatie verschaft worden over de aanpak die op dit moment ingezet wordt in de praktijk. De voordelen van een diepte-interview zijn allereerst dat het mogelijk is om met een individu diep in te gaan op het onderwerp (dieper dan in groepsdiscussies). Daarnaast kan de respondent zich meer op zijn/haar gemak voelen, aangezien het interview uitgevoerd kan worden op een plek die de respondent fijn vindt. En als laatste is het een voordeel dat van minder welbespraakte mensen eveneens spontane antwoorden worden verkregen, waar groepsdiscussies deze mensen veelal alleen aan het woord komen als de groepsleider deze mensen er bewust bij betrekt (Willemars, 2018).

Met het half-gestructureerde interview wordt er gewerkt met een topiclijst van onderwerpen die aan bod moeten komen in het gesprek (Migchelbrink, 2006). Hierdoor kan de interviewer nagaan of de onderwerpen die besproken moeten worden ook besproken zijn. De volgorde van de onderwerpen, de vragen en de formulering van de antwoorden liggen hierbij niet vast. Door enkel het gebruik van een lijstje met onderwerpen van gesprek, kan er met deze manier van interviewen veel ruimte zijn voor persoonlijke belevingen, opvattingen en ervaringen van de geïnterviewde. Het half-gestructureerde interview past binnen dit onderzoek doordat de interviewer de rode draad en de belangrijke onderwerpen in het oog kan houden maar tegelijkertijd er veel persoonlijke opvattingen, ervaringen en observaties door de respondent gedeeld kunnen worden.

Er is gekozen voor vaktherapeuten beeldend die werken met patiënten met suïcidaliteit en ervaringsdeskundigen als respondenten, zodat zowel de ervaring vanuit de patiënt belicht kan worden, als die van de hulpverlener. De namen van de ervaringsdeskundigen zal ik niet noemen, die van de vaktherapeuten wel. De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen om letterlijk uitgewerkt te kunnen worden.

De inclusiecriteria voor patiënt respondenten voor dit onderzoek zijn:

* Opgenomen patiënten met suïcidaliteit van 18 jaar en ouder;
* (In het verleden) Opgenomen patiënten met suïcidaliteit behandeld met vaktherapie beeldend.

De exclusiecriteria voor patiënt respondenten voor dit onderzoek zijn:

* Patiënten met angst voor suïcidale gedachten;
* Patiënten die jonger dan 18 jaar zijn;
* Patiënten die niet aanspreekbaar waren om deel te nemen aan een interview.

De inclusiecriteria voor therapeut respondenten voor dit onderzoek zijn:

* Therapeuten die minstens twee jaar hebben gewerkt met de doelgroep patiënten met suïcidaliteit;
* Therapeuten die vaktherapie beeldend geven of gegeven hebben.

De exclusiecriteria voor therapeut respondenten voor dit onderzoek zijn:

* Therapeuten die minder dan twee jaar gewerkt hebben met de doelgroep patiënten met suïcidaliteit;
* Therapeuten die geen vaktherapie beeldend geven.

Dit zijn de respondenten voor dit onderzoek:

* Henrike Bouwman, vaktherapeut beeldend voor de opnamekliniek, deeltijd angststoornissen en ambulante behandeling van Eleos de fontein in Bosch en Duin.
* Liesbeth Nijsse, geeft ook vaktherapie beeldend voor de opnamekliniek van Eleos de fontein in Bosch en Duin.
* Linda Sanders, heeft gewerkt als beeldend therapeut voor de opnamekliniek van Propersona in Ede, nu ambulant in Amersfoort.
* Martijn Kleinlugtenbelt, beeldend therapeut bij Hilverzorg in Hilversum.
* Vijf bij Eleos de fontein opgenomen patiënten met suïcidaliteit.

### Observaties

Voor de observaties wordt er het veld ingegaan, om te zien hoe de therapieën al gegeven worden. In de groep waar de observaties uitgevoerd wordt, de beeldende emotieregulatie therapie groep van Eleos de fontein, zitten zowel patiënten met als zonder suïcidaliteit. Alleen de patiënten met suïcidaliteit en de beeldend therapeut worden geobserveerd en worden ook geïnterviewd na het observeren. Hier kan mogelijk wat tijd tussen zitten, maximaal een week, omdat het een kwetsbare doelgroep is, waarbij het belangrijk is om ruimte te geven en om rust te nemen. De observaties vinden plaats in de vaktherapie beeldend ruimte en zijn onverhulde, directe en ongestructureerde observaties. Naast het gedrag van patiënten wordt gekeken naar de onderdelen die voor het onderzoek interessant zijn. Hierbij wordt dus niet de invloed van een bepaalde (door de onderzoeker) ingebrachte variabele onderzocht. Dit is dan ook geen participerende observatie, maar min of meer ‘gewone observatie’ (Verhoeven, 2014). Bij de observaties is er daarnaast rekening mee gehouden dat het geen extra belasting vormt voor de patiënt, waardoor het uitgevoerd mag worden zonder toetsing van de medisch-ethische commissie, gezien het onderzoek dan niet valt onder de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Deze wet zegt namelijk dat onderzoek onder de WMO valt als er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd (Borst-Eilers, Sorgdrager, 1998}.

### Literatuuronderzoek

Voor dit onderzoek is recente literatuur over (opgenomen patiënten met) suïcidaliteit, suïcidepreventie en vaktherapie beeldend bij suïcidaliteit en stemmingsstoornissen geraadpleegd. Dit betreft zowel Nederlandstalige als Engelstalige literatuur. Wanneer er een tekort was aan recente literatuur, is er minder recente literatuur geraadpleegd.

## 4.4 Data-analyse

Bij het analyseren van de kwalitatieve data zijn onderstaande stappen cyclisch doorlopen, zoals Migchelbrink (2014) deze beschreven heeft:

1. Typ het verzamelde materiaal zoveel mogelijk uit; woordelijke transcripties (interviews), ingevulde formats (bij observatie) of samenvattingen (bij notitieboek of logboek). Orden het verzamelde materiaal.
2. Selecteer en schrap overbodige tekst.
3. Deel de teksten in fragmenten en maak een eerste analyse van de fragmenten. Voorzie de fragmenten van een trefwoord. Dit wordt codes of labels genoemd. Een code of label is een korte inhoudelijke weergave van tekstfragment.
4. Bij de volgende stap ga je na of de labels in categorieën zijn onder te brengen. Je kijkt of de labels iets gemeenschappelijks hebben of elkaar overlappen. Labels die bij elkaar passen of overlappen voeg je samen tot een categorie.
5. Laat anderen meekijken met het categoriseren. Dit verhoogt de geloofwaardigheid en nauwkeurigheid van het onderzoek.
6. In deze stap kan je je eigen kennis in de analyse in brengen middels observatie formats, logboek etc. Je vergelijkt de categorieën met eigen inzichten. Je voegt nieuwe categorieën toe of herordent ze.
7. Gebruik de categorieën bij het beschrijven van de deelvragen en de hoofdvraag van het onderzoek.

Het uiteindelijke doel van het analyseren is een antwoord te vinden op de deelvragen en de hoofdvraag (Migchelbrink, 2014). Daarnaast is er voor de data-analyse gebruik gemaakt van de richtlijnen van de Grounded theory. Dit is de gefundeerde theoriebenadering en is geschikt voor kwalitatief praktijkgericht onderzoek. Deze theorie is volgens Bryman (2008) afgeleid van data die systematisch zijn verzameld en in een zoekproces worden geanalyseerd. Data verzameling, theorie en analyse staan in nauwe verbinding met elkaar. Bij deze methode wordt telkens een proces doorlopen van coderen, categoriseren, conceptualiseren en theoretiseren (Willemars, 2018). Doordat met deze methode de subjectieve werkelijkheden van de respondenten vergelijken kunnen worden, geanalyseerd, in verband gebracht en geïntegreerd kunnen worden met de literatuur is er voor deze methode van data-analyse gekozen.

Het half-gestructureerde interview is als transcript uitgewerkt en met de observaties zijn formats ingevuld. Vervolgens zijn de transcripten van de interviews en de ingevulde formats gecodeerd door de vergelijkbare teksten en onderwerpen te markeren met verschillende kleuren stiften. Hierdoor werden de gegevens overzichtelijk, zodat ze beter verwerkt konden worden. Deze vergelijkbare teksten en onderwerpen werden in gecategoriseerd, dit werden de kerncategorieën. De categorieën die toen ontstonden waren de vier deelvragen en de observaties. De vergelijkbare teksten en onderwerpen in binnen de categorieën werden opgedeeld in subcategorieën. Dit waren bijvoorbeeld houding therapeut, kleurgebruik, agressie en vermijding. Uit deze kern- en subcategorieën werd informatie gehaald die van belang was voor het onderzoek. Dit werd gedaan door te ordenen, categoriseren, vergelijken, beschouwen en redeneren (reader praktijkgericht onderzoek, 2018) Vervolgens werden de gegevens vergeleken met bestaande (onderzoeks)literatuur.

## 4.5 Kwaliteitscriteria

Er zijn een aantal eisen aan de kwaliteit van praktijkgericht onderzoek (reader praktijkgericht onderzoek, 2018). De belangrijkste kwaliteitseis is de bruikbaarheid. De voorwaarden die Migchelbrink (2007) heeft beschreven om tot het leveren van bruikbare kennis te komen zijn de onderstaande en zijn gebruikt, staan hieronder vermeld. Tevens staat vermeld hoe in dit onderzoek hieraan voldaan is.

* Door met een opdrachtgever te werken is er nauwgezet afstemming van de onderzoeksvraagstelling op de wensen die leven in de praktijk bij de betrokkenen en/of patiënt;
* Door het werken met een opdrachtgever, observaties en respondenten (zowel therapeuten als patiënten) is tevens de alledaagse praktijk het vertrekpunt van dit praktijkgericht onderzoek;
* Als onderzoeker ben ik bereid om voortdurend te luisteren naar opvattingen en wensen van de mensen in de praktijk, dit doe ik door af te blijven stemmen met mijn opdrachtgever en respondenten in het werkveld te zoeken;
* Als onderzoeker heb ik vooral al over domeinkennis van de onderzochte praktijkproblematiek, doordat ikzelf werkzaam ben in de instelling van de opdrachtgever;
* Er is grondig georiënteerd op de te onderzoeken praktijkproblematiek, door literatuur te lezen over de praktijkproblematiek en mensen daar over te spreken;
* De tijdsduur van het onderzoek past binnen de tijdshorizon van de opdrachtgever/ patiënt en betrokkenen, het is een afgebakende tijd van 19 weken in totaal. Pas na het onderzoek zal de opdrachtgever de behandeling voor patiënten met suïcidaliteit starten, dus is het daarvoor ook passend binnen de tijdshorizon;
* De aangedragen informatie is hanteerbaar, en kan in de onderzochte situatie worden toegepast. De informatie die door de mij als onderzoeker aangedragen wordt is een hulpmiddel om de onderzochte situatie te begrijpen en om het praktisch handelen te veranderen. Dit is bewerkstelligd door gebruik te maken van zowel resultaten uit de praktijk en literatuur, en vanuit de overeenkomsten hiertussen conclusies te trekken. Door interviews af te leggen bij ervaringsdeskundigen en beeldend vaktherapeuten blijft de praktijkinformatie ook dicht bij de praktijksituatie. Hierdoor is het resultaat uit het onderzoek ook hanteerbaar voor beeldend vaktherapeuten die werkzaam zijn met volwassen opgenomen patiënten met suïcidaliteit of die daar mee gaan werken. Om de informatie goed over te brengen naar de beeldend vaktherapeuten wordt er aan de hand van de resultaten uit het onderzoek een artikel geschreven worden die in het tijdschrift voor vaktherapie gepubliceerd zou kunnen worden, waarin de belangrijkste richtlijnen voor een beeldend vaktherapeutisch aanbod bij volwassen opgenomen patiënten met suïcidaliteit genoemd worden.

Smeijsters (2006) geeft aan dat bij een kwalitatief praktijkgericht onderzoek de focus ligt op trustworthiness. Dit is anders dan de kwantitatieve benadering waar het betrouwbaarheid en validiteit zijn. Het onderzoek moet resultaten opleveren die te vertrouwen zijn. Controleerbaar en inzichtelijk moeten het onderzoek dan ook zijn (Baarda, de Goede en Teunissen 2005). De trustworthiness blijken uit de volgende kwaliteitscriteria: geloofwaardigheid, afhankelijkheid, overtuigingskracht, overdraagbaarheid en echtheid (Smeijsters, 2006).

