

Sterven in Beeld

Onderzoek naar de bijdrage van beeldende therapie
in behandeling van suïcidaliteit bij adolescenten.



Lotte van der Lugt

“Sterven in Beeld”

Onderzoek naar de bijdrage van beeldende therapie
in behandeling van suïcidaliteit bij adolescenten.

Lotte van der Lugt

Afstudeeronderzoek in het kader van de opleiding

Creatieve Therapie Beeldend

Hogeschool Utrecht

Begeleider: Han Kurstjens

1e Beoordelaar: Hans Horstink

2e Beoordelaar: Robèrt Feith

Rotterdam, maart 2010

Met dank aan: Danny van den Hoonaard, Femke de Jonge, Han Kurstjens.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Onderzoeksplan	8
Probleemstelling	8
Onderzoeksopzet	10
Definiëring van begrippen en verantwoording van keuzen	14
Doelgroep	14
Creatieve Therapie	14
Wat voor soort suïcidaliteit vertonen cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten?	21
Terminologie van suïcidaal gedrag	21
Incidentie van suïcidaal gedrag	22
Methoden	26
Risicobepaling	27
Waaruit bestaan de depressieve klachten en co-morbiditeit van suïcidaliteit die bij cliënten tussen 12 en 18 jaar kunnen voorkomen?	35
Stemmingsstoornissen	35
Misbruik of afhankelijkheid van middelen	36
Op welke manier manifesteert suïcidaliteit zich binnen beeldende therapie?	42
Van welke aspecten van beeldende therapie gaat mogelijk een behandelende invloed uit op suïcidaliteit?	45
Op welke manier kan beeldende therapie een bijdrage leveren in de behandeling van (recidive) suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar oud met depressieve klachten?	53

Aanbeveling	57
Algemene aanbevelingen	57
Aanbeveling ten aanzien van module-ontwikkeling	59
Bronvermelding	66
Literatuur	66
Internet	67
Video	67
Interviews	68
Bijlagen	70
Standaardbrief eerste contact	70
Gesprekspuntenlijst.	71
Zembra Wüstenhoff (ZW)	72
Henriët Kuiper (HK)	77
Francien Posthumus Meyjes (FM)	81
Nelleke de Leeuw (NdL)	85

Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort, de opleiding Creatieve Therapie, beeldend. Het is een onderzoek naar de wijze waarop beeldende therapie een bijdrage kan leveren in de behandeling van suïcidaliteit bij jongeren.

Zelfmoord onder jongeren is een groot maatschappelijk probleem. In de afgelopen jaren is daar op nationaal en regionaal niveau aandacht voor geweest, en de noodzaak daarvan wordt schrijnend zichtbaar in de vele geluiden die in deze maatschappij opgaan omtrent suïcidaliteit. Ouders van jonge mensen, die geen contact hadden met de hulpverlening, vertellen wanhopig hun verhalen, op internet, in tijdschriften en kranten. Wanhoop, omdat er hen zo weinig houvast te bieden is. Wat had er kunnen gebeuren met hun kind, waar had hun kind hulp kunnen krijgen? Ook als er geen bijkomende problematiek op het eerste gezicht zichtbaar was? Deze jongeren hebben hulp nodig, net als de jongeren die kampen met suïcidaliteit binnen de psychiatrische zorg. Moet suïcidaliteit dan niet gezien worden als een vrijstaande problematiek, bewegende tussen andere problematiek?

Het doel van dit onderzoek was meer inzicht te krijgen, inzicht over de wijze waarop er momenteel in het psychiatrisch zorgveld wordt omgegaan met suïcidaliteit bij jonge mensen, en hoe wij als beeldend therapeuten daar in kunnen bijdragen. Inzicht in de manier waarop het medium ons hierin ten dienste kan zijn. Dit inzicht is, mijns inziens verkregen. Door uitgebreide literatuurstudie en door interviews met ervaringsdeskundigen is duidelijk geworden hoe er op dit moment gedacht wordt over suïcidaliteit, en wat beeldend therapeuten doen in de behandeling van suïcidaliteit bij jongeren.

Dit verslag is opgedeeld in drie delen:

Het eerste gedeelte is de contextuele informatie omtrent dit onderzoek. Dit deel gaat onder de noemer ‘Voor het Onderzoek’. De informatie in dit deel is gebaseerd op bevindingen uit de literatuur, en begint met het onderzoeksplan. Deze bestaat uit de probleemstelling en de onderzoeksopzet. Hierin is te lezen hoe data is verzameld en

geanalyseerd. Daarnaast vindt u de verantwoording van mijn gemaakte keuzen omtrent de doelgroep en de definitie van bepaalde begrippen ter verduidelijking van het onderzoeksverslag.

Het tweede gedeelte van dit onderzoeksverslag bestaat uit de behandeling en beantwoording van de deelvragen. Dit zal onder de noemer ‘Vraag en Antwoord’ gaan. Door verbanden te leggen uit de verkregen informatie uit de geraadpleegde literatuur en praktisch zijn deze antwoorden geformuleerd. De deelvragen worden ieder in een afzonderlijk hoofdstuk beschreven en aan het eind van dat hoofdstuk samengevat.

De eerste deelvraag richt zich op de vormen van suïcidaliteit die zich bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten vertonen. Het gehele spectrum van suïcidaliteit wordt behandeld en toegepast op de doelgroep.

In de tweede deelvraag zijn de verschillende depressieve klachten en de co-morbiditeit van suïcidaliteit bij deze doelgroep beschreven. Verschillende psychiatrische ziektebeelden worden betrokken in de beantwoording van deze deelvraag. Ook worden verschillende risico- en beschermfactoren benoemt en toegelicht.

Bij de volgende deelvraag staat de manifestatie van suïcidaliteit in de beeldende therapie centraal. Hierin vindt u informatie over hoe de verschillende vormen van suïcidaliteit zichtbaar kunnen worden in de beeldende therapie.

De laatste deelvraag richt zich op hoe verschillende aspecten van beeldende therapie passen in de behandeling van suïcidaliteit bij jongeren van 12 tot 18 jaar met depressieve klachten. Verschillende technieken komen naar voren, en ook worden een aantal materialen worden besproken.

Dit samen leidt tot de beantwoording van de hoofdvraag.

Tenslotte vindt u in na de beantwoording van de hoofdvraag uitgebreide aanbevelingen met betrekking tot verder onderzoek en met betrekking tot een module gericht op de behandeling van de beschreven problematiek.

Het tweede deel van dit onderzoeksverslag is afgesloten met de bronvermelding.

Het laatste deel bestaat uit de bijlagen. Hierin zijn de contactbrief, de gesprekspuntenlijst en de uitgewerkte interviews opgenomen.

Lotte van der Lugt

1509244

Voor het onderzoek

“If we knew what we were doing, it wouldn't be called research, would it?”

Albert Einstein

Onderzoeksplan

Dit onderzoeksplan bestaat uit twee delen. De probleemstelling en de onderzoeksopzet. Hieronder leest u achtereenvolgens de probleemstelling met daarbij de hoofd- en deelvragen en de onderzoeksopzet. Dit bevat onder andere het type onderzoek en de onderzoeksmethode.

Probleemstelling

In het vierde jaar van de opleiding Creatieve Therapie Beeldend is het een vereiste dat ik een onderzoek doe wat bij kan dragen in de praktijk. In eerste instantie vond ik het erg lastig een onderwerp te vinden wat mij trok, en waarin ik een noodzaak tot bijdrage in beeldende therapie vond. Doordat ik echter een roman las over een meisje dat zelfmoord wilde plegen, ben ik begonnen om mij te oriënteren op suïcidaliteit en automutilatie.

Suïcidaal gedrag vormt een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Tenminste 2.500 mensen plegen jaarlijks suïcide in Nederland en Vlaanderen, en meer dan tienmaal zoveel suïcidepogingen komen onder medische aandacht. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat suïcidaal gedrag slechts zelden voorkomt zonder dat psychiatrische en psychologische problemen aanwezig zijn. (Trimbos)

Suïcidaliteit verwijst naar alle mogelijke uitingen van suïcidale ideatie (het denken aan suïcide als mogelijke oplossing voor problemen) en suïcidaal gedrag.

Suïcidaal gedrag kan de vorm aannemen van suïcidepogingen (met niet-fatale afloop) of suïcide (met fatale afloop). De term suïcidepoging wordt gebruikt ondanks het feit dat bij een meerderheid van de suïcidepogingen geen sprake is van een suïcidale intentie of wens om te sterven. Men spreekt dan ook wel van niet-dodelijk zelfdestructief gedrag.

Deze problematiek is mij gaan intrigeren. Ik wil graag weten wat een mens, een jongere, aan het begin van zijn leven, kan drijven dat de wil om te sterven zo sterk is. En wat kunnen wij als creatief therapeuten hierin verlichten? Heeft het beeldend medium een kracht die een suïcidale jongere handvatten kan bieden, waardoor een crisis, een aanloop tot suïcidaal gedrag meer grijpbaar wordt en waardoor deze wellicht afwendbaar wordt? En dan komen er bij het brainstormen over deze problematiek meer en meer vragen naar boven: Wat doen wij nu als creatief therapeuten bij deze problematiek, zetten we in op

oorzaak, op of symptomen? Waar ligt de ingang van beeldende therapie bij deze doelgroep? Welke beeldende middelen worden er ingezet? En zijn er werkwijzen of methoden in omloop die ingezet worden bij de behandeling van suïcidaliteit? En als er een product ter behandeling van deze problematiek wordt geschreven, waar moet dan op gelet worden?

In verlengde van deze vragen is de hoofdvraag voor dit onderzoek als volgt geformuleerd:

Op welke manier kan beeldende therapie een bijdrage leveren in de behandeling van (recidive) suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar oud met depressieve klachten?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Wat voor soort suïcidaliteit vertonen cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten?

Waaruit bestaan de depressieve klachten en co-morbiditeit van suïcidaliteit die bij cliënten tussen 12 en 18 jaar kunnen voorkomen?

Op welke manier manifesteert suïcidaliteit zich binnen beeldende therapie?

Van welke beeldende middelen gaat mogelijk een behandelende invloed uit op suïcidaliteit?

De doelstelling van dit onderzoek heeft betrekking op het verbeteren van het zorgaanbod binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De bevindingen van dit onderzoek kunnen wellicht een bijdrage leveren aan de creatief therapeuten die in de praktijk werkzaam zijn en te maken krijgen met jonge mensen die kampen met suïcidaliteit. Het doel van dit

onderzoek is het inzicht krijgen in de huidige aanpak van deze creatief therapeuten en hun ideeën over de inzetbaarheid van het beeldend medium.

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek naar de behandeling van suïcidaliteit door middel van beeldende therapie heeft een explorerend karakter. Hierdoor zouden de bevindingen van dit onderzoek inzicht kunnen geven aan beeldend therapeuten en aanzet kunnen geven tot de ontwikkeling van het beroep ter behandeling en vermindering van suïcidaliteit bij cliënt tussen 12 en 18 jaar met depressieve klachten.

Dit onderzoek valt binnen een aantal segmenten van de ontwikkeling van Vaktherapie Beeldend.

Segment 1 Behandelen van Cliënten.

Door onderzoek te doen naar de bestaande behandelmethoden en werkwijzen binnen het psychiatrisch zorgveld waarin beeldende therapie aangewend wordt, valt een onderzoek binnen segment 1 ‘Behandelen van cliënten’. Dit onderzoek richt zich op de bijdrage die beeldende therapie kan leveren in de behandeling en preventie van suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten en daarbij is informatie verkregen uit de praktijk door middel van interviews met verschillende beeldend therapeuten.

Segment 3 Werken aan professionaliteit en professionalisering.

Door te onderzoeken of er binnen de behandeling van suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten behoefte is aan een toevoeging vanuit beeldende therapie valt dit onderzoek binnen segment 3 ‘Werken aan professionaliteit en professionalisering’. Door uitgebreide aanbevelingen te doen voor een eventueel product kan dit onderzoek worden aangewend om de behandeling van bovenstaande doelgroep te professionaliseren en behandelaars handvatten te bieden in de professionele behandeling van deze doelgroep.

Onderzoeksmethode

Het onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek en een kwalitatief praktijkonderzoek. Het literatuuronderzoek heeft de vorm van een beschrijvend onderzoek waarin verbanden binnen de geraadpleegde literatuur gelegd worden en waaruit antwoorden op

de deelvragen van dit onderzoek geëxtraheerd kunnen worden. In deze vorm van onderzoek worden bestaande documenten of vastgelegde gegevens verzameld. Zowel vakliteratuur, scripties als internetsites zijn geraadpleegd. Ook is gebruik gemaakt van informatie door middel van videodocumenten en -fragmenten. Vanuit dit literatuuronderzoek worden relevante topics voor het kwalitatief praktijkonderzoek geëxtraheerd.

Het kwalitatief praktijkonderzoek bestaat uit een aantal interviews met relevante respondenten omtrent de hoofdvraag en deelvragen van mijn onderzoek. Hiervoor zijn verschillende creatief therapeuten benaderd met een standaard contactbrief die u in de bijlagen kunt vinden. Vier vaktherapeuten zijn bereid geweest deel te nemen aan dit onderzoek. Elk van hen is werkzaam (geweest) in de kinder- en jeugdpsychiatrie en heeft daar ervaring opgedaan in het werken met suïcidale jongeren. Zo kunnen zij informatie verschaffen over de aanpak die op dit moment ingezet wordt in de praktijk. Zodoende zal dit onderzoek een kleinschalig behoefte- en ontwikkelingsonderzoek zijn.

Dit kwalitatief onderzoek is vormgegeven in vier face-to-face diepte-interviews. Een diepte-interview is een intensief gesprek tussen één respondent en de interviewer. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een gesprekspuntenlijst. Het gesprek duurt doorgaans drie kwartier tot een uur. Het interview kan plaats hebben bij de respondent thuis, op de werkplek of op een onderzoekslocatie. In alle gevallen is met toestemming van de respondent het interview opgenomen ter vergemakkelijking van het verwerkingsproces. Diepte-interviews bieden, afhankelijk van de onderzoeksvraag, grofweg de volgende voordelen:

- Het is mogelijk om met een individu diep in te gaan op het onderwerp (dieper dan in groepsdiscussies).
- De respondent kan zich meer op zijn/haar gemak voelen, aangezien een diepte-interview in de thuissituatie kan worden afgenomen. Bepaalde onderwerpen die taboe zijn kunnen aldus in privé-situaties worden besproken.
- Van minder welbespraakte mensen worden eveneens spontane antwoorden verkregen. In groepsdiscussies komen deze mensen veelal

alleen 'geholpen' aan het woord, dit wil zeggen als de gesprekleider deze mensen er bewust bij betreft.

In deze interviews zijn door de geïnterviewden in hun eigen woorden en vanuit hun eigen perspectief hun ideeën rondom beeldende therapie en suïcidaliteit geformuleerd. Aan het begin is hen gevraagd zich voor te stellen, en iets te vertellen over de doelgroepen waarmee zij werken of gewerkt hebben. Vervolgens zijn hen enkel nog vragen gesteld om het gesprek op gang te houden en de respondenten te stimuleren bij het verwoorden van hun ideeën. Dit proces is zo min mogelijk te beïnvloeden door de interviewer. Onderwijl is de gesprekspuntenlijst een leidraad, om de respondenten bij het onderwerp te houden.

Voor dit onderzoek zijn interviews gehouden met vier creatief therapeuten:

- Zembra Wüstenhoff. Beeldend therapeut in de adolescentenkliniek van het Erasmus MC te Rotterdam.
- Henriët Kuiper. Beeldend therapeut in de adolescentenkliniek van Lentis Jonx te Winschoten.
- Francien Posthumus Meyjes. Beeldend therapeut en antropologe in de Bascule te Amsterdam.
- Nelleke de Leeuw. Beeldend therapeut. Momenteel niet werkzaam in een instelling. Woonachtig in Delft.

Dit kwalitatief praktijkonderzoek is gebaseerd op verschillende databronnen en is vooral gericht op het inzicht krijgen in de praktijk. Er zal met een zekere souplesse omgegaan worden met de onderzoeksopzet, omdat deze door later verkregen inzichten wellicht veranderingen kan ondergaan.

Kwalitatief praktijkonderzoek kan worden gekarakteriseerd als subjectief en niet-betrouwbaar. Door de verschillende factoren die op het verloop van een gesprek van invloed zijn, is het wellicht lastig hetzelfde verloop in een gesprek te krijgen, maar dat is mogelijk ook de schoonheid van deze onderzoeksvorm. Hierdoor wordt juist zichtbaar wat iedere therapeut in de praktijk inzet, en wat haar optiek in verband met het gespreksonderwerp is.

Ook zijn er een aantal bedreigingen voor de validiteit van dit onderzoek. Zo kan het in gesprek met de respondenten voorkomen dat de onderzoeker de antwoorden anders interpreteert dan bedoelt. Dit is geprobeerd te voorkomen, mede door de uitgewerkte gegevens naar de respondenten op te sturen, zodat zij inzicht hebben in de door de interviewer geëxtraheerde informatie en daarop kunnen reageren. Eventuele aanvullingen van de therapeuten zijn naderhand toegevoegd. Daarnaast bestaat de bedreiging van het beperkte aantal respondenten. Door de grootte van de respondentengroep te vergroten zou er meer inzicht kunnen worden verkregen in de huidige methoden in de behandeling van suïcidaliteit bij deze doelgroep in de beeldende therapie.

Definiëring van begrippen en verantwoording van keuzen

Voorafgaand aan het beantwoorden van de deelvragen en hoofdvraag is het verstandig om de gemaakte keuzen en enkele begrippen in dit verslag te verantwoorden en toe te lichten.

Doelgroep

Er zijn veel verschillende doelgroepen die te maken hebben met suïcidaliteit. Niet alleen de gemiddelde psychiatrisch cliënt heeft te kampen met deze problematiek, maar ook jonge mensen, kinderen, ouderen die wel of niet in aanraking staan met de zorg. Ook mensen die in aanraking staan met mensen die suïcidaal gedrag vertonen, hebben hier mee te maken. Er is gekozen een afbakening te maken in leeftijd. Jongeren met de leeftijd 12 tot 18 jaar vallen allen binnen een bepaalde ontwikkelingsfase, namelijk de adolescentie.

Vanuit ontwikkelingspsychologisch opzicht is de adolescentie een belangrijke periode in de identiteitsontwikkeling. Aan deze periode zijn specifieke ontwikkelingsstaken verbonden. Over het algemeen kunnen deze taken worden gezien als:

- Het vormen van een eigen identiteit en het bereiken van autonomie ten opzichte van de ouders.
- De manieren van omgaan met bepaalde innerlijk beleefde conflicten.
- Een bepaald niveau van cognitief functioneren.

In deze transitieperiode zijn adolescenten kwetsbaar en beïnvloedbaar. Dat wordt onder andere zichtbaar in de sociale omgang, in de cognitie en in de biologie. In de adolescentie kunnen zich specifieke problemen voordoen, namelijk internaliserende problematiek en externaliserende problematiek. Over deze problematiek wordt meer in de beantwoording van geschreven.

Creatieve Therapie

In deze paragraaf vindt u als eerst meer informatie over vaktherapie, aangezien er binnen deze praktijkstudie gericht is op de behandeling binnen vaktherapie, specifiek in het medium beeldend. In deze paragraaf zullen de termen creatieve therapie of beeldende therapie gebruikt worden, aangezien de term vaktherapie pas sinds 2006 in gebruik

genomen is, en in veel literatuur nog geschreven wordt over creatieve therapie of beeldende therapie. Met deze termen wordt echter hetzelfde bedoeld.

In 2006 is van overheidswege door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) de term ‘creatief therapeuten’ (creatieve therapie) vervangen door ‘vaktherapeuten’ (vaktherapie), en is geadviseerd om een samenwerkingsverband aan te gaan met de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. Allen, beeldend, dans-, drama-, muziek- en psychomotorisch therapeuten, worden sinds 2006 gerekend tot de vaktherapeutische beroepen.

Er zijn verschillende definities van creatieve therapie vindbaar in de literatuur. Dr. Smeijsters vat in Handboek Creatieve Therapie enkele definities samen en integreert daarbij enkele begrippen in het definiëren van creatieve therapie. Om deze reden is zijn definitie overgenomen in figuur 1.

Uit figuur 1 kan u concluderen dat creatieve therapie een specialistische vorm van hulpverlening is, die erop gericht is veranderings-, ontwikkelings-, en/of acceptatieprocessen te bewerkstelligen. De doelgroep bestaat uit mensen met psychische klachten of psychiatrische stoornissen, lichamelijke handicaps of cognitieve beperkingen. De creatieve therapie vindt plaats op indicatie, waarbij zoveel mogelijk zorg op maat wordt verleend.

Figuur 1.

Definitie van creatieve therapie
<i>Creatieve therapie:</i> – is een specialistische vorm van behandeling voor cliënten met psychische stoornissen en/of handicaps – levert door observatie van de cliënt in de omgang met het medium een bijdrage aan het opstellen van de multidisciplinaire diagnose – levert een bijdrage aan het opstellen van de multidisciplinaire behandelvisie en indicatiestelling – vindt plaats op basis van een specifieke indicatie voor creatieve therapie die aansluit bij de multidisciplinaire behandelvisie en indicatiestelling – is een behandeling, waarbij de specifieke doelstellingen voor creatieve therapie aansluiten bij de multidisciplinaire behandelvisie en indicatiestelling – heeft geëxpliciteerde doelen, zoals het onderkennen, overwinnen of verminderen van psychische, psychomotorische en psychosociale problemen, het verwerken van en leren omgaan met problemen en cognitieve, emotionele, psychomotorische en sociale ontwikkeling – maakt gebruik van een aan de doelstellingen gerelateerde creatief-therapeutische methode met bijbehorende werkvormen en technieken – maakt gebruik van een systematisch proces van interventies – vindt plaats in een procesmatige wisselwerking tussen cliënt, creatief therapeut en medium – hanteert het medium op methodische wijze – gebruikt als middel de ervaringen in het medium en handelt altijd op basis van de karakteristieken, kenmerken en mogelijkheden van het medium zonder artistieke als norm te hanteren – baseert de creatief-therapeutische methoden, werkvormen en technieken mede op bestaande kennisvelden zoals de psychologie en ontwikkelingspsychologie, de psychotherapie, psychiatrie, orthopedagogiek, neuropsychologie, fysiologie enzovoort – kent meerdere methodische modellen met bijbehorende werkvormen en technieken – is een vorm van behandeling met een vooraf omschreven duur en voorspelbare effecten, kent verschillende settings: individueel, in groepen, kortdurend, langdurend

In Nederland worden binnen de creatieve therapie vijf verschillende disciplines onderscheiden, ook wel media genoemd: beeldend, dans, drama, muziek en tuin. Elk discipline gebruikt bijpassende ervaringsgericht activiteiten op een methodische wijze, ter behandeling van bovenstaande doelgroep. Aan de hand van overeengekomen behandeldoelen werkt de creatief therapeut methodisch. Hij spreekt de directe emotionele en zintuiglijke beleving van de cliënt aan. Het resultaat van de therapie kan verwerking, verrijking of inzicht zijn en ook verbetering van het cognitieve of lichamelijk functioneren.

Er zijn in Nederland drie basistheorieën ontwikkeld die elk hun eigen verantwoordingskader ten opzichte van werken met een kunstzinnig medium bieden.

Deze theorieën zijn niet uitsluitend gericht op het beeldend medium, maar trachten een begrijpend kader te vormen voor de processen die zich afspelen in creatieve therapie. De eerste theorie die ontwikkeld is in Nederland is de creatiefprocesstheorie. Hierin was de spelende mens, homo ludens, een centrale inspiratiebron voor het schrijven van deze algemene opvatting. Voor creatieve therapie stond het belang van de goede vorm niet op zichzelf maar in dienst van het therapeutische (creatieve) proces van de cliënt. Inhoudelijk is deze theorie gebaseerd op vier kernbegrippen: appèl, structuur, esthetische illusie en articulatie. Daarnaast is de theorie voornamelijk gericht op ontplooiing en ontwikkeling in het algemeen en wordt er niet of nauwelijks specifiek stoornisgericht aangesloten in de therapie. De creatiefprocesstheorie is hierdoor op zichzelf geen methodiek maar een behandelingskader.

In Nederland werd op een gegeven moment ook de kunstanaloge benadering ontwikkeld. Deze benadering was vooral vanuit het oogpunt van de vele betrokken kunstenaars in het vak ontwikkeld. Zij hadden een terdege behoefte aan overdraagbare en samenhangende begrippen en principes ten opzichte van nieuwe therapeuten, dat zij kwamen tot de benaming kunstanaloog. Zo is deze theorie voornamelijk ontwikkeld voor de opleidingen voor creatieve therapie. Beeldend werken is het hoofdbestanddeel in kunstanaloge therapie, en beeldende therapie is gebaseerd op het 'leren vormgeven van en in het leven'. Het zoeken naar een eigen inspiratiekader, een eigen stijl en vormgeving is een ontwikkelingsproces.

De analoge procesmodel is op dit moment het meest ontwikkelde theoretische basismodel, en is voornamelijk gebaseerd op de analogie tussen het psychisch proces en het mediumproces. Handelingswijzen en gedrag in een therapie wordt in deze theorie op te vatten als een afspiegeling van innerlijke psychische processen.

Beeldende therapie is de vorm van creatieve therapie waarbij gebruikt wordt gemaakt van het medium beeldend. Dit medium bevat een spectrum van materialen en gereedschappen die uiteenlopen van metaal-, steen- of houtbewerking, maar ook schilderen, boetsen of handvaardigheden als knippen en plakken worden hierin ingezet.

De eigenschappen van het beeldend medium die het geschikt maken voor therapie ontleent Smeijsters aan de doelstellingen die Budde (1989) beschrijft.

Het beeldende medium kan emoties tot expressie brengen, kan een appèl doen op het structureren, kan conflicten weerspiegelen, helpt bij het ontdekken van de eigen mogelijkheden, biedt de mogelijkheid tot sociaal contact en stimuleert daardoor het sociale functioneren en geeft de gelegenheid nieuw gedrag te oefenen.

(Smeijsters, 2003, p.192)

Smeijsters beschrijft de kracht van beeldende therapie, in hoe het vier aspecten verbindt: het doen en ervaren, het resultaat daarvan, de betekenisgeving aan dat resultaat en de relatie cliënt, werkstuk en therapeut. Door het tastbare resultaat is beeldende therapie een sterke behandelingsmethodiek waarin het mogelijk wordt door middel van beeldende materialen als potlood, verf, karton of klei, uitdrukking te geven aan gevoelens, en deze zichtbaar te maken.

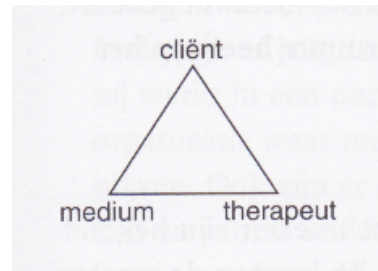
In de interviews zijn de respondenten bevraagd over de kracht van beeldende therapie aan sich. Veelal kwam vanuit hun ervaringen naar voren dat er een aantal zeer sterke aspecten zijn in beeldende therapie die deze onderscheid van welke andere therapie dan ook.

Er is een zekere stevigheid die het beeldend medium biedt binnen een therapiesetting. Door de zichtbare en tastbare vormgeving neemt het beeldend medium een plaats in het hier en nu in. Wanneer een werkstuk gemaakt is, kan het juist door deze kenmerken, die zichtbaarheid en tastbaarheid, een goed middel tot evaluatie en reflectie zijn. Binnen het werkstuk kan een proces zichtbaar worden, en kan er zo door cliënt en therapeut grip op worden gekregen.

Het beeldend medium wordt voor een aantal therapeut voornamelijk ook ingezet om tot gesprek en tot openheid te komen. Juist de zichtbaarheid, die zo onvermijdelijk is, kan er tot gesprek gekomen worden, en geeft dit een opening tot het maken van contact.

Centraal in beeldende therapie staat hoe het medium zal kunnen aansluiten bij de eigenheid en behoeften, de problematiek of stoornis van de cliënt en welke invalshoek een therapeut kan kiezen om effectief en communicatief te zijn. Deze kernvragen zijn met elkaar in verband gebracht in de 'creatieftherapeutische driehoek'.

Zoals in de afbeelding zichtbaar, geeft deze driehoek de driezijdige relatie tussen het medium, de therapeut en de cliënt aan. In het Handboek Beeldende Therapie wordt deze relatie als volgt beschreven:



In beeldende therapie werkt de cliënt op aanraden van of in samenspraak met de therapeut met het medium in een voor de therapeutische doelen van de cliënt werkzame balans tussen veiligheid en uitdaging. De cliënt zelf is daarin de bepalende factor. Hij zoekt, twijfelt, ontwijkt, neemt uitdagingen aan, vindt oplossingen in het medium; met andere woorden: de cliënt beleeft, geeft vorm en geeft betekenis. Het therapeutisch proces in de therapie is voor de cliënt in die zin actief. De therapeut helpt, steunt, activeert, daagt uit of laat na en helpt in het medium zoeken naar kansen voor het vormgevingsproces. Soms reageert de therapeut als spiegel, soms als inspirator, soms als ‘derde hand’. Soms is de therapeut degene die confronteert. En soms is de therapeut degene die bemoedigt, uitlegt of een nieuw stukje medium aandraagt. De therapeut vervult ook een rol in de reflectie en de evaluatie achteraf.

Vraag en Antwoord

“I don't pretend we have all the answers.
But the questions are certainly worth thinking about.”

Arthur C. Clarke

Wat voor soort suïcidaliteit vertonen cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten?

Allereerst zullen enige termen die verband houden met suïcidaliteit nader bekeken worden en worden hierdoor de verschillende termen in dit onderzoek van elkaar onderscheiden. De terminologie is overgenomen uit het Handboek Suïcidaal Gedrag van Dr. C. van Heeringen e.a. (2007).

Terminologie van suïcidaal gedrag

Suïcidaliteit manifesteert zich in de bevolking, maar ook in individuele biografieën, als een spectrum dat varieert van mild tot ernstig (Neeleman, 2001).

Volgens het Handboek Suïcidaal Gedrag van Dr. van Heeringen worden de volgende termen gebruikt om de verschillende stadia van suïcidaliteit aan te duiden:

- Suïcide of zelfdoding: een gewilde, aan zichzelf toegebrachte handeling die tot de dood heeft geleid. Hierbij geldt dat er minstens enige aanwijzing (bijvoorbeeld in de vorm van een afscheidsbrief) moet bestaan dat de betrokkene ook daadwerkelijk de fatale afloop wenste.
- Tentamen suïcidii (TS), of suïcidepoging: Nederlandstalige klinici gebruiken deze term om te verwijzen naar suïcidepogingen. Inherent aan deze Latijnse term is de veronderstelling dat de betrokkene de suïcide, dat wil zeggen het overlijden, gewild heeft. Dit is niet langer in overeenstemming met internationale afspraken omtrent de nomenclatuur van niet-letaal suïcidaal gedrag. Anders dan bij de suïcide, is bij suïcidepogingen het aanwezig (geweest) zijn van de wens te overlijden (dat wil zeggen doodsintentie) geen voorwaarde om te kunnen spreken van suïcidaal gedrag. Wel geldt dat het gedrag opzettelijk, en dus niet bijvoorbeeld per ongeluk, plaats moet hebben gevonden, ongeacht het onderliggende motief. Verder wordt habitueel gedrag, zoals trichotillomanie (het uittrekken van eigen haar) of nagelbijten, uitgesloten van de definitie van suïcidaal gedrag.
- ‘Deliberate self-harm’, of opzettelijke zelfbeschadiging: met deze termen wordt een handeling met een niet fatale uitkomst bedoeld, ‘waarbij de persoon moedwillig een niet-habitueel gedrag initieert dat,

zonder tussenkomst van anderen, leidt tot zelfbeschadiging of waarbij de persoon moedwillig een medicijn gebruikt in een hogere dosering dan voorgeschreven of gebruikelijk is, en waarbij beoogd wordt veranderingen te bewerkstelligen die de persoon wenst te bereiken door middel van de eigenlijke of te verwachten lichamelijke gevolgen' (Williams, 1997, vertaling Van Heeringen). Dit is de officiële, door de Wereldgezondheidsorganisatie overgenomen definitie voor wat in de klinische wandelgangen meestal als tentamen suïcidii, TS, suïcidepoging of, in het Engelse spraakgebruik, parasuïcide wordt aangeduid.

- Suïcidale intentie: het aanwezig zijn van min of meer concrete plannen zich te suïcideren.
- Doodswens: de dood wordt gewenst zonder dat daarbij ook (reeds) plannen gemaakt zijn of worden.
- Suïcidale ideatie: de neiging om in gedachten (maar ook soms woorden en daden, zoals zoeken naar informatie op het internet) bezig te zijn met de beëindiging van het eigen leven zonder dat hiervoor reeds concrete plannen zijn opgevat.
- Doodsideatie: de neiging zich, meer dan gebruikelijk, en langer achtereen, met de dood (van zichzelf of anderen) bezig te houden.

Incidentie van suïcidaal gedrag

In de literatuur en op internet zijn vrij veel cijfers over suïcidaal gedrag te vinden. Verschillende websites en boeken geven een overeenkomend beeld van suïcidaal gedrag in Nederland (en Vlaanderen). Zo wordt zichtbaar dat suïcidaal gedrag een belangrijk volksgezondheidsprobleem vormt. In 2007 stierven 1353 mensen in Nederland door middel van zelfdoding. Van deze 1353 mensen waren 168 tussen de 15 en 30 jaar oud (CBS). Jaarlijks doen 94.000 mensen een suïcidepoging en daarnaast voelen 410.000 mensen zich zo terneergeslagen dat zij aan suïcide denken. Veel van hen hebben in de voorafgaande periode last gehad van psychische problemen. Dit blijkt uit recente onderzoeksgegevens van het Trimbos-Instituut.

Bij dergelijke cijfers moet echter een voetnoot geplaatst worden. Er moet bij de beschrijvende epidemiologie van suïcidaliteit een onderscheid gemaakt worden tussen

gegevens die door zelfrapportage verkregen worden en informatie die op objectieve registratie is gebaseerd. Zelfrapportage kan vertekend zijn door zogenaamde ‘informantenbias’. Zo kan de betrokkene vergeten zijn dat hij of zij langere tijd geleden suïcideplannen had. Met name schattingen voor ‘lifetimeprevalenties’ kunnen hierdoor onderschattingen zijn. Lifetimeprevalentie geeft aan hoe vaak een bepaalde stoornis over het gehele leven van mensen voorkomt.

Door objectieve registratie verkregen gegevens kunnen om andere redenen vertekend zijn en kunnen leiden tot onderschatting van de ware omvang van het probleem. Hier is volgens Neeleman de zogenaamde registratiebias een belangrijk probleem bij de registratie van suïcidaal gedrag. Er kan, zo schrijft hij, terughoudendheid bestaan bij justitie om een suïcide als zodanig te registreren wanneer er geen 100% zekerheid is over de intenties van de overledene. Deze registratiebias verschilt per land, regio en periode en hangt bijvoorbeeld samen met de mate waarin taboe rondom het fenomeen suïcide heerst.

Niettemin zijn cijfers uit onderzoek in de algemene bevolking beschikbaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) publiceerde afgelopen september 2008 de cijfers omtrent suïcide in Nederland over 2007. Een gedeelte van deze cijfers vindt u in figuur 2.