De volgende technieken die volgens Smeijsters (2006) zorgen dat aan kwaliteitscriteria voldaan kan worden, zijn gebruikt in dit onderzoek:

* Thick description: patiënten en behandelingen worden in de volle breedte beschreven. Observaties worden samen met de context beschreven in het verslag. Door middel van de context kunnen bepaalde betekenissen aan de observaties worden verbonden die zonder context misschien niet waren gevonden. De onderzoeker geeft gedetailleerde beschrijvingen van onder andere de situaties en omstandigheden.
* Repeated analysis: regelmatig wordt de reeds uitgevoerde analyse getoetst aan nieuwe verzamelde data en vergeleken met de oorspronkelijke data en eerdere analysen;
* Member checking: de data-analyse is voorgelegd aan de mensen in de praktijk waarop de dataverzameling en analyse betrekking hebben (patiënten, vaktherapeuten, psychologen en andere behandelaars);
* Triangulatie: bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van verschillende bronnen (vaktherapeuten die werkzaam zijn bij verschillende organisaties en patiënten) en is er gewerkt met meerdere typen van dataverzamelingen (interviews, observaties en literatuuronderzoek).

# 5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de deelvragen beantwoord worden. Elke deelvraag wordt afzonderlijk beantwoord. Hierbij worden de resultaten van de interviews met zowel beeldend vaktherapeuten als patiënten, de observaties en het literatuuronderzoek verwerkt. Door de triangulatie van deze bronnen is er een conclusie getrokken voor elke deelvraag.

## 5.1 Deelvraag 1 Indicaties

Deelvraag 1 is als volgt geformuleerd:

*Wanneer is vaktherapie beeldend geïndiceerd bij volwassen opgenomen patiënten met suïcidaliteit?*

Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. Hieronder staat per techniek welke data na het analyseren verkregen is.

### Interviews en observaties vaktherapeuten

#### Indicaties

Uit de interviews afgelegd met de beeldend vaktherapeuten bleek dat er indicaties zijn voor vaktherapie beeldend bij volwassen opgenomen patiënten met suïcidaliteit.

Uit het interview met Bouwman bleken de volgende indicaties:

* Wekelijkse individuele vaktherapie beeldend van 10 à 15 minuten is mogelijk voor patiënten met suïcidaliteit die moeilijk in beweging komen.
* In een groep kunnen patiënten zijn met verschillende ziektebeelden, maar allen met suïcidaliteit.
* Alle opgenomen patiënten zijn geïndiceerd, door dat bij vaktherapie beeldend er kan bezig gaan worden met iets, waarbij het niet uitmaakt wat dat is.

Uit het interview met Sanders bleken de volgende indicaties:

* Patiënten die nog ernstig suïcidaal zijn combineren met patiënten die al herstellende zijn. Het kan perspectief geven voor de een en voor de ander helpt het om te zien hoe ver hij/zij al gekomen is.

Uit de data uit het interview met Nijsse en Kleinlugtenbelt bleken geen indicaties.

#### Contra-indicaties

Contra-indicaties zijn er op het gebied van veiligheid. Waarbij de volgende dingen invloed hebben op de veiligheid:

* Als een patiënt zichzelf iets zou willen aandoen met gereedschap en er wordt in een groep gewerkt met een vaktherapeut (Interview L. Nijsse).
* De aanwezigheid van (indirecte) agressie, waarbij dingen kapot worden gemaakt of andere patiënten onderuitgehaald (Interview H. Bouwman).
* De negatieve invloed die patiënten met suïcidaliteit kunnen uitoefenen op een groep door heel expliciet suïcide plannen te gaan noemen (Interview H. Bouwman).

Andere contra-indicaties die gesteld kunnen worden:

* Instabiliteit door psychotische klachten. Overigens zou een patiënt die hier mee te maken heeft wel vaktherapie beeldend kunnen volgen, maar dit vraagt voorzichtigheid (Interview H. Bouwman).
* Patiënten die suïcidaliteit niet begrijpen en die zo het onderwerp van tafel kunnen vegen (Interview L. Sanders).

Uit de data uit het interview met Kleinlugtenbelt bleken geen contra-indicaties.

### Interviews en observaties patiënten

Alle vijf de geïnterviewde respondenten bleken uit de voeten te kunnen met vaktherapie beeldend en aan hun herstel te kunnen werken met vaktherapie beeldend.

### Literatuur

Bronnen over specifieke indicaties voor vaktherapie beeldend bij patiënten met suïcidaliteit zijn niet gevonden, zoals in de inhoudelijke oriëntatie al vermeld staat. Wel over doelen waar aan gewerkt kan worden door vaktherapie beeldend is literatuur gevonden. Hierover is bij deelvraag 3 data terug te vinden.

Contra-indicaties voor creatieve therapie (in groepen) betreffen patiënten die (Smeijsters, 2010):

1. In een acute crisissituatie verkeren;
2. Hevige acute psychotische, borderline, manische/depressieve symptomen vertonen;
3. Een zeer hoog angstniveau hebben;
4. In direct suïcidegevaar verkeren;
5. Gekenmerkt worden door een antisociale persoonlijkheid;
6. Gevaarlijk gedrag vertonen;
7. Last hebben van een extreme verslaving;
8. Extreem prikkelgevoelig zijn;
9. In extreme mate instabiel zijn;
10. In extreme mate moeite hebben met een veranderende omgeving;
11. Onvoldoende eigen initiatief hebben om aan activiteiten in het medium deel te nemen;
12. Volstrekt geen affiniteit met het medium hebben;
13. Ernstige fysieke beperkingen hebben en/of in een extreem zorgelijke fysieke conditie verkeren.

De bovengenoemde contra-indicaties zijn echter voor de verschillende vaktherapieën opgesteld, waardoor ze per kunstvorm en per interventie verschillen en dus niet vaktherapie beeldend specifiek zijn (Smeijsters, 2010).

### Conclusie

#### Indicaties

Dat vaktherapie beeldend geïndiceerd is voor zowel ernstig suïcidale patiënten als herstellende patiënten stellen twee vaktherapeuten. Hierbij maakt het niet uit welke ziektebeelden de patiënten hebben.

Uit één interview bleek dat patiënten met suïcidaliteit die zwaar inactief zijn, individuele vaktherapie beeldend kunnen volgen voor 10 à 15 minuten.

Alle patiënten die meededen met het onderzoek, dus in staat waren om met het onderzoek mee te doen en vaktherapie beeldend volgde, bleken geïndiceerd.

#### Contra-indicaties

Uit één interview en literatuur bleek dat het niet haalbaar is voor patiënten met suïcidaliteit die zwaar inactief zijn om in de groep mee te doen, zij hebben onvoldoende eigen initiatief om aan activiteiten in het medium deel te nemen.

Twee vaktherapeuten noemden en uit de literatuur bleek dat als de veiligheid in het geding komt door en/of voor de patiënt, het een contra-indicatie is. Eén vaktherapeut noemde hierbij als iemand zichzelf of iemand anders iets fysiek kan aan doen. En één vaktherapeut benoemde patiënten met agressie waardoor de patiënten dingen kapot maken, dat erover of tegen andere patiënten negatief gepraat wordt of door het expliciet noemen van suïcidale plannen.

Verder bleken de volgende contra-indicaties:

* Patiënten die suïcidaliteit niet begrijpen, werd door één vaktherapeut benoemd.
* Patiënten die extreem instabiel zijn en met psychotische denkbeelden dit wankel evenwicht instant houdt, werd door één vaktherapeut benoemd en in de literatuur. Hierbij is de vaktherapie wel mogelijk, maar alleen met voorzichtigheid vanuit de vaktherapeut.

Uit de literatuur bleken ook de volgende contra-indicaties:

* Patiënten die in een acute crisissituatie verkeren.
* Patiënten die hevige acute psychotische, borderline, manische/depressieve symptomen vertonen.
* Patiënten die een zeer hoog angstniveau hebben.
* Patiënten die in direct suïcidegevaar verkeren.
* Patiënten die gekenmerkt worden door een antisociale persoonlijkheid.
* Patiënten die last hebben van een extreme verslaving.
* Patiënten die extreem prikkelgevoelig zijn.
* Patiënten die in extreme mate moeite hebben met een veranderende omgeving.
* Patiënten die volstrekt geen affiniteit met het medium hebben.
* Patiënten die ernstige fysieke beperkingen hebben en/of in een extreem zorgelijke fysieke conditie verkeren.

## 5.2 Deelvraag 2 Suïcidaliteit tot uiting in vaktherapie beeldend

Deelvraag 2 is als volgt geformuleerd:

*Op welke manier komt de suïcidaliteit in de vaktherapie beeldend bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit tot uiting?*

Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. Hieronder staat per techniek welke data na het analyseren verkregen is.

### Interviews en observaties vaktherapeuten

#### Interactie met groepsgenoten:

Uit het interview met Bouwman bleek dat bij de doelgroep op te merken is dat de suïcidaliteit de belevingswereld beperkt, waardoor het moeilijk is je in te leven in anderen. De groepsgenoten zijn wel nodig en helpend om weer perspectief te krijgen.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt bleek dat soms wel interactie op te merken is met de groep en dat het onderwerp suïcidaliteit soms een beetje wordt benoemd in de groep. Ook bleek dat de groep er niet zo op ingaat.

Uit het interview met Nijsse bleek dat patiënten met suïcidaliteit soms zonder grenzen vertellen over dingen en daarmee over de grenzen van anderen gaan. Dan zijn de patiënten zo suïcidaal, dat patiënten het een beetje loslaten en dus de grenzen overgaan.

#### Beeldend werkstuk

Uit het interview met Sanders bleek dat bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit het tekenen van afgebroken takken opvalt en dat de patiënten de kleur zwart veel gebruiken. Maar dat dat niet altijd zo is. Soms maken patiënten juist een kleurige boom terwijl ze heel somber zijn, doordat ze iets willen tekenen wat hoop geeft.

Uit het interview met Bouwman kwam naar voren dat patiënten met suïcidaliteit vaak weinig repertoire hebben, moeilijk in beweging komen en eigenlijk vastzitten. Daarnaast werken de patiënten heel gespannen en kunnen ze weinig variëren. Hierbij is de overeenkomst met een suïcidale tunnel te zien. Het gebruik van veel zwart is echt niet altijd meteen suïcidaliteit. Er zijn ook mensen die ook echt een tunnel tekenen en die worden er echt als het ware helemaal naartoe gezogen. Die kunnen alleen maar aan de dood denken. Het thema de dood en hoe je daar heen kan komen, komt veel naar voren bij deze doelgroep.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt bleek dat het dood willen niet altijd niet de boventoon voert. Ook bleek het negatief kleurgebruik op te vallen in het beeldend werk.

Uit het interview met Nijsse kwam naar voren dat de doelgroep weinig beweging liet zien en weinig initiatief kan nemen en kan variëren. Te zien waren vaak donkere kleuren en weinig verschillende kleuren bij de doelgroep. De thema’s die terugkomen zijn wanhoop, overmacht, onmogelijkheid en klauwen. Vooral dingen waar je niets aan kan doen. Als een monster dat je in de rug grijpt. Maar je ziet niet iemand aan de galg getekend.

#### Omgang met werkstuk

Uit het interview met Bouwman komt naar voren dat vaak de werkstukken weggegooid worden, laten liggen, dat de patiënten het niet van waarde lijken te achten, alsof het niet van hen is.

Vanuit het interview met Sanders bleek dat patiënten met suïcidaliteit vaak het werkstuk niet willen bewaren en het niet mee te nemen. Het is zeldzaam dat patiënten het mee willen nemen, ze laten het achter, willen het verscheuren, vernietigen het of soms maken patiënten er wel een foto van. Het meenemen is minder dan bij andere doelgroepen. Een situatie die naar voren kwam was een situatie waarbij een patiënt een cadeautje wilde maken voor iemand, een afscheidscadeautje, omdat deze patiënt suïcide wilde plegen.

#### Gereedschap

Uit het interview met Sanders bleek dat opgenomen patiënten met suïcidaliteit het vaak lastig vinden om gereedschappen als gutsen, mesjes en touwtjes te zien. Het zijn de triggers voor hen.

#### Soms juist niet te merken

Bij één van de vaktherapeuten, Sanders, kwam naar voren dat soms niets te merken is als patiënten suïcide willen plegen, omdat het patiënten op kan luchten dat ze de beslissing genomen hebben.

### Interviews en observaties patiënten

#### Weinig initiatief en afgesloten

In de interviews kam naar voren bij een patiënt dat ze nergens zin in heeft. Een andere patiënt gaf aan nu actief te zijn, maar aan het begin van de opname deed hij weinig en was hij stil. Richting het eind van de opname kwam er weer een heel ander iemand naar voren; actief, ondernemend en betrokken.

Uit de observaties van een patiënt kwam naar het afgesloten voelen en niet alles kunnen overzien naar voren. Wel hopen op alles van een afstand kunnen gaan bekijken en lange termijn zien. Een andere patiënt kreeg niet veel van uitleg mee.

Een andere patiënt voelt zich van binnen eenzaam en heeft mogelijk wat moeite met overzicht van wat betreft uitvoeren van een volgorde in techniekstappen.

Een patiënt maakte een schildpad, die zei ‘ik trek mij terug’ en herkent zichzelf hierin. Daarnaast had hij ook een hond gemaakt die zei: ik bijt van mij af. Hij werd gestimuleerd meer gedrag van de hond te tonen: niet weg te duiken of ondergaan, maar grens trekken en zich laten horen.

Weer een andere patiënt tekende een ontsnapping van dieren, wat tevens een mooie illustratie is van hoe ze lastige dingen goed kan vermijden. Dit is echter ook een metafoor voor het eigen proces: uit beeld verdwijnen en dat anderen achter haar aan gaan. Bij haar zie je dat ze veel stil zit, stil aanwezig is en weinig tot geen mimiek laat zien. De patiënt durft niet op te vallen, maar was richting het eind van de opname wel meer in contact en verwoordt wat haar bezighoudt. Bij een andere patiënt was hetzelfde te zien: die lijkt gaandeweg opname wat minder stil en onopvallend aanwezig te zijn. De patiënt heeft in de observaties zich verontschuldigd voor emoties en gezegd niet tot last te willen zijn. Haar onzekerheid en schaamte waren hierin te zien, net zoals in het vragen of ze het goed doet en zeggen dat alles mislukt.

#### Moeilijk woorden vinden

Vanuit de observaties bleek bij alle patiënten dat het open en kwetsbaar zijn moeilijk was, dat ze moeite hadden om woorden te vinden en moeite om mild met zichzelf en beperkingen om te gaan. Een van de patiënten vond het lastig iets te benoemen, omdat ze dan bang was het dan erger kon benoemd worden of verkeerd geuit. Een andere patiënte blokkeerde op uiten van zichzelf. Met wat steun kon ze daar toch wat verder in komen. Zij heeft ook moeite met contact maken. Denkt dat wat er met haar is, niet erg genoeg is en anderen haar een zeurpiet vinden.

#### Thema’s die terugkomen

Emoties die naar voren kwamen in de observaties bij de patiënten waren angst, gespannen en gesloten (4x), verdriet (7x) en boosheid (3x). Verder kwamen er thema’s naar voren als eindeloze weg, barricaden, overspoeld worden door nare gedachten, opkijken tegen hoge berg en hopen weer uitzicht te krijgen, afvragen wanneer het ophoudt. Maar ook troost, reguleren van spanning en frustratie (dit uiten in woorden en beelden), verwachten dat de afgebroken boom niet meer zal kunnen groeien, voelen van chaos en woede, moedeloze uitstraling, ergens op steunen, gepantserde deur voor emoties, aangeven het zwaar te hebben en een gevecht tegen suïcidale gedachten te voeren, dood willen, maar dat anderen je hier nodig hebben.

#### In materiaal zie je nog wel eens zwart en tunnel

In een observatie waren zwarte gedachten te zien, die soms opkomen. Een andere patiënt gebruikte veel zwart om emotie weer te geven.

#### Omgang met werkstuk

Een patiënt bewaarde haar werkstukken eerst. Ze heeft nu pas werkstukken van vijf jaar geleden weg gegooid. Ze hangt niets op, anderen hoeven het niet te zien. Wel wil ze het meenemen naar ambulant, om duidelijker maken wat ze voelt.

In de observatie van een patiënt was te zien dat ze het beeld wat ze kort daarvoor had gemaakt, platsloeg.

### Literatuur

Volgens Van Hoek (2017) zijn patiënten met suïcidaliteit vaak contactarm en eenzaam. Daarnaast kan er bij hen na het spelen met gedachte aan suïcide gewenning opgetreden zijn. Er spelen daardoor bij patiënt vele suïcidale gedachten. Kerkhof en Van Spijker (2012) bevestigen dan ook dat de patiënten van nadenken over suïcide naar piekeren er over zijn gegaan. Verder zijn bij hen vaak een laag zelfbeeld, weinig controle en houvast en contactproblemen op te merken (Van Hoek, 2017). Bij patiënten met suïcidaliteit zie je daarnaast de moeite die ze hebben met het oplossen van problemen, dat ze positieve gebeurtenissen niet specifiek konden ophalen, maar alleen als categorie en dat ze veel doen vanuit automatische piloot, dat ze vanuit hun hoofd leven, mentale tijdreizen maken, vermijden, willen dat dingen anders zijn en uitputting, hopeloosheid en wanhoop (M. Williams, Fennell, Barnhofer, Crane & Silverton, 2016).

#### Thema’s

Thema’s die je tegen zou kunnen komen, kunnen voortkomen uit de beweegredenen van de patiënt voor zijn of haar suïcidaliteit. De beweegredenen voor suïcide (Den Haan & Bannink, 2017):

* Belangrijkste bestaansredenen worden bedreigd.
* Idealen zijn onbereikbaar geworden.
* Doorleven is erger dan sterven; het is een middel tegen verder aftakeling onheil.
* Situatie is niet meer te herstellen; er is sprake van hopeloosheid.
* Zelfdoding als vorm van zelfbescherming.
* Zelfdoding als wraak.
* Zelfdoding omdat anderen met wie de patiënt zich verbonden voelt zich suïcideren.

#### Beeldend werkstuk

Tekenen klein, gebruikelijke beelden. Laten geen voldoening zien in het beeldende materiaal of het object wat ze hebben gemaakt. Ze werken onverschillig. De houding van de patiënt is onpersoonlijk en feitelijk. Het kunstwerk is minimaal, zonder enige kleur of gevoel van emotionele betrokkenheid. Afbeeldingen worden feitelijk of geïdealiseerd gepresenteerd, waarbij gebruik gemaakt is van vage contouren, vage tinten en vage vormen (Simon, 1997).

### Conclusie

Eén vaktherapeut benoemde dat opgenomen patiënten met suïcidaliteit soms zonder grenzen vertellen en daarmee over grenzen van anderen gaan. Eén vaktherapeut noemde en uit de literatuur kwam naar voren het niet verbonden zijn met anderen en eenzaam zijn bij de doelgroep.

Eén vaktherapeut noemde dat patiënten met suïcidaliteit het lastig vinden als groepsgenoten werken of om zelf te werken met gereedschappen als gutsen, mesjes en touwtjes.

Alle vier de vaktherapeuten noemden en uit twee observaties bleek dat in het beeldend werk van opgenomen patiënten met suïcidaliteit negatief kleurgebruik op te merken is. Eén vaktherapeut noemde hierbij dat soms juist wel veel kleur gebruikt wordt, om daar hoop uit te kunnen putten. Eén vaktherapeut noemde dat ze soms een tunnel tekenen.

Twee vaktherapeuten benoemden dat de doelgroep vaak weinig repertoire heeft en weinig variëren kan. Eén vaktherapeut benoemde het heel gespannen werken en een thema wat bij deze doelgroep naar voren komt is de dood en hoe je daar heen kan komen. Dit thema is ook in de observaties naar voren gekomen. En uit de literatuur bleek het piekeren over de dood. Eén vaktherapeut benoemde dat het dood willen niet altijd de boventoon voert.

Uit de literatuur bleek dat klein tekenen op te merken is in het beeldend werken, dat de doelgroep niet makkelijk emoties laat zien of daarover praat en soms wat onverschillig lijkt. De houding kan dan ook onpersoonlijk en feitelijk overkomen.

Uit de literatuur bleek ook dat je bij de doelgroep vaak een laagzelfbeeld en weinig controle en houvast ziet. Eén vaktherapeut benoemde en uit de observaties bleken thema’s als overspoeld worden, chaos en moedeloosheid voor te komen in het werk dat patiënten maken. Uit observaties bleken dat emoties angst, verdriet, boosheid, gesloten en gespannen vaak terugkomen in de beeldend werkstukken van de patiënten met suïcidaliteit. De angst ook vanwege de angst die er kan zijn dat het nog slechter kan gaan. Je ziet dat ze niet alles kunnen overzien, dat uit zich in moeite met het uitvoeren van een volgorde in techniekstappen of in het niet meekrijgen van de uitleg. De patiënten hebben nergens zin in, komen moeilijk in beweging, trekken zich terug en vermijden.

Twee vaktherapeuten benoemden de omgang met het werkstuk dat het vaak wordt weggegooid of laten liggen. Eén vaktherapeut benoemde het verscheuren of soms meenemen om te kunnen laten zien hoe de patiënt zich voelt of een foto van maken. Er wordt bij deze doelgroep minder meegenomen dan bij andere doelgroepen. Eén vaktherapeut noemde een casus van een patiënt die een afscheidscadeautje wilde maken, terwijl de suïcidaliteit weer toegenomen was.

Eén vaktherapeut noemde dat je soms niets kan merken aan de patiënten als ze suïcide willen plegen, omdat ze opgelucht dan zijn dat ze de beslissing genomen hebben.

## 5.3 Deelvraag 3 Beeldende vaktherapeutische doelen

Deelvraag 3 is als volgt geformuleerd:

*Welke beeldende vaktherapeutische doelen in de vaktherapie beeldend kunnen worden gesteld bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit?*

Om deze vraag te beantwoorden is gebruikt gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. Hieronder staat per techniek welke data na het analyseren verkregen is.

### Interviews en observaties vaktherapeuten

#### Emotieregulatie

Uit het interview met Sanders blijkt als doel het meer gaan verbeelden van wat er in je omgaat is in de vaktherapie beeldend. Een voorbeeld is bijvoorbeeld boosheid uiten. Bij dit gevoel wordt dichterbij gekomen bij individuele therapie dan in de groep, omdat dan niet met iedereen rekening gehouden hoeft te worden. Bij de doelgroep opgenomen patiënten met suïcidaliteit is het soms dat er te veel emotie geuit wordt en dat het gereguleerd moet worden. Maar de meeste patiënten met angst- en stemmingsstoornissen houden het heel erg binnen. Verder gaat het om een groep in een periode waarbij patiënten helemaal niet zo verbaal zijn, er worden allemaal verbale dingen gevraagd. Patiënten vinden het soms veel fijner om iets non-verbaal te doen, of het dan muziek is of beeldend. Dan kunnen ze zich op een andere manier uiten, die soms veel dichter ligt bij wat ze kunnen en willen uitdrukken en hun soms ook even uit het hoofd haalt.

Uit de interviews met Nijsse, Kleinlugtenbelt en Bouwman blijkt ook het doel van het uiten van emoties.

Daarnaast blijkt uit het interview met Bouwman dat mensen met affectfobie vooral ook moeite hebben met het uiten van emoties, door angst. Voor sommigen is de weg uit de suïcidaliteit het delen, zeggen, uiten en voelen is wat er te voelen valt en ervaren dat het te handelen is.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt dat vaktherapie beeldend een vraag of worsteling van iemand tastbaar/concreet kan maken. Hierdoor blijft het niet alleen besproken of in hun hoofd hangen, maar het wordt ook concreet. Zodat patiënten kunnen ontdekken wat erachter zit. De emoties kunnen hierbij ook geuit worden, of het nou door scheuren is of gooien met klei.

##### Regie nemen

Uit het interview met Bouwman blijkt het nemen van regie als behandeldoel voor patiënten met suïcidaliteit. Dit is nauw verbonden met het reguleren van emoties. Hierdoor ervaart men dat emoties te hanteren zijn als men ze uit, kan zingeving en controle gevonden worden, krijgt men weer regie over emotie, wat men wil zeggen, uitdrukken en wat men wil doen. Hierbij gaat het om het uitvoeren van zelfcontrole op de situatie en niet andersom. Dat kan met vaktherapie beeldend door het ervaringsaspect van vaktherapie, en mensen bewust bloot stellen aan dat soort situaties. Maar ook in zoeken van wat de patiënt goed doet, leuk vindt en bij hem of haar past. Dit laatste gaat over regie voeren en keuzes maken in eigen leven. Ervaren, plezier is belangrijk. Dit helpt ook om nieuwe paadjes te laten ontstaan in de hersenen, waar vaktherapie heel goed in is, die zeggen dat er ook andere manieren zijn om het leven te bekijken, in plaats van alleen maar dood willen.

Uit het interview met Nijsse blijkt dat het appèl van het materiaal ook een beroep doet op levenszin, het ontdekken wat lukt. Dit is in zekere zin weer het ervaren van het kunnen uitoefenen van regie.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt het zoeken van zingeving al doel dat ingezet kan worden in de vaktherapie beeldend.

##### Rouw/trauma

Uit het interview met Bouwman blijkt ook dat bij rouw eerst de rouw verwerkt moet worden en hierdoor eerst als doel genomen moet worden. Daarna wordt bekeken wat overblijft. Hierbij moet ook aandacht besteed worden aan het dealen met wat er te voelen valt. Dat kan individueel, verstoorde rouw.

Uit het interview met Sanders blijkt dat er gewerkt kan worden aan het verwerken van het trauma dat achter de suïcidaliteit ligt. Dat vermindert wel de suïcidaliteit, maar in eerste instantie niet, eerst verergert het. Daarvoor zijn wel een paar weken nodig en kan zowel ambulant als in opnamesetting.