Figuur 2

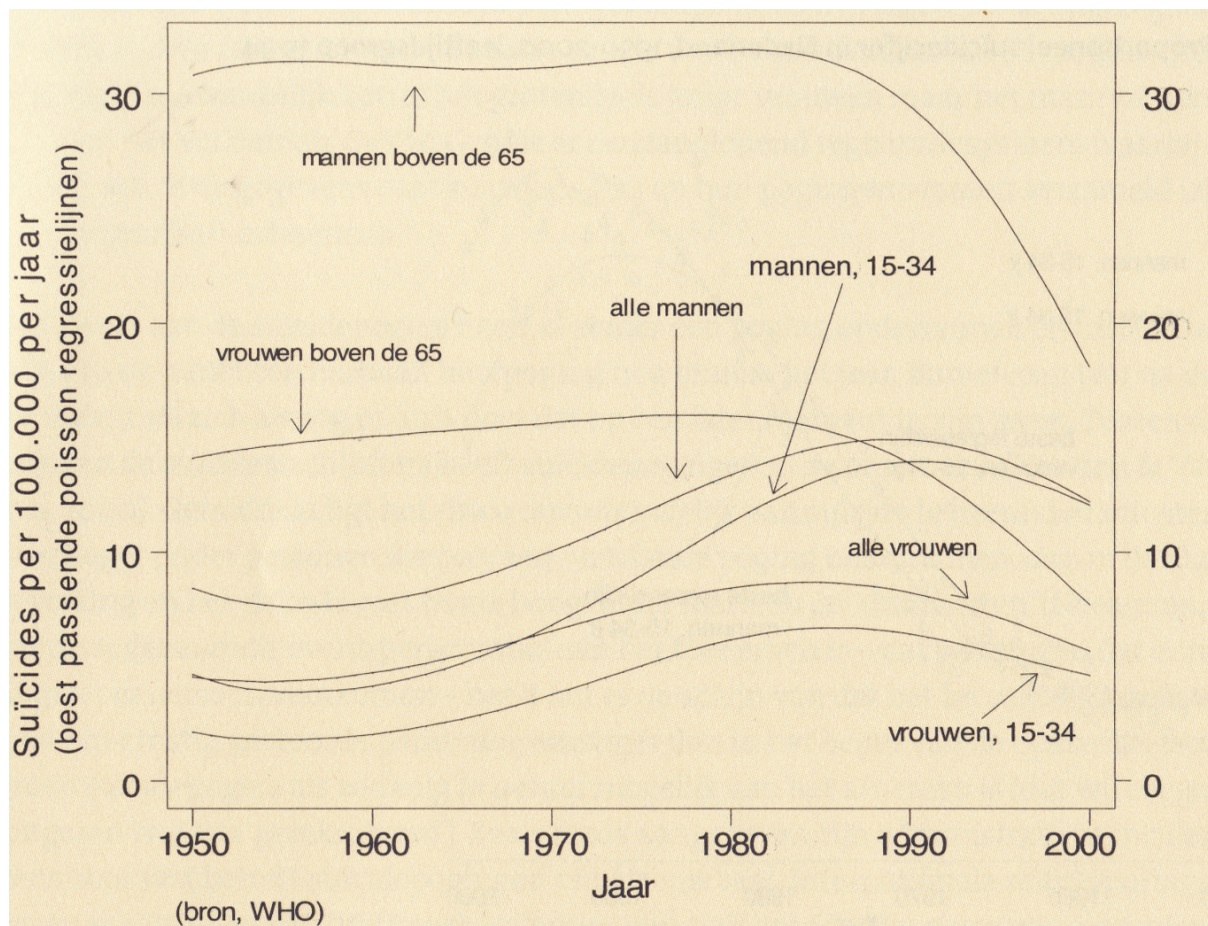
2007	Totaal zelfdoding	Totaal alle leeftijden	Totaal mannen en vrouwen	1 353
			Mannen	943
			Vrouwen	410
		Jonger dan 15 jaar	Totaal mannen en vrouwen	9
			Mannen	5
			Vrouwen	4
		15 tot 20 jaar	Totaal mannen en vrouwen	33
			Mannen	26
			Vrouwen	7
		20 tot 30 jaar	Totaal mannen en vrouwen	135
			Mannen	103
			Vrouwen	32
		30 tot 40 jaar	Totaal mannen en vrouwen	221
			Mannen	155
			Vrouwen	66
		40 tot 50 jaar	Totaal mannen en vrouwen	313
			Mannen	219
			Vrouwen	94
		50 tot 60 jaar	Totaal mannen en vrouwen	280
			Mannen	198
			Vrouwen	82
		60 tot 70 jaar	Totaal mannen en vrouwen	195
			Mannen	128
			Vrouwen	67
		70 tot 80 jaar	Totaal mannen en vrouwen	99
			Mannen	66
			Vrouwen	33
		80 jaar of ouder	Totaal mannen en vrouwen	68
			Mannen	43
			Vrouwen	25

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 23-3-2009

De rol van suïcide als doodsoorzaak varieert aanmerkelijk in de tijd. Figuur 3 illustreert de veranderingen in de statistieken tussen 1950 en 2000. Hierin wordt zichtbaar dat er in de afgelopen decennia een afname gesignaleerd wordt. Dergelijke trends treden vaak in

meerdere landen op vergelijkbare wijze op, hoewel in sommige landen beter zichtbaar dan in andere.

Figuur 3.



Bovenstaande cijfers gaan enkel over suïcide, waarbij de handeling dus daadwerkelijk een fatale afloop heeft gehad. Er bestaat echter in België en Nederland geen systematische landelijke verzameling van gegevens met betrekking tot het voorkomen van suïcidepogingen. Voor de beschrijving van de epidemiologie moet dus een beroep worden gedaan op gegevens uit lokale of regionale onderzoeksinitiatieven. Er zijn enkele gegevens beschikbaar vanuit de World Health Organisation/EU Multicentre Study on Parasuïcide. De registratie van kenmerken van suïcidepogers en hun pogingen vond plaats in de regio Leiden tussen 1989 en 1992. De gemiddelde jaarlijkse incidentie waren voor mannen en vrouwen respectievelijk 85 en 139 per 100.000. Uit dit onderzoek bleek eveneens dat 40% van de suïcidepogingen door huisartsen werd geregistreerd, waaronder 28% die alleen door een huisarts werd gezien.

Een kwart van de suïcidepogers heeft al eerder een poging ondernomen en tussen de 15% en 25% van de cliënten herhaalt hun poging nog binnen het jaar. Binnen een jaar na de poging suïcideert 1% zich alsnog en 10% doet dat op een moment later in zijn leven. Tussen de 30 en 47% van de suïcideslachtoffers heeft suïcidepogingen in de anamnese (Hawton & Van Heeringen, 2000).

Methoden

Het merendeel van de suïcides vindt plaats met behulp van de zogenaamde ‘harde’ methoden. Harde methoden zijn methoden als verhangings, vuurwapen, sprong van hoogte of voor trein. In figuur 4 zijn de cijfers over 2007 te zien.

Figuur 4.

Wijze van zelfdoding	Ophangen/verwurg	Totaal alle leeftijden	Totaal mannen en vrouwen	232
			Mannen	192
			Vrouwen	40
	Medicijnen en/of alcohol		Totaal mannen en vrouwen	30
			Mannen	15
			Vrouwen	15
	Voor trein of metro		Totaal mannen en vrouwen	16
			Mannen	15
			Vrouwen	1
	Verdrinken		Totaal mannen en vrouwen	122
			Mannen	70
			Vrouwen	52
	Springen van hoogte		Totaal mannen en vrouwen	20
			Mannen	12
			Vrouwen	8
	Overige wijze van zelfdoding		Totaal mannen en vrouwen	183
			Mannen	96
			Vrouwen	87
Onbekende wijze van zelfdoding	Totaal mannen en vrouwen	2		
	Mannen	1		
	Vrouwen	1		
© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 23-3-2009				

Het merendeel van de suïcidepogingen (64%-80%) betreft auto-intoxicatie met medicijnen, vaak in combinatie met alcohol.

In Nederland gebruiken jongeren in de leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar oud meestal de methode verhangen of voor de trein springen (Dhossche, 2004).

Risicobepaling

Een grote hoeveelheid onderzoek heeft aangetoond dat een correcte voorspelling van suïcide moeilijk tot onmogelijk is (Goldney, 2000). (...) Niettemin is voor een aantal klinische en demografische kenmerken een verband aangetoond met suïcidaal gedrag. Van de kennis van deze factoren kan verwacht worden dat ze zal bijdragen tot een correcte inschatting van het risico op dergelijk gedrag.

(Van Heeringen, 2000,p.63)

In deze paragraaf zal worden ingegaan op achtereenvolgens de moeilijkheden bij de bepaling van het risico op suïcide, op de factoren waarvoor een verband is aangetoond met suïcide en op de manieren waarop relevante informatie met betrekking tot het risico verzameld kan worden. Deze gegevens zijn verkregen uit het boek *Behandelingstrategieën bij Suïcidaliteit* van Dr. Van Heeringen.

Moeilijkheden

Suïcidaliteit is nooit het gevolg van een enkele oorzaak. Suïcidale uitingen of suïcidepogingen moeten volgens Dr. Van Heeringen beschouwt worden als een signaal van een verstoring van een evenwicht waarbij psychologische, biologische en omgevingsgebonden factoren een rol spelen.

Dit inzicht heeft consequenties voor de behandeling en preventiemethoden die bij suïcidaliteit ingezet worden. De bepaling van het risico op suïcidaal gedrag is volgens Hawton (1985) een van de belangrijkste vaardigheden die een hulpverlener in de gezondheidszorg kan verwerven. Dit is echter een zeer moeilijk te verwerven vaardigheid, aangezien er in veel situaties beperkte informatie beschikbaar is, om dit op accurate wijze in te schatten.

De eerste moeilijkheid die Dr. Van Heeringen beschrijft wordt gevormd door het feit dat suïcide een zeldzaam fenomeen is. Er is een groot aantal vals-positieve inschattingen, wat betekent dat het aantal mensen bij wie een risico aanwezig geacht wordt, die echter geen

suicide zullen plegen, groot is. Ook voor suïcidepogingen, die 10- tot 30-maal frequenter voorkomen dan suicide, geldt dat de voorspelling moeilijk is. Diverse instrumenten ter bepaling van het risico op herhaling van niet-fataal suïcidaal gedrag zijn ontwikkeld, maar deze bleken in andere settings niet voldoende voorspellende waarde te hebben. Recentelijk werd er door Corconan e.a. (1997) een statistisch model ontwikkeld ten einde ‘herhalers’ te identificeren. Dit model is gebaseerd op demografische en sociale kenmerken en voor de bepaling ervan is geen klinische scholing vereist. De kenmerken zijn:

- Leeftijd
- Geslacht
- Inname van alcohol of drugs op het moment van suïcidepoging
- Methode
- Voorgeschiedenis van suïcidepogingen
- Verandering in de thuissituatie
- Misbruik van ‘straat-drugs’
- Burgerlijke staat
- Opleidingsniveau
- Aanwezigheid van schade ten gevolge van alcoholmisbruik

Dit model werd getoetst bij 22 suïcidepogers en bleek in staat 96% van de 23% van de mensen die hun suïcidepoging binnen zes maanden herhaalden, als ‘herhalers’ te identificeren, en 86% van degenen die geen gedrag vertoonden als ‘niet-herhalers’ te identificeren.

Een tweede moeilijkheid is het feit dat hoe meer de klinische en demografische kenmerken van een suïcidepogers lijken op die van iemand die suicide pleegt, hoe groter het risico op suicide is. (...) Hierbij komt nog dat kenmerken als leeftijd en geslacht ons min of meer in staat stellen een uitspraak te doen over het risico bij groepen mensen, maar ons weinig helpen bij het inschatten van het risico bij de individuele cliënt.

Tenslotte dient gewezen te worden op mogelijke culturele verschillen in de voorspellende waarde van bepaalde kenmerken. Het is momenteel bijvoorbeeld niet duidelijk in hoeverre de bevindingen uit buitenlands onderzoek gebruikt kunnen

worden in Nederland of Vlaanderen. Zelfs tussen Nederland en Vlaanderen bestaan verschillen.

Deze opsomming van problemen bij de inschatting van het risico op suïcidaal gedrag kan, op zijn minst gedeeltelijk, verklaren waarom het onmogelijk is gebleken een eenvoudig instrument te ontwikkelen waarmee dit risico correct ingeschat kan worden. (Van Heeringen, 2000, p.64-65)

Relevante karakteristieken

Wetenschappelijk onderzoek heeft een statistisch verband aangetoond tussen suïcide en een aantal individuele kenmerken.

Doodsideatie is een belangrijk persoonlijk kenmerk, maar er zijn voor Nederland geen cijfers beschikbaar over de mate waarin doodsideatie gevolgd wordt door suïcidaal gedrag. Recente Amerikaanse gegevens geven echter aan dat de cumulatieve waarschijnlijkheid om van ideatie naar plan over te gaan 34% bedraagt. In combinatie met andere cijfers, wordt gewezen op het grote belang van het nagaan van concrete plannen voor de preventie van suïcidaal gedrag. In de praktijk lijkt dit ook een belangrijk aspect te zijn. Uit de resultaten van de interviews met vier creatief therapeuten, blijkt van groot belang in het team om na te gaan hoe concreet de suïcidale plannen zijn. Zelfs wordt er door de creatief therapeuten kordaat doorgevraagd naar aanleiding van suïcidale uiting. Zo wordt er binnen het hele team gewerkt aan de inschatting van suïciderisico, en wordt dit binnen het team ook besproken.

De aanwezigheid van suïcidepogingen in de voorgeschiedenis is een aanwijzing van een verhoogd risico op suïcide (Sakinofsky, 2000). Het risico op suïcide is bij suïcidepogers ongeveer 150-maal hoger dan in de normale bevolking. Hieruit blijkt dat een goede anamnese bij de behandeling van suïcidaliteit van belang is.

Ook komt suïcide in bepaalde families meer voor dan in andere. Onderzoek bij tweelingen en geadopteerden suggereert het bestaan van een genetische factor die kan voorbestemmen tot suïcidaal gedrag. Deze voorbeschiktheid is waarschijnlijk

onafhankelijk van een eventuele genetische belasting voor psychiatrische ziektebeelden zoals depressie.

(Van Heeringen, 2000, p.66-67)

Onderzoeksmethoden

Anamnese is een belangrijke onderzoeksmethode in de bepaling van het risico op suïcidaal gedrag. Bij ieder depressief toestandbeeld moet de aanwezigheid van suïcidaliteit worden nagegaan door concreet navraag te doen bij de cliënt.

De rol van depressieve toestandbeelden in de ontwikkeling van suïcidale ideatie is eerder aangegeven als zijnde een veelvoorkomend ziektebeeld. Het is daarom ook van groot belang dat er een correcte diagnose van dergelijke toestandbeelden wordt gesteld bij de inschatting van het risico van suïcide. De Beck Depression Inventory kan gebruikt worden om de aanwezigheid en ernst van depressieve symptomen op een betrouwbare wijze te inventariseren.

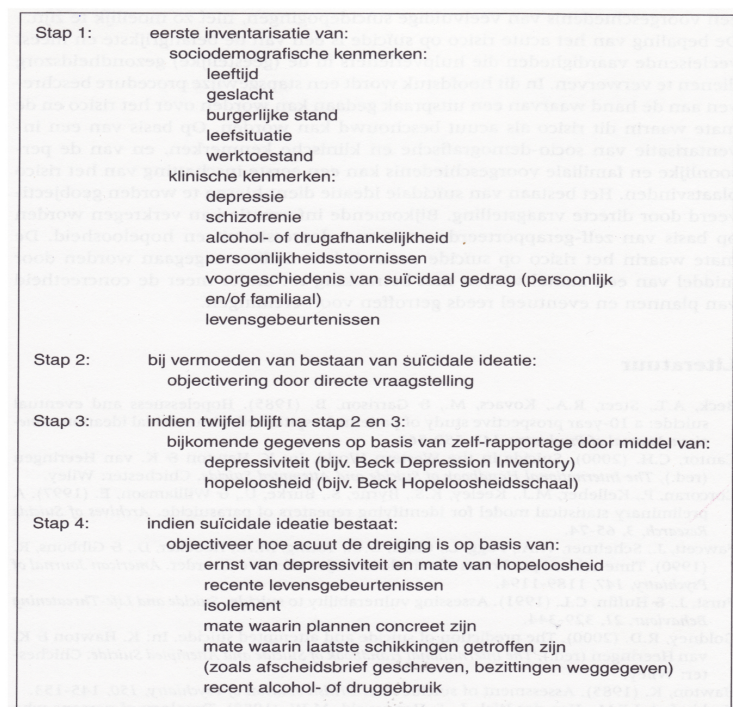
Aangezien hopeloosheid een centrale plaats inneemt in de pathogenese van suïcide kan een bepaling van de ernst van de hopeloosheid bijdragen tot de inschatting van het risico. De Hopeloosheidschaal van Beck is hiervoor geschikt.

In de bepaling van het risico op suïcide moet een onderscheid gemaakt worden tussen een acuut risico enerzijds en situaties waarin de dreiging niet acuut is anderzijds. De Suïcidale Intentie Schaal die ontworpen is voor de inschatting van het risico op suïcide na een suïcidepoging, beschrijft de elementen die ook in het geval van suïcidale ideatie bij de bepaling van het onmiddellijke risico op suïcide betrokken dienen te worden.

(Van Heeringen, 2000, p.67-68)

In Behandelingsstrategieën bij Suïcidaliteit beschrijft Dr. van Heeringen een stapsgewijze procedure ter bepaling van het risico op suïcide. Deze procedure vindt u in figuur 5.

Figuur 5.



De behandeling van suïcidaliteit is een besproken onderwerp in het psychiatrisch zorgveld. Er zijn verschillende invalshoeken die met de tijd vastgehouden of losgelaten zijn. Zo is er een tijd lang de opvatting geweest binnen de psychiatrische zorg, dat suïcidaal gedrag in eerste instantie genegeerd moest worden, en dat er, door geen aandacht te geven aan de gedachten aan zelfdoding, geen ‘slapende honden wakker zouden worden gemaakt’. Deze opvatting is inmiddels achterhaald, en momenteel heerst de opvatting dat het van groot belang is de suïcidaliteit bespreekbaar te maken, om het door het te delen draaglijker te maken voor de cliënt.

In de behandeling van suïcidaal gedrag is voornamelijk te zien dat er vandaar uit gericht wordt op de mogelijkheid van het draaglijker maken van de last van suïcidale ideatie. Er zijn verschillende vormen van ‘Eerste Hulp bij Suïcide’, zoals internetfora, zelfmoordhulplijnen en gespreksgroepen, waar mensen met suïcidale ideatie terecht kunnen voor een luisterend oor of tips om de last te verlichten. Het is opvallend hoeveel jongeren tussen de 12 en 18 jaar zich op deze fora bewegen, en geeft een beeld van de intensiteit van de problematiek bij deze jongeren.

Wat is er dan uit bovenstaande te concluderen over suïcidaal gedrag bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar die met depressieve klachten kampen? Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat er in deze levensfase van mensen ook suïcidaliteit voor komt. Het is echter lastig te concluderen dat er bepaalde vormen van suïcidaliteit meer of minder voor komen binnen deze leeftijdsgroep, voornamelijk omdat er in de geraadpleegde literatuur geen onderscheiding wordt gemaakt op leeftijd. Er is echter wel iets te zeggen over suïcidaliteit binnen deze leeftijdsgroep.

De suïcidecijfers van onder andere figuur 2 en figuur 3 wijzen uit dat er bij deze leeftijdsgroep weinig registratie is van daadwerkelijke suïcide. Dat betekent niet dat suïcide er niet is. Op jonge leeftijd is er een bepaalde beschermingsfactor van het niet hebben van totale zelfbeschikking door ouders en/of voogden. Hierdoor is de doodswens bij deze kinderen soms moeilijk te constateren en is er meer bescherming waardoor een kind niet in staat is zichzelf te suïcideren. Ook is de registratie van deze eventuele suïcides lastig. Het is namelijk lastig te bepalen of er sprake is van een suïcide of een ongeluk.

In een longitudinaal onderzoek onder Nederlandse jongeren van 11 tot 18 jaar gaf 5% aan in de voorbije maanden suïcide te hebben overwogen (Dhossche, Ferdinand, Van der Ende, Hofstra & Verhulst, 2002). Uit interviews met jeugdigen komt naar voren dat 3 à 4% wel eens een suïcidepoging heeft gedaan. Maar wanneer dezelfde vraag via vragenlijsten onder anonieme omstandigheden wordt gesteld, loopt dit percentage op tot 7 à 10. Het aantal meisjes onder hen is anderhalf à twee keer groter dan het aantal jongens (Dhossche, 2004).