#### Het stellen van kleine doelen

Uit het interview met Bouwman blijken het verleggen van je aandacht en ergens aan beginnen noemt als doelen voor de doelgroep. Waarmee ervaren kan worden dat ze weg kunnen bewegen van hele nare gedachten. Al is het maar voor korte tijd, misschien vijf minuten. Hierbij wordt de focus verlegd. Als men door allerlei enorme zorgen in beslag genomen wordt is het aandacht richten een belangrijk doel. Verder bleek uit het interview dat het onderzoeken waar je goed in bent, aandacht verleggen en niet te ver vooruitkijken als doel gesteld kunnen worden.

Uit het interview met Nijsse blijkt dat afleiding goed is, ook om de gedachtes minder te laten worden.

Uit het interview met Sanders blijkt het activeren, om mensen in beweging te krijgen, als doel. Mensen die heel depressief zijn, zijn soms heel erg afgezwakt en hebben weinig interesse meer. Daarnaast blijkt het doel het hier en nu georiënteerd zijn. Meer bewustzijn te krijgen in het moment, waar we zijn. Dit is zeker van belang bij traumatische herbelevingen.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt de aandacht voor de positieve dingen en laagdrempelige doelen als doelen die gesteld kunnen worden. Dan kan het ook goed zijn om alleen al een kopje koffie te komen drinken.

### Interviews en observaties patiënten

#### Emotieregulatie

In het interview met een patiënt werd genoemd dat het uiten van emoties (boosheid) de druk van de ketel haalde bij haar. Zij noemde dat ze het fijn vond dat het eruit kon. Bij een andere patiënt was haar doel zich openstellen. Ze noemde zelf dat je niet verder komt met alles kort houden. Zij heeft het meeste gehad aan emotieregulatie, praten over je gevoel en uiten. Ze is nu meer open, al blijft niet makkelijk, maar doet daar meer haar best voor. Ze denkt dat het praten over je gevoelens helpt.

In een van de observaties werd er door het maken van een landschap van emoties waar ieder zich in moest plaatsen, gewerkt aan het reguleren van emoties. Hierbij werd gekeken naar hoe je je verhoudt tot je emoties, werd er gewerkt aan het ontwikkelen van perspectief, iets uiten zonder dat je daar mee samenvalt en afstand kunnen houden en naar je toe halen. Verder waren het uiten van verschillende emoties te zien, zie ook hiervoor het vorige hoofdstuk over hoe suïcidaliteit tot uiting komt in de vaktherapie beeldend.

Vanuit de observaties van de patiënten was hetzelfde te zien. Een patiënt uitte zijn wanhoop over het feit dat hij geen contact heeft met zijn gezin. Vertelde dit in groep, wat weer het verdriet van groepsgenoot raakte. Bij deze patiënt kwam het verdriet op een ander moment ook tot uiting. Door het zien van een afbeelding die haar deed denken aan de vader van haar kinderen, ze mist hem, en trekt zich daardoor terug. Echter het verdriet uitbeelden in een poppetje met tranen, kon ze niet aanzien en sloeg ze in elkaar. Het thema verlies kwam ook aan bod bij iemand met NAH, die niet wil accepteren dat ze dingen niet kan. Maar daar wel aandacht aan besteed wordt in de therapie.

In de observaties van een patiënt die zich afgesloten voelde bleek dat hij steeds meer tot zichzelf door laat dringen wat een scheiding voor hem zal betekenen en kan zien hoe hij zelf de regie kan nemen daarin. In de therapie was hij op dat moment vooral gericht op actief blijven in een rustig tempo. Hij was namelijk geneigd heel snel en oppervlakkig te werken.

#### Het stellen van kleine doelen

Een patiënt noemde in het interview dat ze haar doelen niet te hoog legt. Desnoods doet ze niets. Voor haar lag de lat van jongs af aan heel hoog. Haar doel is opgedeeld in kleine stapjes: dat ze elke dag haar bed uit kom is eigenlijk al een groot doel voor haar.

Uit de observaties bleek dat er wel gewerkt werd aan kleine doelen en met natekenen. Een patiënt bijvoorbeeld daagde zichzelf uit door het niet precies na te hoeven tekenen. Dat lukte goed hierdoor en was zelfs wel tevreden met het resultaat. Twee anderen vonden het moeilijk op te starten, maar als ze bezig gingen, gaf de afleiding, voldoening en werden ze positiever en actiever (bij drie patiënten was dit op te merken). Een patiënt leek wat begeleiding nodig te hebben ten aanzien van een planning.

### Literatuur

In de literatuur zijn er een aantal doelen te vinden in de behandeling van patiënten met suïcidaliteit.

Allereerst zijn er door Smeijsters (2010) doelen gesteld waar specifiek door vaktherapie aan gewerkt kan worden. Deze doelen zijn gebaseerd op de sterke kanten van vaktherapie en gelden niet specifiek voor suïcidaliteit, maar patiënten in het algemeen. (Smeijsters, 2010):

1. Creatieve therapie spreekt de fysieke kant aan. Je praat niet alleen, je komt in actie, je lichaam is erbij betrokken.
2. Handelen in het medium komt tegemoet aan de behoefte iets te leren. In creatieve therapie zijn mensen snel te motiveren om iets te bedenken, uit te voeren, op te bouwen, te oefenen.
3. Expressie in het medium biedt de mogelijkheid je een nieuwe taal eigen te maken, waardoor de mogelijkheden om contact te maken (met jezelf en de ander) enorm toenemen.
4. Creatieve therapie kan weggestopte emoties grijpbaar en voelbaar maken.

Verder is het belangrijk om de ernst van de suïcidaliteit in beeld te brengen (Den Haan & Bannink, 2017). In de resultaten van de interventies die ingezet kunnen worden staat vermeld op welke manier dit kan gebeuren.

Volgens Kleiman en Beaver (2013) wordt de kans op suïcide verkleind door twee sterke kanten van de patiënt (Den Haan & Bannink, 2017). De sterke kanten waar het hierom gaat, die nodig zijn voor het bereiken van doelen zijn:

* Nieuwsgierigheid;
* Volharding;
* Het idee controle te hebben over goede en slechte gebeurtenissen;
* Zingeven aan wat gebeurt;
* Dankbaarheid; gebruik je sterkste kanten;
* Neiging plezier te maken;
* Neiging tot betrokkenheid;
* Neiging tot zingeving;
* Genieten van het moment.

In de vaktherapie beeldend kan met de patiënt onderzocht worden welke sterke kanten deze patiënt heeft. Daarnaast kan gewerkt worden aan de versterking van de sterke kanten.

Uit onderzoek bleek dat MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) het risico vermindert op terugval, zorgt voor minder angst en beter slapen. Daarnaast bleken patiënten het ook belangrijk te vinden volgens Williams en Fennell (2016). Doelen die hierbij horen zijn:

* Doelmatiger worden.
* Besef van lichaam en waarneming (dingen ruiken, lichamelijke sensaties, ademen en geluiden opmerken).
* Volledig in het huidige moment kunnen zijn.
* Afkeer met belangstelling bekijken.
* Probleem kunnen voelen in het lichaam en toestaan er te zijn.
* Gedachten als mentale gebeurtenissen kunnen zien, waar bij de gedachten kunnen komen en gaan.
* Met vriendelijkheid voor zichzelf zorgen.

Deze doelen zijn vanuit het ervaringsgerichte van vaktherapie beeldend in te zetten. Door het materiaal zijn er dingen die je kan waarnemen, er moet in het hier-en-nu gewerkt worden.

Kerkhof en Van Spijker (2012) noemen het zoeken van ontspanning, afleiding en waar ben je goed in bent als doelen.

Bakker en Bannink (2008) zeggen dat niet bestrijden van hopeloosheid maar bieden van hoop in gesprekken van belang is. Vraag waarop ze hopen en wat dat zal bieden. Om de hoop te vergroten:

* Kies doelen die van waarde zijn van de patiënt.
* Kies doelen die uitdagend zijn.
* Specificeer subdoelen.
* Visualiseer de wegen naar het doel (pathways).
* Bedenk verschillende manieren om het doel te bereiken (pathways).
* Laat patiënt bedenken hoe hij in het verleden doelen heeft bereikt, stimuleer gebruik van positieve selftalk bij patiënten (agency).
* Evalueer proces van patiënt met betrekking behaalde doelen. Nodig uit tot zelfcompassie.

### Conclusie

Vanuit de literatuur blijkt dat voor beeldende vaktherapeutische doelen die in de vaktherapie beeldend gesteld zou kunnen worden bij opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit, het van belang is dat deze doelen van waarde zijn van de patiënt, dat ze uitdagend zijn, specifiek en er subdoelen zijn opgesteld. Hierbij kan het helpend zijn om de wegen naar het doel te visualiseren, te kijken welke manieren er zijn om er komen, de geschiedenis van de patiënt erbij te betrekken en de doelen evalueren.

Alle vaktherapeuten en patiënten gaven aan en uit de observaties bleek dat het doel ‘het reguleren van emoties’ gesteld kan worden. Waarbij aandacht wordt besteed aan het uiten van en emoties en er regie in nemen/krijgen. Twee vaktherapeuten noemen specifiek het nemen van regie als een doel dat gesteld kan worden, zodat de patiënt zelfcontrole gaat uitvoeren op de situatie en niet andersom. Eén vaktherapeut noemt het vinden van zingeving als doel.

Alle vier de vaktherapeuten gaven ook aan en uit de observaties en literatuur bleek dat er aandacht kan worden besteed aan het zoeken naar wat de patiënt goed doet en leuk vindt. Ontdekken wat lukt geeft levenszin. Waar dan ook aandacht aan wordt besteed is het verleggen van de aandacht, vinden van afleiding en bezig gaan. Vanuit de literatuur bleek en twee vaktherapeuten benoemen het, het doel om meer op het hier-en-nu georiënteerd te zijn. Eén vaktherapeut en één patiënt noemden, en uit de observaties bleek, dat er met kleine doelen gewerkt moet worden bij deze doelgroep.

Uit de literatuur bleek dat de volgende eigenschappen als doel genomen kunnen worden, zodat de sterkte kanten van de patiënt sterker worden of er juist sterke kanten bijkomen en de suïcidaliteit minder wordt: nieuwsgierigheid, volharding, dankbaar kunnen zijn, betrokken kunnen zijn, voor jezelf zorgen, besef van lichaam en waarneming, afkeer met belangstelling bekijken, probleem kunnen voelen in het lichaam en toestaan dat ze er zijn en gedachten als mentale gebeurtenissen kunnen zien.

Twee vaktherapeuten noemden dat als er sprake is van rouw of trauma gerelateerde problematiek, dat de behandeling van die problematiek voorgaat op andere doelen. Hier zal individuele therapie beter bij passen.

Uit de literatuur kwam naar voren dat een ander belangrijk doel is de ernst van de suïcidaliteit in beeld brengen; die is opname breed, maar vaktherapie beeldend kan daar een bijdrage aan geven.

## 5.4 Deelvraag 4 Beeldende vaktherapeutische interventies

Deelvraag 4 is als volgt geformuleerd:

*Welke beeldende vaktherapeutische interventies kunnen ingezet worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit?*

Om deze vraag te beantwoorden is gebruikt gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. Hieronder staat per techniek welke data na het analyseren verkregen is.

### Interviews en observaties vaktherapeuten

#### Houding vaktherapeut

Uit het interview met Nijsse blijkt dat de houding die je als vaktherapeut aanneemt moet aansluiten bij iemands leven, vanuit de herstelbenadering, bij de waarde, daar waar iemand op zijn levendigst was. Je moet niet veroordelen, niet in de stress raken en liefdevol zijn, zodat iemand die zo alleen is en zich zo opsluit, wat warmte ervaart. Bij iemand zijn, letterlijk, door bijvoorbeeld met iemand met vrijheidsbeperking mee te lopen. Bij iemand zijn kan ook met materiaal, dat laten aansluiten. Extreme emoties moet je niet groter maken dan dat ze zijn en niet dichterbij halen door het expliciet uit te beelden. Daarnaast is een houding van de vaktherapeut waar meeste patiënten behoefde aan hebben het sturend zijn en daarbinnen vrij.

Uit het interview met Sanders blijkt de houding die helpend is waarbij de vaktherapeut blijft bij de patiënten, dat na het geven van de werkvorm tussendoor gevraagd wordt of het lukt en waar de patiënt tegen aanloopt of er even naast gaan zitten als iemand geëmotioneerd wordt en vragen wat er eigenlijk gebeurde. Patiënten hoeven zo niet alles alleen te doen. Bij persoonlijkheidsproblematiek is dit echter anders, daar moet soms meer alleen gedaan worden. Als het aandacht besteden averechts werkt, is meer afstand nemen nodig, voordat weer ondersteund wordt. Verder moet er geen veroordelende houding aangenomen worden, ook niet na een zelfmoordpoging. Als vaktherapeut kan je wel benoemen wat dat met je doet, maar niet zo veel of uitgebreid dat je de patiënt er mee zou opzadelen.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt dat er soms beelden of teksten bij het werkstuk van de patiënt getekend kunnen worden, zodat de patiënten zich daarop kunnen focussen. De vaktherapeut kan de patiënt zelf de werkvorm laten kiezen. Daarnaast kan er gezorgd worden dat de patiënt er gewoon mag zijn, ook als ze alleen een bakje koffie willen drinken. Patiënten die uitdrukken dat ze dood willen, moeten serieus genomen worden. In de therapie moet dan ook ruimte gegeven worden verbaal en in vormgeven voor de suïcidale gedachten. Het kaderen, confronteren (bijvoorbeeld op negatieve manier van aandacht vragen) en sturen op positieve dingen zijn onderdelen van de houding die aangenomen kan worden als vaktherapeut.

In de observaties bleek dat de vaktherapeut beeldend het gesprek leidt, legt soms uit hoe het werkt met emoties en verlies en daagt uit. Daarnaast vraagt de vaktherapeut door, zodat patiënten aan het werk kunnen en beter emoties kunnen gaan voelen. Ze stelt daarnaast ook vragen, om samen met de patiënt te onderzoeken waarom iets niet lukt, heeft oog voor verschillen en benoemt deze ook. Verder werd er ondersteuning geboden, aangemoedigd om dingen te gaan doen, ook al roept de angst op, bevestigt en complimenteert. Ook het uitnodigen om wat te zeggen in de groep gebeurde. Geeft tijd aan en zoekt samen met de patiënt naar betekenis.

#### Geloof en zingeving

Uit het interview met Nijsse blijkt dat er niet speciaal aandacht besteed wordt aan geloof bij mensen die suïcidaal zijn. Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt dat suïcidaliteit grotendeels te maken heeft met zingevingsvragen.

#### De ruimte

Uit het interview met Sanders blijkt dat de patiënten bij haar mogen kiezen wat voor hen een goede plek is, bijvoorbeeld eerst in een hoekje, kijkend naar de anderen. Een ander wil misschien wel in het midden, zodat die meer aandacht krijgt. Dit kan ook in de werkvorm aan bod komen. Bij gesloten afdeling vindt ze het verstandiger dat alles achter slot en grendel ligt (de scharen en mesjes), en als we een mesje nodig hebben dat die dan even gepakt kan worden. Vervolgens kan dan ook met de mensen eromheen afspraken gemaakt, als zij veel moeite hebben met deze gereedschappen. Als iemand zichzelf niet meer in de hand heeft met deze gereedschappen, dan kan er gezorgd worden dat deze uit het zicht blijven. Mensen die vanuit depressie suïcidaal zijn, worden daartegen beschermd door een opname, maar voor mensen met problemen in de persoonlijkheidsproblematiek die chronisch suïcidaal zijn, hoeft niet alles voor weggenomen te worden. Bij hen blijft de regie bij de patiënt liggen, die moet dan maar ergens anders gaan zitten als een groepsgenoot gereedschap pakt wat hij/zij niet fijn vindt. Het help niet om ze te beschermen.

Uit het interview met Nijsse blijk dat je alert moet zijn op zaaggereedschap. Beitels kunnen overigens ook goed opgeborgen worden, dat is wel zo veilig en daar doet eigenlijk niemand moeilijk over. Maar eigenlijk hebben mensen zich met die materialen uit de therapieruimte nog nooit gesuïcideerd. Hierbij kan er ook vertrouwen zijn in de sociale controle van een groep.

#### Beeldend vormgeven

Uit het interview met Nijsse blijk dat de patiënten materialen kunnen kiezen die ze fijn vinden. Bijvoorbeeld hout, om onrust eruit te zagen en boosheid af te reageren of iets maken voor iemand. De vaktherapeut kan samen met de patiënt zoeken naar iets wat nog aan het leven linkt of naar de voorkeuren die iemand heeft, ook al zijn de mensen vlak. Binnen de weinige kleuren die de patiënt gebruikt kan de vaktherapeut een andere kleur te noemen of uitdagen om andere materialen of technieken te gebruiken. Echter zou de vaktherapeut niet zomaar moeten uitdagen om het vel helemaal zwart te maken.

Uit het interview met Bouwman blijkt dat er gestart kan worden vanuit de basis van in beweging proberen te komen. Dit kan zijn een beweeg- of een doorschuifwerkvorm. Er kan worden aangemoedigd om bij de suïcidale gedachten te zorgen dat het voelt als iets wat buiten de patiënt staat, wat ze kunnen afsplitsen, zoals dat ook goed werkt bij een specifieke stoornis. Dit kan door de gedachten in beeld te brengen, het een gezicht te geven, mogelijk als een monster. Daarna kan de patiënt proberen het in de ogen te kijken en hem aanspreken, zelf of door anderen, met eigen woorden of vanuit de Bijbel. Het helpt om het niet meer als een deel van jezelf te ervaren en het versterkt de regie.

Uit het interview met Bouwman blijkt dat de vaktherapeut beeldend ook kan aansturen op beleving door een krasoefening met verschillende manieren krassen (zacht, hard, bij emoties of neutraal), en zo de patiënt laten voelen dat er verschil is en dat je dat zelf kan. De patiënten kunnen bemoedigd worden om dit vast te leggen, de leerervaringen opschrijven. De momenten van info bij elkaar kunnen zorgen dat de patiënt kan zeggen of hij regie kan voeren over zijn gedachten. Er moet iets naast de suïcidale gedachten gezet worden, ze niet weg willen halen bij iemand, anders willen ze het misschien vast blijven houden. Een werkvorm die aangeboden kan worden is letterlijk een tunnel tekenen, het leuke is dat het dan niet alleen maar zwart is, maar ook een stukje licht of er gebeurt iets onderweg.

Uit het interview met Sanders blijkt dat er werkvormen in het platte vlak gegeven worden waarbij de patiënten zowel iets voor zichzelf doen als iets gezamenlijk. Zodat de mensen met ernstige angst- en stemmingsstoornissen die afgesneden zijn van wat er om hen heen gebeurt, zich kunnen verplaatsen ten opzichte van de ander. Dus bijvoorbeeld een landschap maken op papier en daarna in tweetallen op een ander papier de verbinding ertussen maken. Of het tekenen van een boom met het thema hoe je je voelt. Om daarna te kijken hoe de bomen zich verhouden tot elkaar. Boompjes die behoefte hebben aan ondersteuning kunnen dan ook ondersteuning vinden bij elkaar. Soms wordt er gewerkt met emotieregulatie, maar daar moet de groep wel geschikt en stabiel genoeg voor zijn. Daarnaast mogen mensen uitgenodigd worden om te verbeelden hoe somber ze zich voelen, omdat het iets is wat aandacht behoeft, anders blijven ze er zo om heen draaien. Maar laat ze geen dingen doen die ze niet willen. Een werkvorm waarbij je andersom werkt kan ook interessant zijn: ga maar op zwart papier werken. Dan moet je wel met kleur werken, anders zie je niets.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt dat er aangemoedigd kan worden om gedachten concreet te maken. Of het nou concreet is dat je een positievere zingeving vraag of dat je die doodswens misschien wel op een bepaalde manier concreter kan maken. Zodat patiënten gaan begrijpen hoe het in hun hoofd gaat.

#### Terugkijken

Uit het interview met Sanders blijkt de vaktherapie beeldende eigenschap dat er iets zichtbaar is geworden door het uitbeelden. Hierdoor kan er de patiënt gevraagd worden deze voor zich te houden, ergens neer hangen waarbij je het beter kan zien, waar je afstand van kan nemen of je kunt het omdraaien. Dan krijg je er een soort beweging in. Somberheid is iets in de patiënt, waar ze soms bijna mee samen lijken te vallen, maar dat dat nog niet zegt dat er nog veel meer dingen zijn. Want soms zie je hele sombere mensen toch opeens lachen. Sommigen kunnen er wel naar kijken, sommige niet, weer anderen kunnen het ophangen, anderen draaien het liever om, willen het opruimen in hun map of meenemen om het aan hun man te laten zien. Het kan voor hen namelijk heel betekenisvol zijn dat ze eindelijk iets gemaakt hebben wat laat zien hoe rot ze zich voelen.

Uit het interview met Nijsse blijkt de kracht van dat er iets ontstaat in de vaktherapie beeldend, het gaat niet zomaar weg, zoals bij beweging of muziek. Dus in die zin kan je ook een statement maken om voor het leven te kiezen. Dat ze terug kunnen kijken op wat ze eerder gemaakt hebben en zien dat het nu anders is. Als de keuze voor het leven gemaakt dan zichtbaar is. Het kan dat het zien van een beeld, ook het maken van iets, de mensen ook heel diep bevredigt, dat je iets maakt, iets schept.

Uit het interview met Sanders blijkt dat in de nabespreking niet altijd heel uitgebreid ingegaan hoeft te worden op wat iedereen gemaakt heeft, maar dat in ieder geval even gekeken wordt naar elkaar, dat haalt de patiënten ook weer uit hun eigen stukje. Hierbij kan er gereageerd worden op elkaar of een titel verzonnen worden voor het werkstuk van een ander. Omdat het soms goed is om te ervaren dat ieder zijn eigen ervaring heeft en iemand anders er ander naar kan kijken.

Uit het interview met Bouwman blijkt dat het soms goed kan zijn om afspraken te maken dat de werkstukken in een mapje komen, een bewaarplek. Er kan aangemoedigd worden: ‘bewaar het in ieder geval zolang je hier mee bezig bent, dan kan je het altijd nog weggooien’. Het kan immers ook heerlijk zijn als je iets niet meer wil, bijvoorbeeld om dat het hebt doorgewerkt, er een vreugdevuur mee aan te steken. Of als je het wel bewaart om erop terug te kijken, dat ze zo diep zat en het nu toch wel iets veranderd is. Het kan als belangrijk gezien worden dat mensen op het microniveau weer iets gaan ervaren, maar dat ook naar zich te halen, dat ze dat dus niet meteen weg maken. Omdat je vanuit de dingen die niet zo veel lijken voor te stellen, je wel in beweging kan komen. Patiënten kunnen bemoedigd worden dat het juist even in het klein mag gebeuren. Dit zijn wel belangrijke ervaringen die door de suïcidaliteit helemaal niet meer worden geregistreerd of binnen komen. Hier zouden vaktherapeuten mee bezig moeten, “een beetje rammelen aan de suïcidale gedachten”. Daar moet je wel commitment voor hebben van iemand, want dat kost wel veel inspanning en dat roept wel veel negatieve gedachten op (bijvoorbeeld ‘dat stelt niet zo veel voor’). Van tevoren moet je eigenlijk al zeggen ‘we gaan nu enkele ervaringen gerichte dingen doen, eigenlijk van je mag niet al te hoge eisen van jezelf hebben’. Praktische informatie die je wel moet vertellen kan je het beste gewoon even op een papiertje meegeven, omdat als je suïcidaal bent, je weinig informatie via woorden je brein binnen kan laten komen.

#### Overige interventies

Uit het interview met Sanders blijkt dat het checken aan het einde van de therapie, als de therapie veel los maakte, hoe iemand vertrekt en wat iemand nodig heeft en hierbij contact zoeken met de verpleging belangrijk is. Ook voor de therapieën kan afgestemd worden met de verpleging, om te kijken waar er aandacht aan besteed kan worden in de vaktherapie beeldend. Na de therapie heeft het spreken met collega’s het effect om zelf weer even bij te komen, in de zin van zelfzorg.

Uit het interview met Kleinlugtenbelt blijkt dat patiënten veel meer aan elkaar kan hebben, dan met enkel individuele therapie. De groep kan dan ook worden ingezet voor de vaktherapie beeldend. Daarnaast blijkt dat het van belang is om goed contact houden met collega’s.

Uit de observaties van Bouwman bleek dat er geprobeerd werd om contact tussen twee patiënten te stimuleren, door verbinding te zoeken tussen twee patiënten rond om iets gemeenschappelijks. Uit het interview met Bouwman bleek het zelfde belang van het aanmoedigen van interactie, zodat mensen met elkaar mee denken. Hierdoor kunnen patiënten misschien wel met de hele verrassende levendige ideeën komen en hun aandacht verleggen. Alleen al de activiteit van een ander zien kan helpend zijn. Daarnaast is gebleken dat bij de patiënt de realiteit naast de gedachten gezet kan worden, als er sprake is van psychotische gedachten.