Suïcidepogingen hebben in deze leeftijdscategorie verschillende achtergronden. Dit blijkt uit onderzoek bij 138 meisjes in de leeftijd van 13 tot 16 jaar die waren opgenomen in een jeugdpsychiatrische afdeling van een Amerikaanse universiteitskliniek (Borst & Noam, 1993). Van deze meisjes, waarvan de helft een serieuze suïcidepoging had gedaan, werd onder andere hun niveau van ego-ontwikkeling gemeten, volgens de indeling van Jane Loevinger (1976). Zij deelde de ego-ontwikkeling in verschillende stadia in, waarbij de mate van beïnvloedbaarheid door de omgeving en conformering aan de omgeving. Uit het onderzoek van Borst en Noam bleek een verdeling binnen de groep meisjes waarbij een gedeelte zich op het preconformistische niveau. Dat wil zeggen dat zij nog een egocentrisch perspectief op zichzelf en anderen hebben. Een ander deel functioneerde al

op conformistisch niveau. In deze verdeling bleek ook een verschil in zelfreflectieve mogelijkheden. De meisjes die op preconformistisch niveau functioneerden, waren vooral boos en konden zich niet goed verplaatsen in andermans perspectief, en richtten hun agressie zowel op anderen als op zichzelf. De conformistische zelfmoordpogers waren vooral depressief en gaven anderen zelden de schuld van hun problemen. (De Wit, 2004)

De inschatting voor suïciderisico wordt nog verder bemoeilijkt door het feit dat de doelgroep tussen 12 en 18 jaar kampt met de ontwikkeling van kind naar adolescent. In deze periode kunnen signalen die duiden op suïcidale ideatie worden geïnterpreteerd als ‘grillen, die bij de adolescentie horen’. De ontwikkeling in de adolescentie gaat soms gepaard met ‘lastig gedrag’. In de loop van de adolescentie gaan jongeren meer problemen vertonen, al is de toename minder groot en plotseling dan vaak wordt gedacht.

Een ander verschijnsel dat in de geraadpleegde literatuur over suïcidaliteit minder naar voren komt, maar in de interviews met therapeuten veelal geopperd wordt is de bijkomstigheid van automutilatie. Deze vorm van suïcidaal gedrag lijkt een opzichzelfstaand verschijnsel, maar wordt in de praktijk gezien als een suïcidale gedraging. Hiervoor worden een aantal verklaringen gegeven. Automutilatie, het opzettelijk beschadigen van eigen lichaam, kan worden gebruikt als een suïcidepoging. In de documentaire *Nadia durft niet te leven* geeft Nadia aan dat zij scheermesjes koopt, en zichzelf daarmee beschadigt, in de hoop dat ze eens het lef zal vinden een grote ader door te snijden, en, zo zegt ze zelf: “...door te zetten”. Steeds wordt in deze documentaire zichtbaar hoe hopeloos Nadia is, en hoe ongelukkig zij zich voelt. Haar angst voor het leven en haar depressie zet aan tot het steeds terugkerende automutileren en de steeds terugkerende suïcidepogingen.

Uit bovenstaande informatie is te concluderen dat het gehele spectrum van suïcidaal gedrag zichtbaar kan worden bij de doelgroep. Suïcide komt bij jongeren tussen 12 en 14 jaar nauwelijks voor, maar neemt vanaf 15 jaar beduidend toe. Meisjes doen 2 à 3 keer vaker een poging dan jongens. 2,2% van de jongeren op het voortgezet onderwijs heeft ooit wel eens een poging gedaan.

Suïcide is bij jeugdigen één van de belangrijkste doodsoorzaken is. Er zijn jongeren die gedachten hebben om zichzelf te doden (suïcidale gedachten). Een deel hiervan doet een poging (suïcidepoging) en een kleiner deel onderneemt actie die leidt tot de dood (suïcide). Geslaagde suïcides worden vaak voorafgegaan door (meerdere) pogingen.

Suïcidepogingen van jongens zijn over het algemeen agressiever (bijv. ophanging, van grote hoogte springen) dan van meisjes (vergiftiging door inname van medicijnen). Er zijn suïcidepogingen waarbij de betrokkene niet echt dood wil, maar waarbij onbedoeld wel dood of blijvende lichamelijke schade is optreden.

Cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten kunnen over het algemeen alle vormen van suïcidaal gedrag laten zien, en opvallend is hierbij de automutilatie.

Suïcidaal gedrag komt, ook bij deze doelgroep, zelden voor zonder psychiatrische problematiek.

Waaruit bestaan de depressieve klachten en co-morbiditeit van suïcidaliteit die bij cliënten tussen 12 en 18 jaar kunnen voorkomen?

Het komt zeer zelden voor dat suïcidale gedragingen zich zonder bijkomende problematiek manifesteren. Er zijn verschillende psychiatrische stoornissen waarbij suïcidaliteit mee geassocieerd wordt. Hieronder wordt de meest voorkomende psychiatrische problematiek waarbij suïcidaliteit zich manifesteert in deze doelgroep beschreven. Let wel, suïcidaliteit manifesteert zich niet altijd bij de onderstaande problematiek. Er is een verdeling in de genoemde problematiek, namelijk de internaliserende problematiek en de externaliserende problematiek. Voornamelijk bij internaliserende problematiek komt suïcidaliteit voor.

Internaliserende problematiek is de problematiek die naar binnen gericht, is en wordt vaak getypeerd als problematiek op het emotionele gebied. Soms is deze problematiek zichtbaar, maar heel vaak ook niet. Jongeren laten lang niet altijd merken dat zij zich van binnen angstig, depressief of verontrust voelen. Externaliserende problematiek richt zich naar buiten, en is vaak zichtbaarder dan internaliserende problematiek.

Stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen betreffen stoornissen waarbij als belangrijkste kenmerk de stemming min of meer langdurig veranderd is, in de vorm van ernstige somberheid (depressie) of overdreven goede stemming (manie). Stemningsverandering kunnen ook optreden als normale emotionele reacties op tegenslag of voorspoed. Een belangrijk kenmerk van deze normale reacties is dat zij meestal vrij kort duren, enkele uren tot veelal niet meer dan enkele dagen. Bij een stemmingsstoornis is de verstoring van de stemming meer diepgaand en duurt het ook langer, tenminste enkele dagen tot weken, vaak zelfs weken tot maanden. (Vandereycken, 2000, p.176)

Bij een depressie is er bij jongeren sprake van een depressieve of prikkelbare stemming, of een duidelijke vermindering van interesse of plezier in activiteiten. Bijgaand doen zich lichamelijke klachten voor, zoals gewichtsveranderingen, verandering in het slapen en vermoeidheid. Bij adolescenten is een laag gevoel van zelfwaarde een belangrijk symptoom van een depressie. Zij hebben het gevoel te hebben gefaald, zowel ten

opzichte van zichzelf als ten opzichte van anderen. De bij depressieve jongeren aanwezige gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid verlagen het zelfgevoel nog meer.

Depressie is de belangrijkste risicofactor voor suïcide. De chronische depressie en met name de depressie waar wanhoop op de voorgrond staat, kent het grootste risico, schrijft Dr. Kerkhof in Handboek Suïcidaal Gedrag. Ook de World Health Organisation geeft aan dat in 90% van suïcidale gedragingen de associatie met depressie is te leggen.

Misbruik of afhankelijkheid van middelen

Alcohol is de meeste gebruikte drug in Nederland. Ook jongeren maken gebruik van alcohol. Onderzoek onder scholieren in 1999 laat zien dat jongeren flink kunnen drinken: ruim 25% dacht meer dan 10 glazen alcohol nodig te hebben om dronken te worden. Ook nicotine is een veelgebruikte drug onder jongeren. De gemiddelde leeftijd van het eerste gebruik van alcohol en tabak is ongeveer 17 jaar.

Voor indelingen in het gebruik van alcohol zijn twee aspecten belangrijk: de functie van het gebruik en de hoeveelheid (Hendriks, Molleman & Schippers, 1988). De vier belangrijkste functies zijn: kennismaken en experimenteren, lust opwekking, onlust verdrijven en verdrijven van onthoudingsverschijnselen.

Onder excessief gebruik wordt verstaan het gebruik van riskante hoeveelheid, dat wil zeggen dat mogelijk of zeker schade oplevert. De grens tussen wel en niet excessief is tamelijk arbitrair en afhankelijk van de schade die men erbij betreft. Er zijn grote individuele verschillen die ondermeer samenhangen met lichaamsgewicht, geslacht, leeftijd, drinkgeschiedenis en dergelijke.

(Vandereycken, 2000, p.99)

De DSM-IV stelt de volgende diagnostische criteria voor middelenaafhankelijkheid:

- Optreden van tolerantie, gedefinieerd als:
 - De behoefte de hoeveelheid van de stof sterk te vergroten teneinde hetzelfde effect te verkrijgen;
 - Beduidend minder effect bij voortgaand gebruik van dezelfde hoeveelheid van de stof.
- Onthoudingsverschijnselen, blijkend uit het volgende

- Optreden van voor de stof kenmerkende onthoudingsverschijnselen;
- Gebruik van de stof (of een nauw verwante stof) om de onthoudingsverschijnselen van die stof tegen te gaan.
- Vaak langer of meer gebruiken dan voorgenomen
- Hevig verlangen naar het middel
- Veel tijd en energie spenderen om aan de stof te komen
- Opgeven en verwaarlozen van belangrijke sociale, werk- en/of recreatieve activiteiten
- Voortgezet gebruik, ondanks kennis van negatieve consequenties

(APA, 2001, p.145)

De afgelopen decennia is vooral aandacht geschonken aan de rol van alcohol in de pathogenese van suïcidaal gedrag. Uit de psychologische autopsieonderzoeken die wereldwijd uitgevoerd werden blijkt dat alcoholisme en misbruik van middelen een belangrijke rol spelen in 15 tot 27% van alle suïcides.

Over het algemeen wordt aangenomen dat tabak en alcohol gebruikelijke drugs zijn onder jongeren. Dit geldt niet voor andere drugs. Er is een neiging tot experimenteren met drugs, maar daar blijft het over het algemeen bij. Veelvuldig en regelmatig gebruik van soft- en harddrugs komt niet veel voor, en lijkt afhankelijk van verschillende factoren, zoals regio en sociale omgeving. Wanneer er echter wel veelvuldig en regelmatig gebruik wordt gemaakt van hard- en softdrugs, wordt dit in de geraadpleegde bronnen geassocieerd met suïcidaal gedrag in deze doelgroep.

Uit onder andere de data afkomstig vanuit de interviews met 4 creatief therapeuten binnen de jeugdpsychiatrie komt naar voren dat zij suïcide veelal koppelen aan de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Zij beschrijven deze doelgroep als een doelgroep waarbij veel suïcidaal gedrag zichtbaar is, en waarbinnen suïcidaliteit ook ingezet wordt door deze doelgroep om om aandacht te vragen. Borderline is een persoonlijkheidsstoornis die zich kenmerkt door sterke wisselingen in stemming, gedachten en gedrag. Er is een sterk aanhoudend wisselend zelfbeeld of zelfgevoel dat in combinatie met bijkomende impulsiviteit kan leiden tot herhaaldelijke pogingen tot zelfdoding of zelfbeschadiging.

Er zijn enkele factoren te benoemen die uit de literatuur naar voren komen als risicofactoren in verband met suïcidaliteit.

Emotionele ontredde

Mensen plegen suïcide of ondernemen suïcidale gedragingen wanneer zij in ernstige emotionele problemen verkeren. Suïcidaal gedrag zonder voorafgaande emotionele ontredde is zeer zeldzaam. Suïcidale gedragingen komen voornamelijk voor wanneer mensen in een emotioneel ontredde staat negatieve verwachtingen voor de toekomst hebben. Zij beschouwen hun toekomst als uitzichtloos, en zien hierbij suïcide als de enige oplossing. Ze zijn wanhopig, hopeloos. Hopeloosheid is een veelgenoemde risicofactor in de literatuur.

Emotionele ontredde kan, volgens Dr. Kerkhof, in Handboek Suïcidaal Gedrag, alleen maar optreden tegen de achtergrond van bedreigde persoonlijke belangen (Frijda, 1988; Lazarus, 1991). Wanneer een levensgebeurtenis of situatie incongruent wordt gevonden met belangrijke levensidealen, dan zal men negatieve emoties ervaren (woede, angst, verdriet). De overtuiging van suïcidale mensen dat het leven ondraaglijk is geworden, omvat een totale devaluatie van de mogelijkheden om in de toekomst alsnog persoonlijke belangen en levensdoelen te bereiken.

Volgens deze mensen komt door deze incongruentie hun identiteit op het spel te staan. Hiermee refereren zij aan een complex van behoeften, normen en waarden, idealen en levensvervullingen die centraal staan in de persoonlijkheidsontwikkeling, waaraan men zijn zelfbeeld ontleent.

Bij 12- tot 18-jarigen is de ontwikkeling van de persoonlijkheid in volle gang, waardoor een dergelijke factor meer invloed zou kunnen gaan hebben. Doordat de adolescentie in het teken staat van de identiteitsontwikkeling, en vaak sowieso gepaard gaat met een bepaald gevoel van emotionele ontredde, lijkt een dergelijke risicofactor belangrijk bij mogelijke ontwikkeling van suïcidaliteit bij deze groep.

Daarnaast lijken voor veel adolescenten levensdoelen nog zover weg, dat de beschermende factor van het hebben van concrete toekomstdoelen niet altijd opgaat.

Hopeloosheid

Dr. Kerkhof schrijft dat “Mensen die suïcidepogingen ondernemen zonder dodelijke afloop, evenzeer negatief zijn over hun toekomst, maar toch nog, hoe onbewust of ambivalent ook, een sprankje hoop lijken te hebben, dat hun toekomstperspectief kan verbeteren, dat anderen te hulp zullen snellen, dat ze toch nog baat zullen hebben bij hulpverlening,”

Op basis van vergelijkingen van onderzoeksbevindingen van verschillende studies naar de relatie tussen negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd en adolescentie (tot 18 jaar) en suïcidaal gedrag, door Yang en Clum (1996), blijkt er sprake van consistentie met betrekking tot een aantal gebeurtenissen en ervaringen die samenhangen met een verhoogd risico op suïcidepogingen.

Relationele problemen en conflicten die plaatsvinden voorafgaande aan suïcidepogingen, zijn vaak niet verschillend van de problemen en conflicten die deze personen steeds opnieuw hebben meegemaakt over een lange reeks van jaren. Degenen die niet-dodelijke suïcidepogingen ondernemen hebben onevenredig vaak te kampen gehad met traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en adolescentie. Hierbij kan gedacht worden aan fysieke of emotionele verwaarlozing, gebroken gezinnen, geweld of seksueel misbruik. Op grond van dergelijke gebeurtenissen ontwikkelen deze personen een negatief zelfbeeld, hebben relationele problemen en ervaren overweldigende gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid. Hierdoor kan iedere negatieve gebeurtenis, hoe klein ook, in optiek van een buitenstaander, suïcidale verlangens of gedrag uitlokken.

Deze hulpeloosheid en hopeloosheid manifesteert zich niet enkel op het relationele vlak. Ook in ieder ander levensgebied ervaren deze personen deze gevoelens. Zo hebben zij vaak te kampen met werkeloosheid, hebben een laag opleidingsniveau en gebrekkige huisvesting. Vaak hebben zij in het verleden al psychiatrische behandeling ondergaan, en hebben te kampen met verslaving.

Deze bevindingen worden gecompliceerd omdat veel kwetsbaarheidsfactoren die hierboven genoemd zijn met elkaar samenhangen, en vaak in verband staan met achterliggende persoonlijkheidsproblematiek zoals die eerder beschreven zijn.

Zoals eerder genoemd komen suïcidale gedragingen voornamelijk voor wanneer mensen in een emotioneel ontredderde staat verkeren. Hoe mensen omgaan met dergelijke gevoelens van frustratie omtrent de levenssituatie hangt af van de affectregulatie. Affectregulatie wil zeggen hoe men de eigen gedachten, gevoelens kan verdragen, bijstellen of herwaarderen. Hierbij is een verschil waarneembaar bij ieder individu. Eigenschappen als impulsiviteit, rigiditeit en een gebrekkig probleemoplossend vermogen spelen hierbij een rol. Ook levenservaring speelt een belangrijke rol. Een adolescent zal anders reageren op een suïcidale crisis dan een oudere zal doen.

Er zijn ook in het kader van het risico op suïcidaal gedrag protectieve factoren te benoemen.

Op de eerste plaats geldt dat een sterk betrokken netwerk van intimi en vrienden de kans op suïcide verkleint. De aanwezigheid van kleine kinderen voor wie de cliënt verantwoordelijk is, beschermt zeker; dit geldt overigens meer voor moeders dan voor vaders. Goede intieme relaties met partner en kinderen en met andere familieleden lijken doorslaggevend.

Op de tweede plaats geldt dat chronische cliënten die in sterke mate religieus zijn, minder kans lopen op een suïcidale ontwikkeling, ook al beschermt religie niet altijd tegen suïcide (Maris, 1992).

Op de derde plaats beschermt een goede werkrelatie tussen behandelaar en de cliënt tegen suïcide. Het verdient aanbeveling om te bevorderen dat de cliënt tenminste met een van de personeelsleden en persoonlijke band kan ontwikkelen.

Op de vierde plaats kan het risico op suïcide verhoudingsgewijs gering worden geacht wanneer de cliënt in het verleden langdurig een sociaal en productief leven leidde en de depressie pas laat inzette. Tenslotte kan worden nagegaan wat de cliënt zelf aangeeft over de mate van fluctueren van zijn suïcidale neigingen.

(Van Heeringen, 2007, p.59)

Samenvattend is uit bovenstaande informatie te concluderen dat suïcidaal gedrag in de bronnen veel geassocieerd wordt met psychiatrische stoornissen, zoals klinische depressie of Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Ook zijn er een aantal karakteristieken die als gezien worden als factoren die het risico op suïcidaal gedrag kunnen verhogen of verlagen. Rondom suïcidaliteit is veel te zeggen over de systeemfactoren van een cliënt,

omdat blijkt dat een sterk systeem een cliënt van suïcide kan weerhouden of als steunend ervaren wordt.

De depressieve klachten bij adolescenten bestaan voornamelijk uit een prikkelbare of depressieve stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag, en duidelijke vermindering van interesse en plezier in activiteiten. Ook zijn belangrijke signalen hierbij in een biologisch kader te vinden, zoals gewichtsverlies of -toename, slapeloosheid, moeheid of verlies van energie. Dit in combinatie met een verminderd vermogen tot nadenken en besluiteloosheid kan terugkerende gedachten aan de dood tot gevolg hebben.