### Interviews en observaties patiënten

#### Houding therapeut

Patiënten ervoeren het volgende als helpend in de houding van de vaktherapeut was: erkenning voor ieders gevoelens en daar over kunnen praten en dat je niets fout doet. Ook heel fijn wordt het ervaren als de vaktherapeut rustig blijft en rustig uitlegt. Het doortastend doorvragend zijn, eerlijk, het proberen van het raken van de emotie, het zien wat er onder zit in de werkstukken en dingen begrijpen waren ook dingen die gewaardeerd werden aan de vaktherapeut en ook wat de therapeuten denken dat belangrijk is bij mensen die suïcidaal zijn.

#### Geloof en zingeving

Het thema geloof komt volgens twee patiënten wel ter sprake in de therapie, maar ze deden er niet echt iets mee in de behandeling. Een andere patiënt zegt dat er wel genoeg aandacht voor was. Bijvoorbeeld door stukjes uit een Bijbel te knippen en bij kunstwerken van een ander te plaatsen. Iemand anders bevestigt dat er iets is gedaan in de therapie met een boekje met uitspraken over het geloof. Weer een andere patiënt geeft aan dat in het begin van de depressie hij vaak heel weinig godsbeleving en godservaring had. Maar doordat hij bepaalde processen meer kon overzien, heeft leren kijken zoals God naar jou kijkt, dat heeft hij niet altijd ervaren als even fijn.

In de observaties is een keer waargenomen dat er door een patiënt werd gehandletterd met psalm 121:34, over “al moet je door het water, God is bij je”.

#### Beeldend vormgeven

In het interview met een patiënt kwam naar voren dat hij zicht twee werkvormen nog goed kan herinneren. Als eerst bij het kleien van een poppetje over hoe hij zich voelde en dat hij een voorwerp erbij mocht doen om het te verbeteren. De tweede werkvorm was het tekenen van een landschap vanuit goede herinneringen, met een huisje, dieren, zee en lucht en jezelf. Verder tekende hij dingen na bij beeldend werken, werkte met speksteen en figuurzaagde om zijn woede kwijt te kunnen. Weer anders, was wat een andere patiënt fijn vond, namelijk klei en krijt. Zij is niet zo van het tekenen. Het fijne aan klei vindt ze dat je iets van kan maken, terwijl je niets verkeerd kan doen. Vanuit een interview met weer een ander kwamen het pakken van kaarten die linkten aan haar verlies, wat ze nog kon herinneren als werkvorm. Verder het tekenen van een boom en een landschap. Bij dit laatste kwam ze erachter, toen ze zichzelf ging tekenen, dat ze in haar hoofd meer in de hemel was, dan op de aarde. Het gaf haar dus inzicht in haar suïcidale gedachten en wensen. Een andere patiënt vond het krijgen van werkvormen en aanwijzingen heel fijn, aangezien ze niet zo creatief is, zegt ze. Als laatste was er een patiënt die aangaf dat er in een werkvorm waarbij ze emoties mocht uitkiezen om uit te werken en aangemoedigd werd om door te gaan, boosheid omhoogkwam. Ze ervaarde het als een fijne manier, om het met verf en papier te doen. En toen kwam er vanzelf ook verdriet omhoog, dat heeft ze ook uitgebeeld. Vindt het fijn met verf te werken en klei.

#### Dingen zichtbaar maken

In het interview met een patiënt bleek dat als ze suïcidale gedachten heeft uitgebeeld, dat ze dat wel lastig vindt. Omdat ze sommige van die gedachten ook eng vindt en het niet in de groep wil laten zien en horen. Ze kan het bijna niet vermijden dat het op papier komt. Het kan confronterend zijn, maar deze patiënt ervaart wel dat ze er iets mee duidelijk kan maken, hoe ze zich voelt en wat ze denkt.

Een andere patiënt noemt dat naar haar idee helpt bij beeldend dat je kan praten doordat je dingen kan laten zien. Je kan je gevoel kwijt en je ziet gelijk wie je een soort van bent in wat je maakt. Je denkt misschien heel groot, terwijl het heel klein kan zijn. En hier herkent ze van die hele kleine dingen, die je dan ziet.

#### Terugkijken

Een patiënt benoemt in het interview dat zijn zelfreflectie is toegenomen denkt hij. Een andere patiënt vindt het fijn te mogen benoemen want zij voelt, de omgeving was dat zat. Bij het benoemen probeert ze rekening te houden met dat ze niet alles benoemt vanwege haar groepsgenoten. Maar ze ervaart het als fijn dat het op papier neergezet mag worden.

### Literatuur

#### Onderwerp aandacht geven

Je moet het onderwerp suïcidaliteit niet uit de weg gaan. Het onderwerp aankaarten geeft opluchting aan beide kanten, ook bij alleen een vermoeden ervan. Het vermijden van het onderwerp zorgt alleen maar voor een groter isolement van de patiënt (Van Hemert e.a., 2012; Mokkenstorm, 2013; Van Hoek, 2017). Bij maximale openheid van beide kanten kan namelijk het effect van therapie het grootste zijn (De Klerk, Van Emmerik & Van Giezen, 2010).

#### Houding therapeut

Verder is het van belang dat de therapeut geduldig is, een traagheid kan hebben en stiltes kan houden in de therapie. Je moet vertrouwen krijgen van en contact met de patiënt (Van Hemert e.a., 2012). Daarnaast de patiënt horen en zien, respect tonen, nabijheid geven, bevestigen, uitnodigen en prikkelen. Vraag ook naar internetgedrag, probeer daar zicht op te hebben (Van Hoek, 2017). In de multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert e.a., 2012) staan drie pijlers beschreven: contact met de patiënt, zorgen voor veiligheid en continuïteit en het betrekken van naasten. Mokkenstorm (Mokkenstorm, 2013) moedigt aan om je houding bemoeierig, zorgend, assertief, directief een beetje onbeleefd en professioneel te laten zijn. Wijst ook op het contact leggen met directe collega’s, verwijzers of andere hulpverleners, consulent of samenwerkingspartners en de naasten van patiënt. Dit laatste staat ook in het boek omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag (De Klerk e.a., 2010). Den Haan en Bannink (2017) benoemen het serieus nemen van de patiënt, hulp organiseren, begrip tonen, kijken naar de dingen die de patiënt wel bereikt heeft, mens zijn, eerlijk uitspreken wat je denkt en voelt, duidelijke kaders stellen, waarbinnen de patiënt kan kiezen, perspectief bieden, zonder oordeel en geduldig als belangrijke zaken die de therapeut voor ogen moet houden.

Blijf jezelf, doe geen belofte die je niet na kan komen en maak excuses voor gemaakte fouten (Den Haan & Bannink, 2017). Zelf moet je zorgen dat jij op je best bent, als hulpverlener; jezelf zijn, fysiek ontspannen, helder hoofd, balans tussen spontaan zeggen wat er in je op komt en je agogische overweging. Daarnaast een verdeling in toespitsen van aandacht en verruimen van blikveld. Er zijn dan ook twee wegen die je als therapeut moet bewandelen. Die van bevestigen (naar suïcide toe bewegen) en van alternatieven oproepen (van het suïcidale af bewegen), zonder dat je toestemming geeft voor suïcide plegen (Van Hoek, 2017).

Bij een acute suïcidaliteit (na een ingrijpende gebeurtenis) zijn behandelaars in eerste instantie gericht op voorkomen van onmiddellijk gevaar. Dit doen ze door regie tijdelijk over te nemen en de houding is gericht op actie. Bij chronische suïcidaliteit (wat in gedragspatroon ligt, bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis) is de houding gericht op geduld, tonen begrip en empathie, continuïteit en zekerheid in de behandeling. Het terugleggen van verantwoordelijkheid bij patiënt is bij deze groep van belang (Den Haan & Bannink, 2017).

Wees ook duidelijk in overgangen in het gesprek of therapie. De ernst van de suïcidaliteit bepaal je namelijk niet door de details van de levensloop en achtergronden van problemen). Je kan proberen een beeld te krijgen van

1. De aanwezigheid van gedachten, de frequentie en concreetheid ervan.
2. De voorderingen van de voorbereidingen.
3. Mate van sociaal isolement.
4. Mate van passiviteit.
5. Beschikbare middelen.
6. Mate van verzoening met levenseinde (met eerdere pogingen erbij).

Een andere manier is door een gestructureerde analyse en rapportage (door CASE-interview). Hierbij wordt gekeken naar de ruimere voorgeschiedenis, eerdere episoden van suïcidaal gedrag, gebeurtenissen in de recentere voorgeschiedenis, actuele suïcide gedachten die aanleiding zijn voor het onderzoek en verwachting en plannen voor de toekomst. Risicotaxatie is van belang in de behandeling. Om dit te bereiken is het kunnen maken van goed contact nodig (Den Haan & Bannink, 2017). Bij een multidisciplinair team werkt de vaktherapeut aan de risicotaxatie mee, maar geeft de hoofdbehandelaar hier de leiding in.

Als therapeut kun je een plan maken over wat je kan doen als de spanning te hoog oploopt en wat te doen met triggers. Wees super concreet, vaag zijn is doodzonde. Maar ook over helpende dingen. Als therapeut moet je primair zorgend en leidend zijn. Vooral als therapeut belang om uitstel te krijgen en het temperen van suïcidale voornemens. Maar geef niet de indruk dat je de patiënts laatste oplossingsstrategie wil afpakken, maar er moet enig zicht komen op een alternatief. Handelingen om kans op suïcide en suïcidepogingen te verminderen (Van Hoek, 2017):

* Intentieverklaring, zodat je samen kan werken aan een bepaald doel.
* Hulpaanbod, waarbij je ook verteld dat er ervaring is met patiënten met suïcidaliteit.
* Eigen inzet, zelf ook wat doen voor de patiënt.
* Expressie van patiënt vergroten, aanmoedigen tot praten.
* Afreageren, zorgen dat energie vrij kan, dus niet alleen maar praten.
* Houvast, benadrukken dat je er bent en anders naar verpleegkundige toe kan.
* Hier-en-nu georiënteerd. Wat is er nodig op dat moment?
* Overzicht creëren door schema’s/overzichten.
* Appèl. Vragen om de therapieën af te zeggen, als het niet lukt, ook al is het misschien zwaar te bellen of langs te komen.
* Reddingsboeien, richten op de positieve dingen en ervaringen.
* Controle. Samenvatten wat gedaan/besproken is.
* Positieve context. Complimenteren en kijken naar het positieve.
* Psycho-educatie. Benoemen van cognitief-psychologische elementen van suïcidaliteit, bijvoorbeeld uitleggen dat het gebruik van alcohol en andere middelen emoties kan versterken en remmingen kan wegnemen, wat de drempel naar suïcide verlaagt.

#### Werkvormen:

* Hoopkoffertje met daarin dingen waar de patiënt trots op is en goede herinneringen (foto’s, brieven, kaarten, knuffels, medailles, diploma’s) (Den Haan & Bannink, 2017).
* Toekomst verbeelding (Sools, et al (2013) beschrijft dat dit zorgt voor toegenomen optimisme, toename geluk en creatief denken, welbevinden en verbeterde zingeving, gemotiveerder in doel te behalen).
* Ontspanningsoefeningen en afleiding en kwaliteiten zoeken (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Positief dagboek bij houden, dit kan op een creatieve manier (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Automatische (negatieve) gedachten in doos doen die aan zelfmoord denken (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Gedachten waar je vanaf wilt, opschrijven en verscheuren/verfrommelen (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Een tegen bericht formuleren voor de negatieve gedachten (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Drie toekomst scenario tekenen: negatief, positief en realistisch (Kerkhof & Van Spijker, 2012).
* Dingen die je belangrijk vindt in beeld brengen en onderzoeken wat helpt om dat te doen (Kerkhof & Van Spijker, 2012).

Voor het bewandelen van de twee eerdergenoemde paden van bevestigen en alternatieven oproepen, kunnen de volgende dingen onderzocht worden:

* Wat is het verschil tussen heel depressief en minder depressief?
* Welke oorzaken/aanleidingen zijn er precies (kleinere porties maken)?
* Schuldig of niet, welk aandeel?
* Welk doel zou de suïcide hebben?
* Kan je dat ook op een andere manier bekijken?
* Welke nadelige bij effecten?
* Wat heeft hem/haar tot nu toe tegengehouden?

Deze gespreksstof kan in beeld worden gebracht door het uitbeelden van een balans, een grafiek (met de sociale contacten, activiteiten, middelen, omgeving, lichamelijke toestand enz.) of een fuik. Om zo gedachten te overzien en onder woorden te brengen, kan de afstand verhelderend helpen (Van Hoek, 2017).

Het omslagpunt van wel dood willen naar niet dood willen kan worden bekrachtigd door symbolische handelingen. Dit zijn handelingen die de actuele werkelijkheid krachtig samenvatten. Hier onder een aantal voorbeelden. Er wordt aangemoedigd om zelf creativiteit in te zetten voor andere symbolen (Van Hoek, 2017).