Ook wordt suïcidaliteit bij deze doelgroep in verband gebracht met middelenmisbruik. Er zijn ook andere psychische ziektebeelden die bij deze doelgroep geassocieerd worden met suïcidaliteit. De ‘beginnende’ borderline persoonlijkheidsstoornis wordt veel in de geraadpleegde literatuur en bronnen genoemd. Hierbij zijn er sterke wisselingen waarneembaar in gevoelens van eigen waarde en in de relaties met anderen.

In de geraadpleegde literatuur en bronnen komen ook een aantal risicofactoren naar voren, zoals emotionele ontreddering. Echter er zijn ook een aantal beschermende factoren te noemen, zoals een sterk sociaal netwerk.

Gezien bovenstaande aspecten kan het aanvullend zijn te kijken naar de behandeling van suïcidaal gedrag en de rol die beeldende therapie daarin kan hebben.

Op welke manier manifesteert suïcidaliteit zich binnen beeldende therapie?

Over het algemeen manifesteert suïcidaliteit zich op verschillende manieren. Er is hier een analogie te trekken naar beeldende therapie, en er is binnen de beeldende therapie nog een extra manier tot uiten naast de verbale en non-verbale uitingen.

Suïcidaliteit manifesteert zich binnen de beeldende therapie in verschillende vormen. Verbaal suïcidaal gedrag kan zich binnen de beeldende therapiesetting laten zien. Er is meestal binnen de therapiesetting een tijd en plaatst voor het bespreken van gevoelens, gedrag en gedachten die een cliënt kan bezig houden. Deze gelegenheid kan een cliënt aangrijpen om uiting te geven aan suïcidaliteit waarmee deze cliënt mogelijk kampt.

Dit kan op verschillende manieren, namelijk op een directe manier. Voorbeelden daarvan zijn zinnen als: “Ik wil dood.” of “Ik ga er een einde aan maken.”. Dergelijke zinnen geven heel direct uiting aan een doodswens van een cliënt. Er zijn ook andere verbale uitingen die op suïcidaliteit duiden, namelijk op een non-directe manier. Dan kan een cliënt zinnen gebruiken als: “Ik wil slapen en niet meer wakker worden.” of “Als ik er morgen niet meer ben, zal niemand mij missen.”.

Vanuit verschillende bronnen wordt geconstateerd dat verbaal suïcidaal gedrag ter inschatting van het daadwerkelijke risico op suïcide lastig te classificeren is. Luid en zichtbaar suïcidaal gedrag wordt gezien als een pijn- of hulpkreet. Vaak laat dit de ambivalentie zien die tussen het leven en de dood wordt ervaren. Ook wordt gesteld: ‘hoe luider de kreet, hoe lager het daadwerkelijk risico.’ Dergelijke stellingen zijn echter niet wetenschappelijk onderbouwd.

Non-verbale suïcidale uitingen kunnen binnen de beeldende therapiesetting ook voorkomen. Ook daarin zijn verschillende vormen. Suïcidaal gedrag heeft ook in deze directe uitingen en non-directe uitingen.

Bij directe uitingen kan gedacht worden aan het gebruik maken van materiaal en gereedschap om suïcidaliteit te uiten. Zo gaf een van de geïnterviewde therapeuten het voorbeeld van een cliënt die een schaar gebruikte om zichzelf te beschadigen tijdens de therapie, of gestolen stanleymessen, ter gebruik in eigen tijd. Dergelijk gedrag wordt meestal binnen een therapiesetting niet getolereerd. Sterker nog, vanuit beleidsmatig

opzicht lijkt het binnen de meeste psychiatrische settings te leiden tot een time-out, waarbij de behandeling voor enkele uren tot dagen wordt stopgezet.

Er is echter ook non-direct gedrag dat in bepaalde context kan worden geclassificeerd als suïcidaal gedrag. Dan kan men denken aan een voorbeeld waarin een cliënt zijn spullen weggaf en afscheid nam van mensen om hem heen. Het verwaarlozen van de persoonlijke zorg kan ook gezien worden als het non-direct suïcidaal gedrag, het niet willen eten, het gebruik van medicijnen en drugs die leiden tot een afbraak van het leven. Dergelijk suïcidaal gedrag ligt in verband met het persoonlijke zorg, en wordt in de praktijk binnen de psychiatrie soms ook ervaren en geclassificeerd als indirect suïcidaal gedrag.

Beeldend suïcidale uitingen zijn ook binnen beeldende therapie voorkomend. De respondenten van het onderzoek benoemen deze uitingen.

Suïcidaliteit wordt beeldend zichtbaar in de manier waarop een cliënt omgang heeft met het materiaal. De relatie die de cliënt aangaat met het materiaal is hiervoor een belangrijke pijler van hoe iemand zich kan voelen. Cliënten laten hun suïcidaliteit soms zien door somberheid in de vormgeving, door traag werken en het hebben van weinig lust in het werken. Ook maken suïcidale cliënten geen binding met het materiaal, en hebben zij veel de neiging hun werk te waarderen als waardeloos. Daaruit komt soms de drang om hun werk te vernietigen voort, of laten zij over het algemeen geen zorg voor hun werk zien.

Maar ook in de vormgeving en in het beeld kan het zichtbaar worden. Dit kan voorkomen door dat er concrete beelden worden vormgegeven waarin suïcidaliteit geuit wordt.

Beeldend van figuren die sterven, van methoden van suïcidepogingen of van bloed en verwondde figuren.

Suïcidaliteit kan ook minder concreet voorkomen in beelden. Er kan dan gedacht worden aan het gebruik van donkere kleuren, en sombere vormen. Ook klein werken, geen plaats willen nemen in werk, kan worden geïnterpreteerd als suïcidale uitingen. De waarde en betekenisgeving van de cliënt aan het werk is hierbij de pijler tot bepaling van het gedrag.

Zoals in bovenstaande informatie staat, manifesteert suïcidaliteit zich op verschillende manieren in beeldende therapie.

Er kan verbaal suïcidaal gedrag zichtbaar zijn, op directe manieren, of op non-directe manieren.

Er kan non-verbaal suïcidaal gedrag zichtbaar zijn, ook op directe manieren, of op non-directe manieren. Denk aan verwonding met gereedschappen die te vinden zijn in de therapiesetting, maar ook aan non-direct suïcidaal gedrag, als gebrek in de persoonlijke verzorging en relationele omgang met het werk.

In beeldende vormgeving is suïcidaliteit zichtbaar door concrete vormgeving, zoals tekeningen met als thema de dood, maar ook het enkel gebruiken van sombere kleuren en vormen.

Van welke aspecten van beeldende therapie gaat mogelijk een behandelende invloed uit op suïcidaliteit?

Binnen de beeldende therapie komt suïcidaliteit zeker voor. Zoals in voorgaand hoofdstuk beschreven is, wordt het zowel in het beeld als in het gedrag van de cliënt zichtbaar. Door met de respondenten van mijn interviews ook te spreken over de beeldende middelen die zij inzetten bij de manifestatie van suïcidaal gedrag is een beeld verkregen van de mogelijk behandelende invloed van beeldende middelen.

De therapiesituatie kan bij contact met suïcidaliteit binnen de therapie veelal gaan over het hebben van een eigen plek. Cliënten geven aan gedachten te hebben omtrent het verlaten van hun plaats op deze aarde en zijn niet content en in contact met hun plek. Een sterk aspect in beeldende therapie is het creëren en toe-eigenen van een eigen plek. Beeldende therapie kan een belangrijke rol spelen bij het herwinnen van een zeker contact met de eigenheid van een cliënt. Deze zoektocht naar autonomie kan een centrale plaats innemen in beeldende therapie doordat iets maken, en voornamelijk iets vanuit jezelf is een daad van autonomie en het innemen van je plek in een groep en in het hier en nu. Ook basale dingen binnen beeldende therapie kunnen deze kracht versterken, zoals het hebben van een vaste plek in een therapieruimte, zitten op een stoel, stevigheid en contact met materiaal. Over het algemeen kan in beeldend werk contact tot stand komen met het eigen gevoel. Hierbij zijn het scheppende karakter, het ontstaan van een product, iets van jezelf terugzien bijdragende aspecten in het beeldend medium.

Door de respondenten van het onderzoek werd aangegeven dat het beeldend medium een zeer cliëntspecifiek medium is. Het is enerzijds lastig te zeggen van welke middelen een behandelende invloed uitgaat, omdat elke cliënt zijn eigen voorkeuren heeft binnen het beeldende medium. Echter is er wel te constateren dat de kracht van het beeldend medium bij de behandeling van deze doelgroep ligt in bepaalde aspecten van het beeldend medium.

Francien Meyjes gaf duidelijk aan hoe de inzet van het beeldend medium een crisis in de aanloop in de kiem kan smoren, of een cliënt handvatten kan bieden om deze crisis het

hoofd te bieden. Over hoe zij de cliënten deze handvatten leert in te zetten zegt zij het volgende:

“Een cliënt leer te gewaarworden wat er in zich omgaat, zonder oordeel. Er zijn veel oordelende gedachten, neem deze waar, en het gaat weer weg. Ook bij crisisvaardigheden, als een cliënt zich labiel of rot voelt. Neem het waar, ook als het een rot gevoel is, ook al ben je geneigd weg te vluchten in het rotgevoel. De cliënten leren de onrust te verdragen. Daarop kan een cliënt dan onder begeleiding in gaan door iets met het rottige gevoel te doen, uit je woede, geef het beeld in een dier, op een gestructureerde manier. Zich er even op concentreren, door het materiaal en omdat het vorm krijgt word het verdraagbaar.” Wat zij hier aangeeft past bij Dialectische Gedragstherapie (DGT). DGT legt de nadruk op het vaardig verdragen van pijn. Omdat pijn en crises bij het leven horen en niet kunnen worden weggenomen, leidt het onvermogen om hier mee om te kunnen gaan tot meer pijn en lijden. Ook is het volgens DGT van belang om dit lijden vaardig te kunnen verdragen omdat dit een essentieel onderdeel is van iedere poging om zichzelf te veranderen. Omdat in therapie verandering centraal staat is het aanleren van deze vaardigheid een kernpunt in therapie. Beeldende therapie wordt binnen DGT veel ingezet om crises het hoofd te leren bieden.

Er worden volgens DGT twee vaardigheden aangeleerd.

- Acceptatie van de realiteit. Hierbij gaat het om acceptatievaardigheden en bereidwilligheid versus koppigheid. Het vermijden van alles wat samenhangt met pijn maakt dat de pijn blijft bestaan. De geraadpleegde literatuur geeft hier bij het belang van een actief proces van binnen uit van de cliënt aan. Het is zo gezegd van groot belang dat de cliënt hier kiest om te accepteren.
- Vaardigheden voor het verdragen en overleven van een crisis. Deze vaardigheden zijn verdeeld in vier groepen: afleiding, zelfkoestering, verbeteren van het moment en gerichte aandacht voor voor- en nadelen.

Beeldende therapie wordt binnen DGT ingezet door het maken van helpende symbolen die kunnen ondersteunen van crises, bijvoorbeeld een symbool voor een eigenschap of een vaardigheid, een speksteen die meegenomen kan worden of een herinneringskaart of beeld. Dit maakt visueel, concreet en tastbaar en is daarmee aanwezig op momenten buiten de therapie voor ‘transfer’.

Actief zoeken naar prettige situaties, veiligheid en afleiding in vormgeving en materiaalbeleving (koesteren van de zintuigen). Vormgeven aan een veilige (fantasie)plek. Zoeken naar manieren van beeldend werken die je prettige afleiding geven. (Haeyen, 2007, p. 254/256)

In het aanleren van deze vaardigheden zet Haeyen in het kader van DGT een aantal interessante beeldende technieken in.

Positief Boekje.

Maak met behulp van afbeeldingen uit eerdere opdrachten een boekje waarin je een verzameling aanlegt van allerlei dingen die jou een goed gevoel geven en die in een crisissituatie als steun kunnen bieden. Hierbij vraag je als huiswerk van tenminste drie verschillende personen positieve feedback.

Het doel van deze opdracht is het kunnen vasthouden aan positieve gevoelens ten opzichte van zichzelf of anderen, steun leren bieden aan jezelf, leren blijven focussen, ook op het positieve.

Hierbij zijn verschillende materialen inzetbaar, zoals papier, tijdschriften, plaatjes en foto's, maar ook touw en inbindmateriaal. Deze opdracht gebeurt individueel in de groep.

Helpend Symbool

Schilder jezelf in een situatie die je moeilijk vindt.

Bedenk welke vaardigheid of eigenschap je in deze situatie in zou kunnen zetten en zet dit om in een symbool. Maak dit symbool op een etiketsticker en plak deze op een plek waar je deze regelmatig kan tegenkomen, als een reminder voor de eigenschap die je wilt ontwikkelen.

Het doel van deze opdracht is het bestrijden en corrigeren van disfunctioneel gedrag/gevoel/denken. Focussen op en bekrachtigen van vaardigheid/eigenschap die de cliënt wil ontwikkelen.

Concretiseren in een helpend symbool dat fungeert als reminder.

Hierbij zijn teken- en schildermaterialen inzetbaar, naast etiketstickers en kaartjes. Deze opdracht wordt individueel in de groep ingezet.

Geheime kamer in je zelf

Stel je een kamer in jezelf voor en kijk hoe die eruit ziet. Het is een kamer waarin je ontspant, je je kan terugtrekken als je je bedreigd voelt. De deur gaat dicht voor alles dat je kan kwetsen.

Het doel van deze opdracht is het vinden van rust bij jezelf en veiligheid in jezelf zoeken en dit in een concrete vorm gieten.

De uitwerking kan met variërende materialen en kan zowel 2D als 3D worden uitgevoerd.

Deze drie werkvormen zijn onderdeel van de module Crisisvaardigheden uit het werkboek *Niet uitleven maar beleven* van Suzanne Haeyen. In deze module worden nog meer interessante beeldende werkvormen geopperd. Uit haar werkboek wordt duidelijk hoe inzetbaar het beeldend medium is in het aanleren van affectregulatieve vaardigheden bij cliënten die kampen met crises. Het is echter lastig daaruit specifieke beeldende materialen of technieken te extraheren.

Er is over de specifieke beeldende materialen en hun eigenschappen iets te zeggen in het kader van behandeling van deze doelgroep. Er zijn immers karakteristieken van beeldend materiaal die een bepaalde functie kunnen hebben in de behandeling van deze doelgroep. Hierin is de betekenisgeving van groot belang en het samenspel tussen therapeut, cliënt en medium essentieel.

Bijvoorbeeld de karakteristieken van klei. Klei is zacht en wordt na bewerking warm in de handen. De structuur verandert naarmate het meer bewerkt wordt. Klei heeft verschillende kleuren, is vormbaar en kan hard worden. Ook kan het hardere stukken bevatten, chamotte. Klei kan ingezet worden, doordat het goed bewerkbaar is. Er is een mogelijkheid tot analoog vergelijken van hoe een cliënt met dit materiaal contact kan maken en doormiddel hiervan bepaalde ervaringen op kan doen. Te denken valt aan het gevoel dat grip op klei kan geven, een gevoel van vastpakken, en je vingers erin duwen, stevige grip. Toch blijft het vormbaar, en zich aanpassen aan de pressie die het van buitenaf ervaart. Hierin is een vergelijking naar de cliënt te trekken.

Glas is een materiaal dat de doelgroep ook sterk kan aanspreken. Glas is spiegelen, breekbaar, maar ook vormbaar, door scherven op een bepaalde manier plaats te geven. De symboliek die in gebroken glas ligt, kan aansprekend zijn voor de doelgroep. Het gevoel van ‘gebroken zijn, maar toch mooi kunnen worden’ kan een opening voor gevoelsuiting bieden aan de doelgroep.

Houtskool wordt ook met enige regelmaat gekozen door deze doelgroep. Wellicht heeft het zwarte, vlekkerige karakter van houtskool een aantrekkingskracht op deze doelgroep. Het geeft mogelijkheid tot het zelf vormgeven, doordat de cliënt ermee kan tekenen, maar er kan ook mee gevlekt worden en vraagt daardoor voorzichtigheid in de omgang. Hier kunnen cliënten van leren, en kan betekenis worden gegeven.

Bovengenoemd zijn slechts drie voorbeelden van hoe beeldend materiaal inzetbaar is bij deze doelgroep. De kern van de inzetbaarheid van deze middelen is uiteindelijk de betekenisgeving van de cliënt, en het reflectief vermogen van de therapiegroep. Er zijn nog meer aspecten van beeldende therapie die deze geschikt maken in de behandeling van deze doelgroep.

Bij verschillende therapeuten die hun inzicht over suïcidaliteit en beeldende therapie in het kader van dit onderzoek gaven, kwam symboliek naar voren als een krachtig inzetbaar beeldend aspect. Het woord symbool komt uit het Griekse *syn* (samen) en *bolein* (gooien).

In de beeldende kunsten is het verschijnsel *symbool* een zeer vertrouwd iets; de voorstelling, de vorm maar ook de verschijningsvormen van het materiaal, de lijnen, de kleuren, de techniek waarin iets tot vorm komt, dit alles heeft symboolwaarde. Daarmee wordt iets tot uitdrukking gebracht wat onmogelijk in woorden op dezelfde wijze kan worden weergegeven of in welke andere uitdrukkingvorm dan ook. In beeld uitgedrukt heeft het symbool een geestelijke waarde en een materiële waarde. (...)

Symbolen moeten nooit verstaan worden als een concreet feit, maar als een analogie; als een gelijkenis. Hierdoor is het symbool ongrijpbaar en is het bewuste denken en de bewuste begripsvorming vanuit de logica niet van toepassing op het symbool. (...)

Het symbool bestaat niet op zichzelf, maar is deel van een geheel; pas de groep van symbolen, waarvan het ene symbool deel uit maakt, compleet met zijn deels tegenstrijdige analoge samenhangen, maken dat een onbekend iets dat voor het bewustzijn niet via de ratio te vatten is toegankelijker wordt, begrijpelijker en geschikter om bewust te worden. (...)

Over de functie van het symbool bestaan verschillende opvattingen. Je kunt ze grofweg verdelen in drieën:

- Het symbool dat het ontbrekende deel aan een oorspronkelijk geheel toevoegt,
- Het symbool waardoor een bepaalde waarheid wordt verhuld, onthuld of vervangen,
- Het symbool dat de communicatie in het leven van alledag vergemakkelijkt.

(Molenaar-Coppens in *Symbolen in de creatieve therapie*, 1996, p. 37-39)

Over de functie van symbolen schrijft Ineke Goos in haar artikel *De brugfunctie van symbolen* hoe rationeel niet begrepen kan worden wat emotioneel heel intens beleefd kan worden. Hierbij zijn vaak symbolen betrokken in het beeldende werk. Goos constateert dat bij creatieve ervaringen veel afspeelt op onbewust niveau. Daarbij heeft Goos houvast gevonden in de theorie van Ehrenzweig. Deze Engels beeldend kunstenaar en kunstpedagoog aan het Goldsmith College heeft een theorie ontwikkeld over onbewuste waarneming. Ehrenzweig onderscheid verschillende manieren waarop mensen waarnemen, namelijk vanuit de oppervlaktegeest en vanuit de dieptegeest. Dit is respectievelijk een duidelijke waarneming met een eenduidige betekenis en een waarneming die door ons als vaag en onduidelijk wordt gekwalificeerd. Deze laatste soort waarneming kan meerdere betekenissen hebben en chaotisch zijn. In het bewust maken van deze waarnemingen oppert Goos de vormgeving door middel van symboliek. Hierdoor krijgen symbolen een brugfunctie om 'waarnemingen in de dieptegeest' handzaam te maken en de emotionele waarde die hieraan hecht grijpbaarder te maken. Beeldende therapie is een beeldtaal om dat wat leeft in de 'dieptegeest' naar buiten te brengen het te integreren in het totale bestaan. Daartoe leent zich met name het gebruik van symboliek, vanwege de eerder genoemde brugfunctie, volgens Goos.

In zijn artikel *Het gouden ei, werken met symbolen in de behandelen van psychotici en zeer vroeg ontwikkelingsgestoorde cliënten* beschrijft Ad van Vugt een aantal mogelijke invalshoeken om met symbolen te werken binnen beeldende therapie. Deze worden hier benoemt en kort samengevat omdat deze invalshoeken meer grip kunnen geven op de inzetbaarheid van symbolen bij cliënten die suïcidaal gedrag vertonen.

De meeste voor de hand liggende manier om met symbolen te werken is ingaan op de symbolen die zich tonen in het werk van van de cliënt. In het werk worden vaak allerlei symbolen zichtbaar, echter dit is geen enkele garantie dat dit ook betekent dat de cliënt hier op een zinvolle manier gebruik van kan maken. Om hiervan op een zinvolle manier gebruik te maken moeten cliënten (geholpen worden) de betekenis te leren begrijpen door tastbare ervaringen (in beeldend werk) op te doen met de figuren en de wereld die in het symbool verborgen liggen. Hierdoor kan een cliënt de verbinding met de realiteit vasthouden.

Het aanbieden van symbolische figuren, vormen of objecten is de tweede mogelijkheid die Van Vugt noemt. Bij deze mogelijkheid valt te denken aan bijvoorbeeld dieren, bomen, instrumenten, sprookjesfiguren, landschappelijke elementen, enzovoort. Het gaat in dit geval om het bewust aanbieden van een bepaald figuur welke tot symbool kan worden van een bepaalde ervaring om hiermee een gericht appèl te doen op de cliënt. Hierbij zijn twee belangrijke problemen op te lossen, als eerst de juiste keus, voor ofwel de keus die past bij het gestelde doel, ofwel de gestelde tussenstap tot het uiteindelijke doel. Het tweede probleem is de moeilijkheid om de focus te bewaren en steeds weer de relatie te leggen tussen de activiteit en het uitgangssymbool. Hiervoor is goede observatie en kennis over de cliënt nodig.

De derde invalshoek die Van Vugt beschrijft biedt de elementaire grondvormen of basiselementen aan. Hierbij valt te denken aan de horizonlijn, de verticale lijn of de diagonaal; de cirkel, het vierkant, en driehoek; de basiskleuren; de elementen, water, lucht, vuur en aarde; enzovoort. De opbouw die van symbolen is vaak terug te brengen naar de basiselementen, en daardoor zijn deze zeer handzaam in het doorgronden van symboliek.

Tot slot zegt Van Vugt dat het gebruik van symbolen op zich geen enkele garantie biedt dat de cliënt deze ook zonder hulp zinvol zal of kan benutten om zijn problemen de baas te worden. Wel valt hem op dat er een nauwe relatie bestaat tussen deze symbolen en moeilijkheden waarmee cliënten kampen.

Samenvattend kan het beeldend medium door een aantal karakteristieken effectief zijn in de behandeling van suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar. Deze karakteristieken zijn bijvoorbeeld de zichtbaarheid van het medium, dat grip en plaatsing in het hier en nu biedt.

De tastbaarheid van het medium biedt handvatten in de realiteit. Ook beeldende aspecten als de vormbaarheid van klei, de uitingsmogelijkheden van boosheid, agressie in houtbewerking, of juist de symboliek van versieringen of maskeringen zijn zeer inzetbaar bij de doelgroep.

Symboliek is ook in dit kader belangrijk te noemen. Dit heeft op verschillende manieren functie in het behandelend proces en is op verschillende manieren aan te bieden aan cliënten. De functie van symboliek kan uiteenlopen van openende functies tot betekenisgevende functies. Zo kunnen symbolen aanleiding geven tot inzicht in de achterliggende betekenis van het symbool, maar worden symbolen ook ingezet om tot opdrachten te komen, en te activeren.

Op welke manier kan beeldende therapie een bijdrage leveren in de behandeling van (recidive) suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar oud met depressieve klachten?

In dit onderzoek is het van belang geweest inzicht te geven in de huidige situatie binnen de behandeling van suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar oud met depressieve klachten. Door beantwoording van de behandelde deelvragen kan een antwoord op de hoofdvraag geconcludeerd worden.

Wanneer er gekeken wordt naar de vormen van suïcidaal gedrag bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten, kan worden geconcludeerd dat het gehele spectrum van suïcidaal gedrag kan zichtbaar worden bij de doelgroep. Suïcide komt bij jongeren tussen 12 en 14 jaar nauwelijks voor, maar neemt vanaf 15 jaar beduidend toe. Meisjes doen 2 à 3 keer vaker een poging dan jongens. 2,2% van de jongeren op het voortgezet onderwijs heeft ooit wel eens een poging gedaan.

Suïcide is bij jeugdigen één van de belangrijkste doodsoorzaken is. Er zijn jongeren die gedachten hebben om zichzelf te doden (suïcidale gedachten). Een deel hiervan doet een poging (suïcidepoging) en een kleiner deel onderneemt actie die leidt tot de dood (suïcide).

Geslaagde suïcides worden vaak voorafgegaan door (meerdere) pogingen.

Als reden om dood te willen, wordt vaak aangegeven dat ze verlost willen worden van gevoelens van ellende en dat ze met de dood willen ontsnappen aan een hopeloze situatie. De manier waarop men suïcide pleegt, is afhankelijk van de doodswens; hoe sterker die wens, hoe agressievere methodes toegepast worden.

Suïcidepogingen van jongens zijn over het algemeen agressiever (bijv. ophanging, van grote hoogte springen) dan van meisjes (vergiftiging door inname van medicijnen). Er zijn suïcidepogingen waarbij de betrokkene niet echt dood wil, maar waarbij onbedoeld wel dood of blijvende lichamelijke schade is optreden.

Cliënten tussen de 12 en 18 jaar met depressieve klachten kunnen over het algemeen alle vormen van suïcidaal gedrag laten zien, en opvallend is hierbij de automutilatie.

Suïcidaal gedrag wordt in de bronnen veel geassocieerd met psychiatrische stoornissen, zoals klinische depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook zijn er een aantal karakteristieken die als gezien worden als factoren die het risico op suïcidaal gedrag kunnen verhogen of verlagen. Rondom suïcidaliteit is veel te zeggen over de systeemfactoren van een cliënt, omdat blijkt dat een sterk systeem een cliënt van suïcide kan weerhouden of als steunend ervaren wordt.

De depressieve klachten bij adolescenten bestaan voornamelijk uit een prikkelbare of depressieve stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag, en duidelijke vermindering van interesse en plezier in activiteiten. Ook zijn belangrijke signalen hierbij in een biologisch kader te vinden, zoals gewichtsverlies of -toename, slapeloosheid, moeheid of verlies van energie. Dit in combinatie met een verminderd vermogen tot nadenken en besluiteloosheid kan terugkerende gedachten aan de dood tot gevolg hebben.

Ook wordt suïcidaliteit bij deze doelgroep in verband gebracht met middelenmisbruik. Er zijn ook andere psychische ziektebeelden die bij deze doelgroep geassocieerd worden met suïcidaliteit. De ‘beginnende’ borderline persoonlijkheidsstoornis wordt veel in de geraadpleegde literatuur en bronnen genoemd. Hierbij zijn er sterke wisselingen waarneembaar in gevoelens van eigen waarde en in de relaties met anderen.

In de geraadpleegde literatuur en bronnen komen ook een aantal risicofactoren naar voren, zoals emotionele ontredde. Echter er zijn ook een aantal beschermende factoren te noemen, zoals een sterk sociaal netwerk.

Suïcidaliteit manifesteert zich op verschillende manieren in beeldende therapie. Suïcidaal gedrag kan verbaal zichtbaar zijn, op directe manieren, of op non-directe manieren. Er kan non-verbaal suïcidaal gedrag zichtbaar zijn, ook op directe manieren, of op non-directe manieren. Denk aan verwonding met gereedschappen die te vinden zijn in de therapiesetting, maar ook aan non-direct suïcidaal gedrag, als gebrek in de persoonlijke verzorging en relationele omgang met het werk.

In beeldende vormgeving is suïcidaliteit zichtbaar door concrete vormgeving, zoals tekeningen met als thema de dood, maar ook het enkel gebruiken van sombere kleuren en vormen.

Beeldende therapie kan door een aantal karakteristieken effectief zijn in de behandeling van suïcidaliteit bij cliënten tussen de 12 en 18 jaar. Deze karakteristieken zijn bijvoorbeeld de zichtbaarheid van het medium, dat grip en plaatsing in het hier en nu biedt.

De tastbaarheid van het medium biedt handvatten in de realiteit. Ook beeldende aspecten als de vormbaarheid van klei, de uitingsmogelijkheden van boosheid, agressie in houtbewerking, of juist de symboliek van versieringen of maskeringen zijn zeer inzetbaar bij de doelgroep.

Symboliek is ook in dit kader belangrijk te noemen. Dit heeft op verschillende manieren functie in het behandelend proces en is op verschillende manieren aan te bieden aan cliënten. De functie van symboliek kan uiteenlopen van openende functies tot betekenisgevende functies. Zo kunnen symbolen aanleiding geven tot inzicht in de achterliggende betekenis van het symbool, maar worden symbolen ook ingezet om tot opdrachten te komen, en te activeren.

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat beeldende therapie een therapievorm kan zijn die bij deze jongeren sterke invloed kan hebben. Een aantal aspecten van de beeldende therapie confronteert, geeft grip en geeft inzicht in de problematiek voor deze cliënten.

Al met al kan uit de bronnen geconcludeerd worden dat beeldende therapie in de behandeling van suïcidaliteit een houvast kan bieden en een vorm is waarin cliënten grip kunnen krijgen op wat zij met woorden niet kunnen bevatten. Ook kunnen zij aspecten van DGT inzetten om het medium preventief in te zetten om een crisis af te wenden. Dit onderzoek biedt geen duidelijkheid of het beeldend medium of beeldende therapie een algemeen preventieve waarde heeft bij suïcidaliteit bij de doelgroep. De respondenten van het onderzoek hebben het niet kunnen zeggen, omdat zij het niet zo kunnen concluderen uit hun werk. Hiervoor zou onderzoek nodig zijn, waarbij de inzet erg hoog is. De preventieve waarde is lastig te onderzoeken, gezien de onvoorspelbaarheid van

suïcidaliteit. Onderzoek naar suïcidaliteit is gevoelig, we hebben te maken van leven en dood. Het is daarom lastig in te zetten op een vorm van therapie, terwijl er zoveel combinaties te maken zijn in het zorgveld. De verschillende vormen van hulpverlening bij suïcidaliteit moeten ingezet worden om deze problematiek aan te pakken, en beeldende therapie is daarin een belangrijke vorm.

Aanbeveling

In dit hoofdstuk vindt u aanbevelingen op grond van de ervaring van dit onderzoek. Dit onderzoek heeft het karakter van een kleinschalige pilot, waarbij onder een beperkte respondenten-groep kwalitatief onderzoek is gedaan naar de huidige inzet van beeldende therapie bij suïcidaliteit bij cliënten tussen 12 en 18 jaar met depressieve klachten.

Algemene aanbevelingen

Naar aanleiding van dit kleinschalige kwaliteitsonderzoek heeft het mijn aanbeveling dit onderzoek grootschaliger uit te voeren. Een grotere respondenten-groep zal een duidelijker beeld kunnen scheppen van de huidige behandelvormen in de psychiatrische zorg voor jonge cliënten met suïcidaal gedrag en depressieve klachten. Ook heeft het mijn aanbeveling verder onderzoek te doen, bijvoorbeeld onder behandelaren van andere disciplines. Zo wordt een nog duidelijker beeld geschapen omtrent de inzet en invalshoeken binnen het zorgveld, en kunnen de verschillende therapievormen meer op elkaar aangesloten worden.

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat de algemene invalshoek bij de behandeling van suïcidaliteit bestaat uit het onderzoeken en behandelen van de onderliggende problematiek en co-morbiditeit. Suïcidaliteit wordt over het algemeen binnen het psychiatrisch zorgveld gezien als een symptoom van een stoornis. Echter, suïcidaliteit komt voor binnen onze gehele bevolkingsgroep, zowel onder mensen bij wie psychiatrische problematiek is geconstateerd, als bij mensen bij wie dat niet het geval is. Daarom is suïcidaliteit mijns inziens niet te categoriseren en is het van belang deze problematiek tevens als op zichzelf staand te benaderen. Binnen onze maatschappij zijn er initiatieven waaruit blijkt dat er behoefte is aan een maatschappelijk breed preventieplan in verband met suïcidaliteit. Zo werd in december 2007 vanuit de Ivonne van de Ven Stichting een actieplan aangeboden aan de toenmalige minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, met daarin een uitgebreide aanbeveling omtrent de maatschappelijke interventies die mogelijk zijn de suïcideratio binnen Nederland te verlagen.

Suïcidepreventie bestaat op dit moment in Nederland, en is opgebouwd in lagen.

Vanuit het parlement worden er vragen gesteld omtrent de invloed die zij hebben in de suïcidepreventie, zoals het plaatsen van hekken bij plekken langs het spoor waar relatief veel zelfmoord wordt gepleegd.

Er wordt landelijk aandacht besteed aan het probleem rondom suïcidaliteit, door tv-programma's, denk aan de thema-avond over zelfmoord van BNN, een televisiezender gericht op jongeren. Ook zijn er landelijke initiatieven om de mensen buiten de hulpverlening meer inzicht te geven in deze problematiek en handvatten te geven om om te gaan met mensen die kampen met suïcidaliteit.

Binnen de psychiatrische zorg wordt over het algemeen aangehouden dat er bij opname in het geval van suïcidaal gedrag, bijvoorbeeld een poging, of automutilatie, een time-out wordt ingezet. Dit houdt in dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd, en er op die manier geen hulpverlening kan worden geboden.

Meestal wordt er binnen de psychiatrische zorg niet specifiek ingezet op suïcidaliteit, maar wordt de behandeling van dit gedrag geïntegreerd in de behandeling van 'achterliggende' problematiek. Zo is er wel enige behandeling, maar worden er, mijns inziens, kansen laten liggen om mensen actief te laten werken aan de onmacht en hopeloosheid van het hebben van suïcidale ideatie.

Het heeft sterke aanbeveling een creatief therapeutische module te ontwikkelen waarin jongeren tussen 12 en 18 jaar, die kampen met suïcidaliteit, groepsgewijs kunnen werken aan deze problematiek, en behandeling kunnen krijgen. Op dit moment bestaat een dergelijke module nog niet. In dit onderzoek is aanzet gegeven tot de ontwikkeling van deze module, en daarbij is het volgende nog te benoemen.

Aanbeveling ten aanzien van module-ontwikkeling

Indien er in de toekomst een product ter behandeling van suïcidaliteit door middel van beeldende therapie geschreven zal worden, zijn er een aantal aspecten die vanuit dit onderzoek van belang zijn gebleken, en wellicht in consideratie zouden kunnen worden genomen.

Doelgroep

Er zijn veel verschillende doelgroepen die te maken hebben met suïcidaliteit. Niet alleen de gemiddelde psychiatrisch cliënt heeft te kampen met deze problematiek, maar ook jonge mensen, kinderen, ouderen die wel of niet in aanraking staan met de zorg. Ook mensen die in aanraking staan met mensen die suïcidaal gedrag vertonen, hebben hier mee te maken. Het is belangrijk een afbakening te maken ter versterking van een module. Jongeren met de leeftijd 12 tot 18 jaar vallen allen binnen een bepaalde ontwikkelingsfase, namelijk de adolescentie.

Vanuit ontwikkelings-psychologisch opzicht is de adolescentie een belangrijke periode in de identiteitsontwikkeling. Aan deze periode zijn specifieke ontwikkelingsstaken verbonden. Over het algemeen kunnen deze taken worden gezien als:

- Het vormen van een eigen identiteit en het bereiken van autonomie ten opzicht van de ouders.
- De manieren van omgaan met bepaalde innerlijk beleefde conflicten.
- Een bepaald niveau van cognitief functioneren.

In deze transitieperiode zijn adolescenten kwetsbaar en beïnvloedbaar. Dat wordt onder andere zichtbaar in de sociale omgang, in de cognitie en in de biologie. In de adolescentie kunnen zich specifieke problemen voordoen, namelijk internaliserende problematiek en externaliserende problematiek. Deze verschillende stoornissen of symptomen kunnen zich tegelijkertijd met suïcidaliteit vertonen in het gedrag van jongeren. Dit kan betekenen dat er binnen deze module gewerkt kan worden, en rekening gehouden zal moeten worden, met een verscheidenheid aan achtergronden en psychiatrische problematieken. Gemeenschappelijk is de suïcidaliteitsproblematiek, gekenmerkt door de uiting van suïcidale gedachten, gevoelens of gedrag.

Indicaties en groepsvariabelen

Het is van belang in de uitvoering van een dergelijke module geen uitsluiting te maken op verwijzingen vanuit specifieke GGZ-instellingen. Juist veel jongeren die kampen met suïcidaliteit staan (nog) niet in contact met de GGZ, en kunnen daarom behandeling mislopen. Om hen in te begrijpen en verwijzing naar deelname aan deze module breder te trekken dan slechts van uit de algemene psychiatrische zorg.

Ook is van het van belang dat de deelnemende cliënt de juiste motivatie kan vinden voor het deelnemen aan de behandelvorm. Onwil en het niet openstaan voor behandeling lijkt daardoor een contra-indicatie.