* Bewaren van middelen. Bijvoorbeeld het touw voor ophanging vragen om dat te geven aan je en het in een lade leggen. Als de patiënt het terug wil hebben, krijgt hij het, het is zijn touw. Maar eerst krijgen alternatieven een kans.
* Rituelen. Denk hierbij aan het verbranden van dingen of afsluiten met een sleutel.
* Houvast door dingen. Bijvoorbeeld door bij zich dragen van een klein kledingstuk van zijn overleden zoontje. Dan kan hij het af en toe pakken.

#### Overige interventies

Bij het oplossing van het piekeren over zelfdoding is het nodig zo snel mogelijk gedachten over zelfdoding op te merken, ze te doorbreken, uit te stellen of te vervangen door iets anders (Kerkhof & Van Spijker, 2012). Hierbij kan je als therapeut ondersteunen.

Den Haan en Bannink (2017 noemen als interventie nog het geven van complimenten omdat de patiënt nog zijn hoofd boven water heeft kunnen houden. Het inzetten van een non-suïcidecontract werkte volgens hen averechts vanwege het dan niet durven aansnijden van het onderwerp. Het zou zelfs de kans op zelfbeschadiging vergroten. Hierdoor is dit af te raden als interventie.

Vanuit het boek ‘Mindfulness en de transformatie van wanhoop werken met suïcidale patiënten’ (M. Williams e.a., 2016) kwamen er interventies naar voren om meer mindfulness vaardigheden te verkrijgen. Als therapeut kan je hiervoor sturen op:

1. Gerichte aandacht.
2. Open acceptatie van elke externe of interne stimulus die zich van moment tot moment voortdoet of die prettig is of niet.
3. Open aandacht voor de sensaties die in het lichaam voordoen als basis te nemen en mensen telkens weer in het huidige moment te ankeren hierdoor komt metabewustzijn en kunnen patiënten er uitstappen als ze willen.

### Conclusie

Twee vaktherapeuten gaven aan en uit de literatuur bleek dat er aandacht gegeven moet worden aan wat aandacht vraagt, dus in dit geval de suïcidaliteit, zowel verbaal als in vormgeven. Het onderwerp moet niet uit de weg worden gegaan.

Eén vaktherapeut noemde en vanuit de literatuur en observaties bleek dat de houding van de vaktherapeut beeldend geduldig dient zijn, waarbij hij vertrouwen en contact laat groeien, de patiënt hoort en ziet, respect toont en veiligheid en continuïteit biedt. Eén vaktherapeut noemde hierbij het aansluiten bij de levendigheid van de persoon en met het materiaal. Twee vaktherapeuten gaven het belang van nabijheid bieden aan.

Uit de literatuur komt naar voren dat de vaktherapeut de patiënt dient te bevestigen en alternatieven op te roepen. Eén vaktherapeut noemde en uit de observaties bleek dat om uit te nodigen om andere materialen of technieken te gebruiken, om meer bij emotie te komen of om af te reageren. Uit de literatuur bleek dat een goede vaktherapeut voor deze doelgroep super concreet is, naasten betrekt en kijkt naar de dingen die de patiënt bereikt heeft. Verder bleek dat het als vaktherapeut belangrijk is jezelf te zijn en eerlijk en dat je uitspreekt wat je denkt en voelt, maar zonder oordeel te zijn. Dit laatste werd ook door twee vaktherapeuten genoemd.

Twee vaktherapeuten lieten merken en uit de literatuur bleek dat het stellen van duidelijke kaders, waarbinnen de patiënt kan kiezen, van belang is. Uit de literatuur bleek ook dat het van belang is dat vaktherapeuten perspectief bieden en alert zijn op de ernst van de suïcidaliteit en het ondersteunen van uitstel van suïcide of suïcidepoging. Eén vaktherapeut noemde dat suïcidale gedachten niet helemaal afgepakt moeten worden, maar er iets naast zetten (hetzelfde geldt bij psychotische gedachten). Zorgen dat de suïcidale gedachten gaan voelen voor de patiënt als iets wat buiten hem is, wat patiënten kunnen afsplitsen, het vanaf een afstand te kunnen bekijken en aanspreken en regie hierdoor krijgen werd ook door één vaktherapeut genoemd.

Eén vaktherapeut noemde en vanuit de literatuur bleek dat bij een acute suïcidaliteit de vaktherapeut de regie tijdelijk kan over te nemen en is de houding gericht op actie. Bij chronische suïcidaliteit is de houding gericht op geduld, tonen van begrip en empathie, continuïteit en zekerheid in de behandeling. Het terugleggen van verantwoordelijkheid en keuzes bij patiënt is bij deze doelgroep van belang.

Vanuit de literatuur bleek dat het gebruik van symbolen en rituelen ingezet kan worden, in het bijzonder bij de overgang van wel dood willen naar niet dood willen. Daarnaast bleek ook dat er ondersteuning gegeven kan worden in gerichte aandacht, acceptatie van wat er gebeurt en wat er te voelen is die zich voordoen of die prettig is of niet.

Eén vaktherapeut noemde dat alle materialen ingezet kunnen worden, maar dat hierbij vooral de materialen gekozen worden die niet te ingewikkeld zijn en waardoor patiënten in beweging kunnen komen. Alle patiënten noemden dat ze het mogen uiten van de emoties en het erkennen ervan als helpend ervaren hadden. Eén vaktherapeut noemde dat de emoties niet te groot gemaakt moeten worden en ook niet te dichtbij gehaald. Vanuit de observaties van patiënten en vaktherapeut bleek en één patiënt noemde dat het fijn was als de vaktherapeut beeldend laat merken dat ze niets fout doen, rustig uitlegt, emotie probeert te raken. Vanuit de literatuur en observatie bleek dat er zo nodig psycho-educatie gegeven kan worden. Daarnaast noemde één vaktherapeut dat er aan de patiënten zo gestuurd dient worden dat ze ervaren dat het juist even in het klein mag gebeuren. Eén vaktherapeut noemde dat er als interventie bij het werkstuk van de patiënt soms een beeld of teksten bij geschreven kan worden en er gestuurd kan worden op positieve dingen.

Twee vaktherapeuten noemden dat gevaarlijke materialen in de therapieruimte in de gaten gehouden moeten worden. Eén vaktherapeut noemde daarvan dat er afspraken gemaakt moeten worden met patiënten die de gevaarlijke materialen willen gebruiken en deze soms weghouden bij patiënten die zichzelf niet meer in de hand hebben.

Twee vaktherapeuten benoemden dat er interventies gedaan kunnen worden op de omgang met het werkstuk zoals het op te hangen, opruimen in hun map, of een andere manier van om gaan met het resultaat. Hier over kunnen ook afspraken worden, net wat de vaktherapeut passend vindt bij de patiënt of groep.

Drie vaktherapeuten noemden dat de groep ook ingezet kan worden. Je kan ze in contact met elkaar brengen, zodat ze zich kunnen verplaatsen in de ander en met elkaar mee kunnen denken. Eén vaktherapeut noemde dat in de nabespreking gezorgd moet worden dat er niet te veel gepraat wordt, maar even kijkt naar elkaar, laat ze reageren op groepsgenoten of een titel verzinnen voor elkaar. Eén vaktherapeut en één patiënt noemden dat de patiënten ook woorden vanuit de Bijbel aan elkaar kunnen geven, zodat er woorden van grotere betekenis kunnen staan naast de negatieve gedachten.

Vanuit de literatuur bleek dat er aan de patiënt gevraagd kan worden om de therapie af te zeggen, als het de patiënt niet lukt te komen. Eén vaktherapeut noemde dat er bij vertrek altijd even gecheckt kan worden, als de therapie veel los maakte, hoe iemand vertrekt en wat iemand nodig heeft. Twee vaktherapeuten noemden het contact zoeken met collega’s, zoals de verpleging, als dat nodig is voor de patiënt en/of voor jezelf.

# 6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Hiermee wordt ook teruggekeken en een overzicht gevormd over het gehele onderzoek.

De hoofdvraag luid als volgt: Op welke manier kan vaktherapie beeldend ingezet worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen?

De manier waarop vaktherapie beeldend ingezet kan worden in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen is als volgt.

## Indicaties

Vaktherapie beeldend is geïndiceerd voor zowel ernstig suïcidale patiënten als herstellende patiënten stellen twee vaktherapeuten, maakt niet uit welke ziektebeelden. Daarbij kan gekeken worden naar individuele vaktherapie beeldend, als in de groep (nog niet) haalbaar is.

### Contra-indicaties

* Patiënten die suïcidaliteit niet begrijpen.
* Patiënten de zichzelf of een ander in gevaar brengen, non-verbaal of verbaal, werd door twee vaktherapeuten genoemd en bleek uit de literatuur.
* Patiënten die zwaar inactief zijn.
* Patiënten die in een acute crisissituatie verkeren.
* Patiënten die extreem instabiel zijn.

Patiënten met hevige acute problematiek waar niet in staat zijn om mee te doen aan de therapie.

* Patiënten die volstrekt geen affiniteit met het medium hebben.

## De uiting van de suïcidaliteit in de vaktherapie beeldend

In het beeldend werk van opgenomen patiënten met suïcidaliteit kan je weinig repertoire herkennen, zij werken heel gespannen en het thema van de dood en geen uitweg weten komt aan bod. Bepaalde gereedschappen zijn triggers bij deze doelgroep (mesjes, enz.). Emoties wordt niet makkelijk geuit, door aansturen lukt het wel ze in beeld te brengen. Verder speelt bij hen vaak een laag zelfbeeld, weinig controle en dat ze niet alles kunnen overzien. Met betrekking tot de interactie valt te concluderen dat de doelgroep niet verbonden is met anderen. De omgang met het werkstuk lijkt vaak onthecht, maar soms achten patiënten het van waarde doordat het werkstuk kan helpen om anderen te laten zien hoe ze zich voelen.

Opvallend is dat er soms niets gemerkt wordt aan patiënten die suïcide willen plegen dit komt omdat een beslissing hebben genomen over het beëindigen van hun eigen leven en deze keuze vaak gepaard gaat met gevoelens van opluchting.

## Doelen

Om aan de bovenstaande uitingen van de suïcidaliteit in de vaktherapie te werken kunnen er doelen opgesteld worden samen met de patiënt. Het ligt aan de doelen of er groepstherapie gegeven kan worden of dat individuele therapie beter past. Deze doelen moeten klein geformuleerd worden zoals afleiding zoeken en ontdekken waar de patiënt goed in is, waarbij hij zich in het hier-en-nu oriënteerd. Andere doelen zijn: regie krijgen (over emoties en over de situaties), het vinden van zingeving, rouwverwerking, traumaverwerking en de ernst van de suïcidaliteit in beeld brengen. Verder kan het versterken van bepaalde eigenschappen, die beschermend zijn voor suïcidaliteit als doel genomen worden.

## Interventies

Om deze doelen te bereiken zullen er interventies ingezet moeten worden. De vaktherapeut moet het onderwerp suïcidaliteit de ruimte geven. De houding van hem is gericht op het winnen van vertrouwen en contact van de patiënt en geeft daarnaast veiligheid en continuïteit. Bij acute suïcidaliteit kan de regie tijdelijk overgenomen worden. Bij chronische suïcidaliteit leg je de verantwoordelijkheid en keuzes bij patiënt, ben je geduldig, toon je empathie en zekerheid in de behandeling. De vaktherapeut houdt daarnaast rekening met materialen in de therapieruimte die een trigger kunnen zijn voor patiënten met suïcidaliteit, door deze wel of niet aan te bieden of in de ruimte te leggen.

De vaktherapeut sluit aan (bij persoon en met materiaal) en geeft nabijheid. Hij bevestigt en roept alternatieven op. Ondersteunt bij het dichterbij de emotie komen en dit te kunnen gaan verdragen of om af te reageren, betrekt naasten en complimenteert. Het is als vaktherapeut belangrijk jezelf te zijn en eerlijk en dat je uitspreekt wat je denkt en voelt, maar zonder oordeel te zijn. Hij ondersteunt uitstel en preventie van een suïcidepoging, zorgt dat de suïcidale gedachten niet voelen als iets waar de patiënt mee samenvalt, maar dat hij het vanaf een afstand kan bekijken en aanspreken. De vaktherapeut ondersteunt de patiënt in gerichte aandacht, zet het gebruik van symbolen en rituelen in, geeft zo nodig psycho-educatie en laat merken aan de patiënten dat het juist even in het klein mag gebeuren.

De vaktherapeut kan interveniëren opdat de patiënt afstand kan nemen van het werkstuk en in de omgang met het werkstuk. Interventies in de groep om contact te stimuleren en zich in elkaar te verplaatsen kunnen ook ingezet worden. In de onderzoekskwestie werd genoemd dat het om een individuele behandeling zou gaan. Maar uit het onderzoek blijkt ook juist de kracht van het inzetten van de groep in de therapie.

De vaktherapeut kan de patiënten ook woorden vanuit de Bijbel laten geven aan elkaar, zodat er woorden van grotere betekenis kunnen staan naast de negatieve gedachten. Bij afloop checkt de vaktherapeut altijd even hoe het met iemand gaat en zoekt zo nodig contact met collega’s.