Het is verder van belang de module groepsgewijs aan te bieden, vandaar dat er enige vorm van functioneren in de groep vereist kan worden van de deelnemende cliënt. De rol van de groep is in voorgaand hoofdstuk meerdere malen benoemt als een van de krachtige elementen in beeldende therapie in de behandeling van deze problematiek. Hoewel er veel individueel gewerkt zou kunnen worden in de te formuleren zittingen, is het steunende element van de groep onmisbaar bij deze problematiek. Er kan worden ervaren dat de cliënt niet de enige is die met deze problematiek kampt, en er kan steun worden gevonden in herkenbare situaties. Men kan bij groepsgrootte denken aan 3 tot 8 deelnemers, om de grootte voor de deelnemers niet te overweldigend te doen zijn.

Bij verdere gedachten omtrent de indicaties lijken de volgende indicaties te betrekken:

- De cliënt is tussen de leeftijd twaalf en achttien jaar.
- De cliënt vertoont suïcidaal gedrag.

Behandelvisie en behandelstrategieën.

De aanzet vanuit deze aanbeveling richt zich op een module die als behandelende invalshoek aanhoudt dat suïcidaliteit op zichzelf een behandelbaar fenomeen is.

De behandelvisie van waaruit DGT handelt zou kunnen passen bij een dergelijke module. DGT legt de nadruk op het vaardig verdragen van pijn. Omdat pijn en crises bij het leven horen en niet kunnen worden weggenomen, leidt het onvermogen om hier mee om te kunnen gaan tot meer pijn en lijden. Ook is het volgens DGT van belang om dit lijden vaardig te kunnen verdragen omdat dit een essentieel onderdeel is van iedere

poging om zichzelf te veranderen. Omdat in therapie verandering centraal staat is het aanleren van deze vaardigheid een kernpunt in therapie. Beeldende therapie wordt binnen DGT veel ingezet om crises het hoofd te leren bieden.

Er worden volgens DGT twee vaardigheden aangeleerd.

- Acceptatie van de realiteit. Hierbij gaat het om acceptatievaardigheden en bereidwilligheid versus koppigheid. Het vermijden van alles wat samenhangt met pijn maakt dat de pijn blijft bestaan. De geraadpleegde literatuur geeft hier bij het belang van een actief proces van binnen uit van de cliënt aan. Het is zo gezegd van groot belang dat de cliënt hier kiest om te accepteren.
- Vaardigheden voor het verdragen en overleven van een crisis. Deze vaardigheden zijn verdeeld in vier groepen: afleiding, zelfkoestering, verbeteren van het moment en gerichte aandacht voor voor- en nadelen.

Beeldende therapie wordt binnen DGT ingezet door het maken van helpende symbolen die kunnen ondersteunen van crises, bijvoorbeeld een symbool voor een eigenschap of een vaardigheid, een speksteen die meegenomen kan worden of een herinneringskaart of beeld. Dit maakt visueel, concreet en tastbaar en is daarmee aanwezig op momenten buiten de therapie voor 'transfer'.

Actief zoeken naar prettige situaties, veiligheid en afleiding in vormgeving en materiaalbeleving (koesteren van de zintuigen). Vormgeven aan een veilige (fantasie)plek. Zoeken naar manieren van beeldend werken die je prettige afleiding geven.
(Haeyen, 2007, p. 254/256)

Er zijn een aantal creatief therapeutische behandelstrategieën te opperen ten behoeve van de juiste uitwerking van een dergelijke module.

Een belangrijke werkwijze die past bij bijvoorbeeld een verkennende fase, is de supportieve creatieve therapie. Smeijsters (2003) noemt de volgende kenmerken van deze werkwijze die passen bij de steunende manier van werken, die past bij een verkennende fase:

- het verbeteren van de emotionele aanpassing, (het leren reageren zoals passend is bij de situatie).
- emotioneel evenwicht bereiken
- verstevigen van de bestaande afweer.

Bij deze werkwijze is het volgens Smeijsters geen centrale taak om de problematiek door te werken, maar juist staat het stabiliseren centraal. Vanuit een stabiele positie kan dan doorgewerkt worden in de actieve fase.

In deze fase kan gewerkt worden vanuit een andere behandelingswerkwijze die Smeijsters noemt in zijn Handboek Creatieve Therapie. De re-educatieve werkwijze richt zich op het doorwerken van probleem gedrag, door middel van gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten.

Bij deze werkwijze horen doelen als:

- Uiten en reguleren van emoties
- Vergroten van de frustratietolerantie
- Versterken van het zelfvertrouwen
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld.

Doelen

Het hoofddoel van een dergelijke module moet gericht zijn op de vermindering van suïcidaliteit bij jongeren tussen de twaalf en achttien jaar oud. Hiervoor moeten meetbare eindtermen geformuleerd worden, en het is van belang in gedachten te houden dat dergelijke eindtermen voornamelijk gericht zijn op uiting van innerlijke verandering.

Bij de formulering van de subdoelen kan gedacht worden de risicofactoren die in de literatuur genoemd worden, zoals emotionele ontreddeerdheid of hulpeloosheid, te betrekken.

Behandelfasen

Er is een proces dat voorafgaat aan de ontwikkeling van ernstig suïcidaal gedrag. Dat bestaat uit een proces waarin het denken, het voelen, de ontwikkeling, de waarden en normen en de persoonlijke mogelijkheden in vernauwing komen. Dit proces treedt vrij onzichtbaar in werking, en kan langzaam maar zeker leiden tot een impulsdoorbraak van ernstig suïcidaal gedrag. Het is van belang dat cliënten in elke fase van dit proces kunnen deelnemen aan de module. Daarom moet deze module worden opgebouwd in fasen, die zich ontwikkelen van de bewustwording tot en met actief verminderend werken.

Er kan gedacht worden aan een verkennende fase, waarin kennis wordt gemaakt met (de suïcidaliteit van) de verschillende cliënten, en waarin de cliënten leren hoe zij hun ideeën kunnen uitdrukken in beeldend werk.

Daarop volgende kan een actieve fase worden vormgegeven, waarin de cliënten vorm gaan geven aan allerlei problematiek-gerelateerde thema's. Het is van belang in deze fase ruimte te geven om individueel af te wijken van het schema, om sommige thema's bij specifieke cliënten beter beklijven van het thema te stimuleren.

Het is van belang de module af te sluiten met een afrondende fase, waarin de behandelde thema's wellicht besproken worden, en waarin ruimte is tot reflectie. Ook is het van belang in deze fase na te denken over hoe cliënten het beeldend medium zelfstandig verder in kunnen zetten in het werken aan hun suïcidaliteit. Hierbij is het van groot belang dat hen handvatten geboden wordt hoe in de privé-sfeer verder te werken met het beeldend medium.

Het is ter bevordering van de transparantie en werkbaarheid van de module belangrijk per behandelfase doelen te formuleren.

Tijdsduur

Algemene tijdsduur van een zitting zou ongeveer anderhalf uur kunnen zijn. Dit is een vrij algemene tijdsduur in behandeling, omdat het voldoende tijd biedt om verschillende onderdelen in de zitting, zoals voor- en nabespreking, te kunnen bevatten.

Ook een wekelijkse samenkomst is vrij veelvoorkomend, maar wordt in deze setting ook aangeraden. Dit geeft cliënten genoeg tijd om tot rust te komen, en de informatie uit een

zitting te verwerken, en houdt genoeg binding om constructief verder te kunnen werken aan eerder gewerkte thema's en doelen.

Een maximale tijdsduur van de gehele module is op dit moment niet in te schatten, en kan bepaald worden naar aanleiding van de in te delen zittingen. Er dient echter ruim de tijd genomen te worden, gezien de ernst van de problematiek, en de mogelijkheid tot opbouwen van een therapeutische relatie.

Therapeut-variabelen

Onder therapeut-variabelen wordt verstaan de verschillende aspecten die een therapeut persoonlijk aan kan wenden om dit therapie-aanbod tot een versterkend en verstevigend programma te maken, waardoor de kans op een vermindering van suïcidaal gedrag groter wordt.

Er kan bij de ontwikkeling van een dergelijke module gericht worden op het contact maken met de deelnemende cliënten. Hiervoor is tenminste één therapeut nodig.

Waarschijnlijk zal voor de uitvoering van een dergelijke module een therapeut voldoende zijn. Het kan echter de last verlichten wanneer er twee therapeuten deelnemen aan de module. Daardoor hebben cliënten de mogelijkheid contact te zoeken met de therapeut waarbij zij zich het beste aan zien sluiten, en kan er een therapeutische relatie opgebouwd worden. Gevaar in de keuze voor twee therapeuten is wel, dat er een onevenredige verdeling ontstaat. Dit kan tot strubbelingen binnen de behandeling leiden. Daarom is het van belang een duidelijke rolverdeling van de therapeut te maken, waarbij de ene therapeut heel duidelijk de regie in handen heeft, en de andere therapeut functioneert als co-therapeut, en wellicht een modellingfunctie kan vervullen.

Er is geen indicatie op voor- of afkeur op sekse van de therapeut.

Therapeutische attitude.

Uit literatuur en documentatie is gebleken dat mensen met een serieuze doodswens zich vaak niet gehoord voelen, en in de veronderstelling leven dat zij deze last alleen moeten dragen. Binnen dit therapie-aanbod is het van belang om deze last bespreekbaar en

uitbaar te maken, waardoor de cliënt kan gaan ervaren dat door de uiting van deze last, het dragen iets verlicht kan worden.

Om de cliënt zich op zijn gemak te laten voelen is het van belang een uitnodigende en accepterende houding te hebben. Uitnodigend, om de cliënt de ruimte te geven de doodswens te bespreken, en accepterend om de cliënt zich niet opgelaten of beschaamd te laten voelen omtrent deze doodswens. Daarnaast is deze houding zeer van belang, omdat door deze houding er meer informatie over de bestaande doodswens bij de cliënt ontstaat. Deze informatie, bijvoorbeeld omtrent in hoeverre de suïcidale dreiging acuut is of niet. Door de openheid over deze informatie mogelijk te maken, worden eventuele vervolgbehandelingen concreter en is er een mogelijkheid om een eventueel protocolprocedure omtrent deze dreiging te starten.

Uitvoering

In de uitvoering van een dergelijke module is structureel van belang om de sessies in planning en structuur duidelijk vorm te geven. Voorspelbaarheid in de therapiesetting is vrij algemeen toepasbaar, en ook in deze setting van belang, om de kans op het beklijven van geleerde vaardigheden te vergroten.

Bij de formulering van de uitvoering van een dergelijke module is het interessant om een aantal materialen in te zetten die in voorgaand onderzoek genoemd worden.

Evaluatie en toetsing

Ter evaluatie van de module is het van groot belang de betrokken therapeuten en cliënten te bevragen over hun ervaringen in een werkgroep die gericht is op het verminderen van de suïcidale gevoelens, gedachten en gedrag. Het is daarom van groot belang om een aantal vragenlijsten te ontwikkelen waardoor getoetst kan worden in hoeverre de module heeft bijgedragen aan de vermindering van suïcidale gedachten, gevoelens en gedrag.

Hierin kan een vragenlijst ter verduidelijking ook aan de therapeut voorgelegd worden, waarin deze kan aangeven welke veranderingen de therapeut bij de cliënt heeft waargenomen. Ook is het van belang kwantitatief onderzoek te doen naar de daadwerkelijke uitvoering van dergelijk gedrag, ter toetsing van de behandeling door een dergelijke module.

Bronvermelding

Literatuur

American Psychiatric Association, (2001). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*.

Amersfoort: Harcourt Assessment B.V..

Baarda, De Goede en Teunissen, (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Bruin, C. de, Jongman, E., e.a. (1996). *Symbolen in de creatieve therapie*. Zutphen: Delta Graphex.

Demyttenaere, B., (2006). *Met de dood voor ogen: Zelfmoordgedrag bij jongeren*. Antwerpen: Manteau.

Glassman, W. E., Geluk, H., (2004). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HBuitgevers.

Heayen, S., (2007). *Niet uitleven maar beleven: beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohm Stafleu van Loghum.

Heeringen, C. van, (red), (2007). *Handboek Suïcidaal Gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.

Heeringen, C. van, & Kerkhof, A.J.F.M., (red) (2000). *Behandelingsstrategieën bij Suïciditeit*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schweizer, C., (red) (2009). *Handboek Beeldende Therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H., (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H., (red) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.

Vandereycken, W., (red), (2000). *Handboek Psychopathologie: deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wit, J. De, Slot, W. & Aken, M. Van (red), (2005). *Psychologie van de adolescentie*. Basisboek. Baarn: HBuitgevers.

Internet

Centraal Bureau voor de Statistiek, (z.d.). *Doodsoorzaken: Zelfdoding (inwoners); diverse kenmerken*. Geraadpleegd op 24 maart 2009.

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7022GZA&D1=0,5-11&HD=090316-1530&STB=G3,T>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen, (z.d.). *Info Vaktherapieën*. Geraadpleegd op 24 maart 2009.

http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie

Ivonne van de Ven Stichting, (z.d.). *Nationaal Actieplan Suïcide Preventie*. Geraadpleegd op 27 februari 2010.

<http://www.ivonnevandevenstichting.nl/index1.asp>

World Health Organisation (z.d.). *Suïcidepreventie and special programmes*. Geraadpleegd op 25 maart 2009

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Trimbos Instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. *Informatie voor professionals, depressie*. Geraadpleegd op 6 april 2009

<http://www.trimbos.nl/default1308.html?back=1>

Video

Documentaire *Nadia durft niet te leven* via Zembla, VARA/NPS. Uitzending 20-09-2009.

Documentaire-serie *Kijken in de Ziel*, Coen Verbraak, via RVU. Aflevering Depressie. Uitzending 25-08-2009.

Reportage Pentagon Channel USA. *TAPS Suicide Survivor Seminar* held in San Diego in October 2009 <http://www.youtube.com/watch?v=hyZDzaDUQsg>

Thema-avond Zelfmoord, BNN. Uitzending 07-10-2009. Fragmenten terug te zien via <http://www.bnn.nl/page/themazelfmoord>

Interviews

Zembra Wüstenhoff. Beeldend therapeut in de adolescentenkliniek van het Erasmus MC te Rotterdam.

Henriët Kuiper. Beeldend therapeut in de adolescentenkliniek van Lentis Jonx te Winschoten.

Francien Posthumus Meyjes. Beeldend therapeut en antropologe in de Bascule te Amsterdam.

Nelleke de Leeuw. Beeldend therapeut. Momenteel niet werkzaam in een instelling. Woonachtig in Delft.

Bijlagen

“The saddest aspect of life right now is
that science gathers knowledge faster than society gathers wisdom.”

Isaac Asimov

Bijlagen

De bijlagen bestaan uit de standaardbrief die het eerste contact met de respondenten tot stand moest brengen, de gesprekspuntenlijst en de uitgewerkte interviews. Deze interviews zijn door de betreffende therapeuten gezien en geaccordeerd.

Standaardbrief eerste contact

Beste ...

Mijn naam is Lotte van der Lugt. Ik ben 4e jaarsstudent creatieve therapie beeldend, en op dit moment staat mijn studie in het teken van een afstudeeronderzoek. Naar aanleiding daarvan doe ik onderzoek naar de huidige invulling binnen creatieve therapie beeldend bij aanraking met suïcidaliteit. Het doel van mijn onderzoek is inzicht te krijgen ten behoeve van de praktijk, om zo met en voor de praktijk de behandeling van jongeren met suïcidaal gedrag te kunnen verbeteren.

Nu heb ik begrepen dat u door middel van ... betrokken bent bij de behandeling van jongeren tussen de 12 en 18 jaar, die kampen met suïcidaliteit.

Mijn vraag aan u is of u zou willen deelnemen aan dit onderzoek, door middel van een interview dat ik graag bij u kom afnemen. Hiervoor heb ik slechts 45-60 minuten van uw tijd nodig, en ik ben bereid dit op de door u gewenste locatie te komen afnemen.

Ik hoop spoedig iets van u te horen.

Met vriendelijke groet,

Lotte van der Lugt

lotte.vanderlugt@student.hu.nl

(op de puntjes is informatie aansluitend op de ontvanger in te vullen)

Gesprekspuntenlijst.

De topics die ik de verschillende therapeuten heb aangeboden of waarop in het gesprek aangestuurd is, zijn de volgende:

Doelgroep.

- Ziektebeelden

- Leeftijden

- M/V

Depressie

- Gebruik CT

Suïcidaliteit

- Zichtbaarheid binnen de therapie

- Gebruik CT

- Materialen

- Therapeutische attitude

Risicofactoren

Behandelende werking beeldend medium.

Zembra Wüstenhoff (ZW)

ZW is beeldend therapeut in het Erasmus MC te Rotterdam. Zij werkt ruim 2 jaar op de adolescentenkliniek en is daar 24 uur per week betrokken bij de klinische behandeling van jongeren tussen de 12 en 21 jaar met psychiatrische problematiek. De deeltijdbehandeling is voor jongeren tussen de 14 en 18 jaar. De kliniek heeft 21 plekken in totaal ter beschikking.

ZW geeft daar een groepsgericht aanbod. Af en toe ziet zij op indicatie of voor observatie jongeren individueel. Er zijn binnen de adolescentenkliniek drie verschillende groepen. ZW vertelt over deze groepen het volgende.

“De gesloten groep bestaat uit jongeren die kampen met uiteenlopende problematiek. Bijvoorbeeld eetstoornissen of autisme-spectrumstoornissen. Twee keer per week in komt deze groep samen in therapie. Daarbinnen mogen ze een keer individueel kiezen waarmee ze aan de slag willen, en wordt een keer gezamenlijk een thema gekozen.” ZW biedt een opdracht aan, en de cliënten kunnen individueel aan de slag met deze opdracht. De doelstelling voor deze groep is vooral even wat anders doen dan het vaste ritme van de groep, even van afdeling af zijn. Cliënten krijgen hier de mogelijkheid om even te ontspannen, in actie te komen. In deze groep is de therapie niet zozeer gericht op samenwerken of zelfreflectie, dat lijkt te veel gevraagd voor deze cliënten. Juist de mogelijkheid om te experimenteren, en eigen voor- en afkeuren te onderzoeken is een belangrijk element in de therapie. Algemene thema's zoals verjaardagen, seizoenen komen aan bod. Het bij deze cliënten gaat om de basisdingen.

Ook binnen de open groep is de problematiek zeer divers. Depressie, eetstoornissen of PDD-NOS komen veel voor. De cliënten in deze groep zijn vaak al een stapje verder, en zijn in het proces van het leren hebben van eigen verantwoordelijkheid, het werken aan doelen, reflecteren, en richten zich ook op de algemene behandeldoelen.