Door dit alles kan de suïcidaliteit verminderen door de negatieve cyclus te doorbreken. Waarbij aan het doel van de opname, inzicht krijgen in het suïcidale proces en de triggers voor suïcidale-ideatie en gedrag op te sporen en bijbehorende gedragspatronen gericht te veranderen, ook voor vaktherapie beeldend mee gewerkt kan worden. Omdat de verschillende probleemgebieden en de samenhang daarmee in beeld gebracht kan worden.

# 7. Aanbevelingen

Te beginnen met de aanbevelingen als advies of verbetering van de beroepsgroep en/of benadering van vaktherapie beeldend beveel ik aan om vaktherapie beeldend in te zetten in de behandeling van opgenomen volwassen patiënten met suïcidaliteit om suïcidaliteit te verminderen.

Het beschreven doel vanuit de onderzoeksinstelling ‘inzicht krijgen in het suïcidale proces en de triggers voor suïcidale ideeën en gedrag op te sporen en bijbehorende gedragspatronen gericht te veranderen’ is namelijk hetzelfde doel dat naar voren komt als een van de doelen vanuit dit onderzoek. Ik acht het dan ook van belang dat de vaktherapeuten beeldend nauw moeten samenwerken met de rest van het team voor deze doelgroep. Waarbij de beeldende therapie het in beeld kunnen brengen van onbewuste processen en emoties als groot voordeel kent. Start bij deze doelgroep bij afleiding zoeken en ontdekken waar de patiënt goed in is, waarbij hij zich in het hier-en-nu georiënteerd, belangrijke doelen zijn. Werk zo ver mogelijk is binnen de opname tijd aan regie (over emoties en over de situaties) en het versterken van bepaalde eigenschappen, die beschermend zijn voor suïcidaliteit.

Ik raad aan om te overwegen om ook groepstherapieën aan te bieden voor deze doelgroep, vanwege het feit dat dit door de respondenten aangegeven wordt als ondersteunend in het behalen van de doelen. Individuele therapie is voor het werken met sommige patiënten met suïcidaliteit aan bepaalde doelen die niet in de groepstherapie behaald zouden kunnen worden, aan te raden.

Specifiek voor de vaktherapeuten beeldend beveel ik aan het onderwerp suïcidaliteit de ruimte te geven binnen de therapie, een houding aan te nemen richting deze doelgroep die gericht is op het geven van vertrouwen, veiligheid, continuïteit en het krijgen van contact met de patiënt. Bevestig de patiënt en roep alternatieven op rond om het suïcidale gedrag. Betrek als vaktherapeut beeldend waar mogelijk naasten, complimenteer, maak gebruik van symbolen en rituelen, geef zo nodig psycho-educatie en pleeg interventies op het nemen van en omgang met het werkstuk en om contact met groepsgenoten te stimuleren. Neem als vaktherapeut bij acute suïcidaliteit waar nodig de regie tijdelijk over, bij chronische suïcidaliteit niet en houd rekening met materialen die een trigger kunnen zijn. Het is als vaktherapeut belangrijk jezelf te zijn en eerlijk en dat je uitspreekt wat je denkt en voelt, maar zonder oordeel te zijn.

Daarnaast wil ik aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek. Namelijk voor een onderzoek naar een systemische werkwijze binnen een opnamesetting met de doelgroep door middel van vaktherapie beeldend. Onderzoek naar welke interventies helpend zijn bij het vergroten de expressie en zelfregie van de patiënt met suïcidaliteit. Daarnaast onderzoek naar de inzet van vaktherapie beeldend bij patiënten met ASS en suïcidaliteit, hier noemde een van de vaktherapeuten kort iets over. Onderzoek naar de specifieke kenmerken van stemmingsstoornissen, schizofrenie, borderline, afhankelijkheid van middelen hoe het zich uit in de vaktherapie beeldend en of dit nog een andere behandelwijze vraagt.

# Bibliografie

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Van der Velden, T. & Boullart, A. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd van https://www.stuvia.com/doc/189810/basisboek-kwalitatief-onderzoek-baarda-2013

Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford University Press. Geraadpleegd van https://books.google.com.ua/books/about/Social\_Research\_Methods.html?id=O7a2QAAACAAJ&redir\_esc=y

CBS StatLine - Doodsoorzaken; korte lijst (belangrijke doodsoorzaken), leeftijd, geslacht. (2019). Geraadpleegd 13 maart 2019, van http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7052\_95&D1=a&D2=a&D3=0&D4=31,38-l&HD=110413-1513&HDR=G2,G1,G3&STB=T

De Graaff, T. (2017). Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap , voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende vierlieservaring.

De Klerk, S., Van Emmerik, A. & Van Giezen, A. (2010). *Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, *27*(1), 4–15. https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4

Den Haan, R. & Bannink, F. (2017). *Suïcide preventie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Goldney, R. D. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.

IGJ. (2018). Suïcides en suïcidepogingen binnen de ggz. Geraadpleegd van https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie

Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). *suïcide prefentie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kerkhof, A. & Van Spijker, B. (2012). *Piekeren over zelfdoding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Kleiman, E. M. & Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, *210*, 934–939.

Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP. Geraadpleegd van http://www.onderzoekzorgenwelzijn.nl/

Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. SWP. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books/about/Praktijkgericht\_onderzoek\_in\_zorg\_en\_wel.html?hl=nl&id=5uXlAAAACAAJ

Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Milia, D. (2000). *Self-mutilation and Art Therapy: Violent Creation*. (Jessica Kingsley Publishers, Red.). London and Philadelphia. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=DevbcegThDUC&oi=fnd&pg=PA9&dq=art+therapy+self+mutilation&ots=2hhZoInPyh&sig=Sh6uiUeh7h\_QrGVMdqi9dXSWoZ8#v=onepage&q=art therapy self mutilation&f=false

Mokkenstorm, J. (2013). *Hoop doet leven*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Pitstop Suicide. (2019). Geraadpleegd 13 maart 2019, van http://pitstopsuicide.nl/?page\_id=135

Renzi-Callaghan, P. (2018). Healing After The Loss Of A Loved One. *Qualitative Research in Psychology*, *15*(Apr-Jun), 367–374. Geraadpleegd van https://ecobear.co/suicide-cleanup/grief-and-suicide-healing-after-the-loss-of-a-loved-one/

Simon, R. M. (1997). *Symbolic Images in Art As Therapy*. London: Routledge.

Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd van https://www.nvvmt.nl/nieuws/boeken/89-handboek-muziektherapie-

Smeijsters, H. (2010). Indicatiestelling voor creatieve therapie. *Psychopraxis*, *3*(1), 1–4.

Sools, A. M., Mooren, J. H. & Tromp, T. (2013). Positieve gezondheid versterken via narratieve toekomstverbeelding. In *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek en toepassingen.* (pp. 91–130). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Van den Brink, B. (2019). Persoonlijke communicatie, 17–18.

Van der Lugt, L. (2010). Sterven in Beeld.

Van Hemert, A., Kerkhof, A., De Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J. W., … van de Glind, G. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 1–454.

Van Hoek, P. (2017). *Eigenlijk zegt u dat u dood wilt?!* (2e druk). Utrecht: Uitgeverij de Graaff.

Van Holten-basch, H. (2015). Wanneer suïcidaliteit niet te genezen is. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *2*.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Uitgeverij Boom. Geraadpleegd van https://www.watisonderzoek5edruk.nl/

Willemars, G. (2018). Reader praktijkgericht onderzoek, 1–42.

Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T. & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour:* (pp. 71–90). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198529767.003.0005

Williams, M., Fennell, M., Barnhofer, T., Crane, R. & Silverton, S. (2016). *Mindfullness en de transformatie van wanhoop werken met suïcidale patiënten*. Amsterdam: Nieuwezijds B.V. Uitgeverij.

# Bijlagen

## HBO gedragscode verantwoording

Voor dit onderzoek in het HBO onderwijs, heb ik mij moeten houden aan een aantal regels (van Keken, 2010). Dit is de gedragscode voor praktijkgericht in praktijkgericht onderzoek en kan houvast geven voor het doen van ethisch verantwoord onderzoek. De gedragscode bestaat uit vijf regels (Migchelbrink, 2013):

*1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.*  Suïcidaliteit is een groot probleem, zoals vermeld in de onderzoekskwestie. Het is hierdoor een maatschappelijk belang, om te onderzoeken op welke vaktherapie beeldend ingezet kan worden in het laten verminderen van suïcidaliteit. Hiermee lever ik een bijdrage aan de kennis- en theorieontwikkeling. Door het schrijven van een artikel voor het tijdschrift voor vaktherapie wordt de kennis ook weer gedeeld met anderen in de praktijk.

*2. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol.* Ik heb rekening gehouden met rechten, privacy, belangen, methoden, theorieën, zienswijzen en opvattingen van betrokkenen. Dit heb ik gedaan door te vragen om schriftelijke toestemming van patiënten voor de observaties en het opnemen van de interviews. Deze interviews en observaties heb ik dan ook anoniem verwerkt. Ook heb ik het onderzoek nog voorgelegd aan de vaktherapeuten, zodat zij nog wensen van verandering aan konden geven.

*3. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig.* Ik heb gebruik gemaakt van reeds beschikbare kennis uit de praktijk en wetenschap door een praktijkgericht onderzoek uit te voeren met observaties, interviews en onderbouwing uit de literatuur. Voor het onderzoek heb ik meerdere wetenschapsopvattingen, beschikbare onderzoeksmethoden in overweging genomen. Daarnaast heb ik mij verdiept in WMO wet, onderzoeks- en beroepsethiek en de regels die er binnen het vakgebied gelden. Vervolgens heb ik dit in het onderzoek zelf ook kunnen toepassen. Waarbij ik data zorgvuldig heb bewaard en dat ook duidelijk gecommuniceerd heb. De data zelf heb ik juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar gerapporteerd door de uitgetypte interviews van patiënten anoniem te verwerken en deze in de bijlage te voegen. Hierdoor is het ook voor anderen mogelijk het onderzoek na te gaan.

*4. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer.*  Kritisch ben ik geweest ten aanzien van wat er in de praktijk gehanteerde opvattingen zijn en onafhankelijk geweest in mijn methodische keuze. Hiervoor heb ik geprobeerd van zoveel mogelijk respondenten en literatuur data te verkrijgen en hier conclusies uit te trekken. Ik heb eerlijk over de bronnen die ik gebruikt heb door te verwijzingen naar gebruikte literatuur. Ook ben ik aanspreekbaar geweest op mijn gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, heb hiervoor ook regelmatig om feedback over het onderzoek gevraagd aan mijn opdrachtgever. Maar ben, zover mogelijk, autonoom geweest in mijn analyses en onpartijdig in mijn rapportages, om zo betrouwbaar mogelijke resultaten te verkrijgen.

*5. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.* Zoals in de verantwoording van de onderzoeksmethoden te lezen is, heb ik het gekozen onderwerp en gehanteerde methoden en beperkingen ervan verantwoord. Evenals de zorgvuldigheid van de uitvoering. De onderbouwing van de conclusies zijn een logisch gevolg geweest uit de resultaten. De gehanteerde bronnen om te komen op de conclusie zijn dan ook terug te vinden in de resultaten. Wat het onderzoek bij draagt aan het onderzoek, dat is terug te vinden in de aanbevelingen.

## Formulier interview en observatie patiënt

Dit onderstaande document hebben de patiënten die deelnamen aan het onderzoek getekend.

**Onderzoek Beeldende therapie bij behandeling van suïcidaliteit**

Bij Eleos de fontein worden vaak mensen opgenomen die te kampen hebben met suïcidaliteit. Om de behandeling te verbeteren voor deze doelgroep doe ik momenteel onderzoek naar de manier waarop beeldende therapie en bijdrage kan leveren in de behandeling van opgenomen patiënten met suïcidaliteit. Begin juni 2019 hoop ik het onderzoek, tevens mijn scriptie, af te ronden. Naast een interview met Henrike en enkele andere beeldend therapeuten, zou ik ook de ervaring van patiënten als ervaringsdeskundige willen horen. Dit betekent dat ik tijdens een module of individuele therapie een keer meekijk en in een nagesprek vragen wil stellen over de beeldende therapie aan de patiënten die daar voor open staan.

Alvast dank voor je medewerking,

Met vriendelijke groet,

Nelleke van Harten

**In het kort:**

* Nagesprek duurt ongeveer 20 minuten;
* Ik maak een geluidsopname, deze beluister ik alleen voor het verslag en wordt na afloop gewist;
* De antwoorden worden anoniem verwerkt, beveiligd opgeslagen waar ik alleen bij kan en worden ook na afloop van het onderzoek gewist;

Doe je mee, om zo een bijdrage te leveren in de behandeling van mensen zoals jou?

**Handtekening: Datum:**