De structuur binnen deze therapiegroep bestaat voornamelijk uit aangeboden oefeningen, heel sporadisch mogen ze zelf kiezen, wat ze jammer vinden, want ze kiezen graag zelf. Vaak wordt er binnen de therapie ingegaan op een thema wat speelt in de groep. In de therapie wordt er dan gericht op het leren samenwerken, in tweetallen, het ontdekken van de verschillende rollen in de groep, aanpakken en afstemmen op elkaar. Hier wordt actief gewerkt aan het individu, emoties, veilige plekken en omgang met het

dagelijks leven. Als er in de voorbespreking een onderwerp dat speelt naar voren komt, kunnen de cliënten er mee aan de slag. Soms geven de cliënten aan dat ze met het onderwerp niets kunnen. Dan is er plaats voor overleg, wat kunnen we daar aan doen, wat past bij jou? Vaak is er ook een moment van overleg, “hoe zit je in je vel, waar heb je vandaag zin in, en wat kan je met de aangeboden opdracht” zijn dan onderwerpen die centraal staan. Meestal gaan ze aan de slag.

In de deeltijd behandeling wordt er nog meer gevraagd van de cliënten. Eigen input, zelfreflectie en eigen verantwoordelijkheid zijn aspecten die ook in de therapie veel geoefend worden. De thema's staan in nauw contact met het dagelijks leven thuis en op school. Bijvoorbeeld contacten met anderen, wat doe je, wat vind je leuk, hoe spendeer je je weekend. De deeltijd wordt wel de themagroep genoemd, zij kiezen een thema, en daarmee gaan ze de hele week mee aan de slag, wat op drie verschillende groepen terug komt, zoals bij psychomotore therapie, creatieve therapie en op de leefgroep.

Voorbeelden van thema's zijn dan: omgaan met spanning, opgroeien en veranderen of bouwen aan het zelfvertrouwen.

Bij de themagroepen biedt de therapeut een thema aan, een oefening, maar ze mogen aardig wat zelf invullen. Cliënten weten vaak goed wat ze willen met een thema, en kunnen dat zelf goed op papier zetten en invulling aan geven.

Wanneer er depressieve invloeden binnen de groep zichtbaar zijn, wordt daar vaak individueel binnen de groep aan gewerkt. Er zijn niet veel gediagnosticeerde depressieve jongeren tegelijk, maar veel cliënten kampen wel met depressieve klachten. Dan gaat het om te somber zijn, teveel spanning om iets aan te pakken. Dan richt ZW zich op de positieve kant: ‘Wat gaat wel lukken, hoe ga je dat doen’. De cliënten moeten leren activeren, aan de slag gaan. ‘Neem een vel en verf maar’. Zo leren de cliënten ontspanning en afleiding te zoeken, waar ligt je voorkeur of afkeur. Dat is het begin waar ZW op insteekt. Voornamelijk wordt er dan individueel binnen de groep gewerkt.

Als er binnen de groep somberheid wordt gezien, wordt dit vaak binnen de groep aangepakt, behalve als de jongere veel mogelijkheden binnen het medium laat zien. Dan wordt ook binnen de eventuele individuele therapie gewerkt, anders is hij niet geïndiceerd.

In zo'n geval is de verdeling als volgt:

Groep: groepsproces, samenwerken.

Individueel: Wat ervaar je bij jezelf, hoe zit dat bij je depressie, hoe pak je dat aan enz.

Wat vind je fijn om te doen, zelf leren kennen.

Suïcidaal gedrag komt zeker voor onder de jongeren binnen de kliniek.

Jongeren noemen het regelmatig bij het begin gesprek, eerste rondje, "het gaat niet zo goed met me, ik heb gedachten over de dood". Vaak luistert ZW ernaar, vraagt door, in verband met het risico. De in te zetten actie komt volgens ZW toch vaak terug op activeren. Soms geeft ZW de cliënt een opdracht, maar daar dreigt het gevaar dat de cliënt er te veel in gaat zitten. Meestal in het gesprek wordt er aandacht aan besteed, maar gaat de cliënt in de activiteit echt even wat anders doen, moet de cliënt even uit van dat nare gevoel stappen. Dat is vaak belangrijker, omdat ze zich vaak, niet altijd, toch wel goed kunnen richten op hun werk, en de gedachten even los kunnen laten. Zo worden de gedachten niet weggenomen, maar wordt er even wat anders gedaan, even loskomen.

ZW heeft gericht het beeldend medium ingezet bij een jongen die suïcidaal gedrag vertoonde.

Hij werd herinnerd aan de suïcide van een vriend, en wilde daar graag iets mee doen. Hij mocht gewoon zijn gang gang en zette een doods-kist op papier. Hoe was die ervaring toen, en gekoppeld aan eigen suïcidaal gedrag. Door ermee bezig te zijn, nam de spanning af. Hij kon het door het beeldend medium een plekje geven.

In het bovenstaande voorbeeld is de materiaalkeuze redelijk open gelaten. De cliënt koos voor kleiner papier, A3/A4. Houtskool was een materiaal waarin deze jongere haar gevoel goed kwijt kon, grijpbaar en met karakter. Beeld van het werk paste goed bij het beeld van haarzelf en haar gevoel.

ZW heeft ook op andere manieren ingezet bij suïcidaliteit. Oefening ging niet over suïcidaliteit, maar dat kwam wel ter sprake. Hierbij mochten de cliënten tegenstellingen kiezen, zoals bijvoorbeeld Leven/Dood. Dit werd direct aangepakt om suïcidaliteit ter sprake te brengen. Er was vrije materiaalkeuze en de betreffende cliënte koos om een

doosje maken, waarvan de buitenkant levendig, en aan de binnenkant donker, zwart en dood. De buitenkant was kleurig, waarbij steentjes als ‘masker’ functioneerden.

De cliënte wilde hiermee aangeven dat zij zich altijd vrolijker voordeed dan dat ze was.

Cliënten kunnen opdrachten aangrijpen om het ter sprake te brengen. Als het erg voor hen speelt, en het past enigszins pakken dat aan, als ze dat durven en willen.

Andere kant op is het soms ook zo dat het slechts een roep naar aandacht is, mensen die het veel bespreken hebben wellicht minder risico, stille cliënten zijn soms een hoger suïciderisico.

In de therapieën is er ruimte om te vertellen, om iets te doen met de suïcidale gedachten en gedragingen. Op de groep zie je daadwerkelijk suïcidaal gedrag, zoals pogingen of automutilatie. Hier is een time-out beleid. Dit houdt in dat er 24 of 48 uur time out ingezet wordt wanneer suïcidaal gedrag wordt uitgevoerd. Dit mag gewoon niet gebeuren. Soms zijn er uitzonderingen omdat sommigen niet anders kunnen.

Kaartensysteem, bijvoorbeeld 3x per week, maar dan met bijvoorbeeld een elastiek, of een ijsblokje.

De problematiek is hardnekkig, soms kunnen ze niet anders. De jongeren kunnen ook zelf om een time-out vragen, en dat gebeurt ook.

Dit beleid staat aardig vast. Binnen de kliniek wordt er wel over gesproken, bij dreiging. Zeker als het niet goed in te schatten hoe groot die dreiging is. Aanvoelen soms lastig. Vergadering wordt het besproken, normale beleid, afwijken.

ZW merkt dat we geneigd zijn te veel te focussen op een stoornis, en op het probleem. Ondertussen zijn het ook gewoon jongeren in de puberteit.

Daarom wil ZW veel ruimte bieden om zich te uiten en veel meer inzetten op de mogelijkheden die deze jongeren hebben. Wat maakt dat die spanning zo hoog is dat dit het enige gedrag is om ermee om te gaan, waar komt die spanning vandaan, zijn vragen die zij behandelt met deze cliënten. Soms hebben cliënten de behoefte de spanning lichamelijk eruit gooien, en daarvoor heeft het beeldend medium ook veel mogelijkheden.

De problematiek mag niet onder tafel schuiven, ook niet in een groep, ook al schrikken sommigen ervan.

ZW vindt dat de groep een extra dimensie biedt, het delen met anderen en het zichtbaar zijn in de groep. Als deelnemer van de therapie heb je een rol, een plaats in de groep. Dat wordt zichtbaar in groepsopdrachten.

Toch kan de werking van de groep twee kanten op gaan, er kan herkenning gevonden worden, niet alleen zijn met die gedachten. Maar ook bestaat imitatiegevaar. Cliënten kunnen elkaar op ideeën brengen of elkaar mee trekken.

Over de werking van beeldend bij suicidaliteit kan ZW weinig zeggen, omdat de behandeling in de kliniek zo in elkaar gewoven is. Soms kan je daardoor niet goed zien wat de beeldende therapie precies doet. Het kan werken dat ze in het hier en nu geplaatst worden. Ze zijn daadwerkelijke aanwezig. Ze willen er niet meer zijn, en toch gaan ze iets maken, dat zichtbaar is, dat is er. “Eigenlijk wil ik er niet zijn, maar ik ben er wel”. Deel van de groep zijn, dat staat ergens voor.

Daarnaast is de beeldende therapie prettig als ontspanning. Juist voor deze jongeren, die moeten leren om in actie te blijven komen, ook al willen ze dat niet. Zo leren ze dat de stemming kan veranderen door actief te blijven.

Henriët Kuiper (HK)

HK is werkzaam als beeldend therapeut bij Lentis. Dit is het voormalig GGZ Groningen. Op de jongeren afdeling Jonx werkt zij met cliënten tussen 3 en 18/19 jaar oud. Hiervoor heeft zij jaren gewerkt bij GGZ Friesland.

HK heeft contact gehad met adolescenten, zowel individueel als in groepsvorm, klinisch of ambulant. In die tijd kwam alles wel binnen: gedragsproblemen, internaliserende en externaliserende problematiek, persoonlijkheidsstoornissen in wording, ambulant getraumatiseerde kinderen, noem maar op.

Suïcidaliteit kwam voor bij veel van deze jongeren, met name meiden begonnen met ‘krassen’: automutilatie. Als hulpverlener is het een taak om een cliënt te leren zorgen voor zichzelf. Daarbij kunnen concrete afspraken gemaakt worden. “Wat ga je doen het weekend, heb je plannen om jezelf schade aan te doen?” Haar reactie daarop is dan zeer kortdaat. Zij spreekt met cliënten concrete dingen af:

“Ik vind het niet goed als je niet goed voor je zelf zorgt. Daarom gaan we concrete afspraken maken.”

Een tijd in de psychiatrie heeft de mening geregeerd dat dit gedrag het beste te negeren was. Nu is dat niet meer zo, maar ook toen kon HK dat niet. Als er zichtbaar suïcidaal gedrag vertoont werd kon HK dat niet negeren: Binnen de therapie werd er met beeldend materiaal gewerkt, en konden wonden dus niet open blijven. Pleister erop, klaar. Zo werd er aangegeven dat het gezien is, valideren, maar op dat moment moesten ze verder gaan met de therapie.

In de ambulante zorg is het soms nog lastiger om aan te voelen of iemand serieus suïcide-risico vertoont. Als therapeut voelt HK dat aan, en wilde dat dan afchecken: “Denk je daaraan, hoe zorg je voor jezelf? Is er iemand die je kan vertrouwen.” Zo moet je als hulpverlener lijntjes maken, afspraken maken en contact maken met de cliënt. Als er geen afspraken gemaakt kunnen worden, dan is het van belang iemand in te schakelen, omdat iemand anders het ook moet weten. Zo kan de zorg voor een cliënt gedeeld worden, en liet HK een cliënt niet alleen met die problematiek lopen, zonder dat er een ander van op de hoogte was, zoals een familielid.

HK zegt er het volgende over: “Je doet iemand te kort als je dit gedrag negeert. Je hebt de verantwoordelijkheid voor je cliënt. Als ik dat weet, ben ik verplicht aan mijn beroep. Daarnaast heb ik ook een band met iemand, en wil ik iemand niet laten vallen. Het hebben van die band is de toegevoegde waarde van de therapie. Relatie is de basis van de therapie. Je bouwt altijd iets op, met meer of mindere wederkerigheid. Daardoor kan je het proces op gang brengen. Ze laten het niet voor niets doorschijnen, ze willen er ook iets mee.”

HK werkt altijd met het medium. Soms is de suïcidaliteit zijdelings, en wordt de frustratie zichtbaar in het gedrag. Soms is het juist indirect zichtbaar, dat wordt dan bespreekbaar gemaakt. Dan is het beeldend medium een aanleiding om tot gesprek te komen.

“Soms wordt het medium door de cliënt ingezet om suïcidaal gedrag te vertonen. De inventiviteit van gebruiken van scharen of mesjes. Openheid is een belangrijk aspect in de therapeutische relatie met deze jongeren, er komt veel op gang door de relatie. Het belangrijkste is dat HK er geen oordeel over heeft. De cliënten moeten leren dat er ook andere mogelijkheden zijn, want heel vaak is het onmacht. Benoemen neemt al lading weg. Uitingvorm, wat zit daaronder. Hoe kan dat anders. Het is een signaal.”

Dit signaal kan niet genegeerd worden door een therapeut, vindt HK. Als een cliënt hier iets in laat zien, wil deze persoon er ook iets mee. Daar moet je als therapeut wel mee uitkijken, en inzien op welk niveau je insteekt. Het is per persoon verschillend of je insteekt op de oppervlakte of dieper insteekt op de onderliggende oorzaak. Dat is volgens HK afhankelijk van de ik-sterkte van de cliënt. Ook de materialen die HK inzet zijn per cliënt en per therapeut verschillend

De voorkeur van HK ligt bij grijpbare materialen als klei of verf. HK werkt op dit moment weinig met hout en metaal, daar is geen ruimte voor op haar huidige werkplek. Op haar vorige werkplek had HK beschikbaarheid over een vuurkorf. Vuur is een mooi materiaal bij deze cliënten, omdat het veel symboliek in zich heeft.

Relatie met therapeut en materiaal staan centraal in de therapie, volgens HK. Grenzen is een thema dat met deze cliënten veel voorkomt. Soms is dat een expliciet leerdoel, soms niet. Eigenlijk altijd per cliënt verschillend.

Wat je dan per cliënt inzet is therapeutisch instinct bij HK. Ze noemt het een soort *fingerspitzengefühl*. In de loop van de tijd en met de ervaring is dat sterker geworden. De mogelijkheden binnen de creatieve therapie zijn afhankelijk van de instelling en de tendens in de psychiatrie. Momenteel is er weinig ruimte voor de relatie als basis. De tijd krijgen voor het opbouwen van die relatie is duur, want tijd is geld. Kracht ligt soms in de tijdsduur, bij een groot aantal ziektebeelden wel.

Op dit moment ligt de nadruk op zo kort mogelijk behandelen. Sommige gevallen kan dat ook wel. Maar bijvoorbeeld in geval van hechting of fors trauma, is tijd gewoon nodig. Eerst kijken, wat doet iemand met de relatie. Eerst zijn er opbouwwerkzaamheden voor je aan het proces toekomt.

HK wil proberen de veiligheid te waarborgen door kordaat te werken, afspraken maken met cliënten. Het is van belang hen zoveel verantwoordelijkheid te bieden als kan.

De garantie is niet te geven, dat iemand zich niet zal suïcidieren. Wat te proberen is, is iemand bewust te maken van het feit dat er meer mensen zijn die om je geven, en hoop je dat je een splinter van hoop meegeeft aan de cliënt. Als therapeut kan je meegeven dat je als therapeut en als mens ook geeft om de cliënt. Je kan je als cliënt ook niet meer voorstellen dat iemand om je gaat geven als er altijd mensen over je grenzen zijn gegaan. Verantwoordelijkheid wordt op een gegeven moment ook over genomen, en dan mag je als cliënt geen eigen keuzen meer maken. De instelling vertelt je dan hoe gevaarlijk het is, en dat er crisisopvang nodig is, bijvoorbeeld in een gesloten instelling.

“Op zoek gaan naar leuke dingen in de therapie, is echt een hele stap verder voor cliënten. Die drijvende kracht van ‘ik wil dood’ zit daar in de weg. Cliënten zijn heel slim in in het onderuit halen van positiviteit. Daarvan blijft vaak maar een splintertje hangen. Hebben wij, als hulpverleners daar invloed op? Weinig, misschien binnen de muren van therapie, volgens HK.

Binnen de therapie leert een cliënt het aangaan van relatie met het materiaal. Goede begeleiding is hierbij van groot belang, door voorzichtig dingen te benoemen.

Uiteindelijk kan een cliënt zich er doorheen loodsen, maar voor een therapeut is dat onduidelijk in hoeverre dat zich vastzet in de toekomst. Of dat perse het beeldend materiaal is, is voor HK de vraag. De kracht ligt wellicht in de therapeutische relatie.

Op haar vorige werkplek werkte HK zowel klinisch als ambulant. Daar kwam suïcidaliteit voor, en er waren mogelijkheden zat voor deze cliënten. Vijf dozen ibuprofen slikken en succes lijkt verzekerd als het niet op tijd ontdekt wordt. In zo'n geval wordt iemand even op de gesloten afdeling gezet, onder begeleiding naar therapie gebracht, en leeft deze persoon in een vrij beschermende instelling.

Suïcidaliteit wordt altijd besproken in het team, daar is ook steun onderling. Sfeer van openheid is daarin zeer belangrijk.

Suïcidaliteit kan ook onzekerheid geven bij een therapeut: "Had ik het kunnen voorkomen?" Daarom is het zo belangrijk om goed te registreren en te rapporteren, zeker in geval van een controle of klacht. Aantoonbaar maken wat je hebt gedaan. Heb je iets over het hoofd gezien? En natuurlijk kan dat gebeuren, we zijn enkel mensen.

Op mijn vraag bij welke jongeren suïcidaliteit het meest voor komt, geeft HK aan dat dit volgens haar is bij jongeren die zich bewust zijn van de forsheid van het trauma. Bij meiden en jongens die basaal seksueel misbruikt zijn door hun ouders. Bij jongeren met een bewuste vorm van PDD. Bij dystyme depressie. Het besef dat je anders bent dan leeftijdgenoten, als iemand minder sterk is, is dit een oplossing, dat kan altijd nog.

Suicide lijkt een grijpbare oplossing voor dit soort jongeren. Er is veel informatie beschikbaar. Soms is ook de info genoeg, de korte uiting, maar ook kan het als laatste zetje te zien. Dat maakt het lastige problematiek.

Francien Posthumus Meyjes (FM)

FM is werkzaam in de Bascule te Amsterdam, Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Daar is zij beeldend therapeut en werkt met jongeren van 12 tot 18 jaar.

Er wordt binnen de Bascule gewerkt met een aantal zorglijnen. Zorglijnen Gedragsstoornissen, Emotionele stoornissen, Autismestoornissen.

Binnen de emotionele stoornissen-zorglijn is er een groep cliënten, met beginnende persoonlijkheidsstoornissen, borderlinemeisjes, (niet alleen meisjes) waar suïcidaliteit veel voorkomt. Deze cliënten hebben vaak terugkomende gedachten aan de dood. Binnen deze behandeling wordt er gebruik gemaakt van de Dialectische Gedragstherapie (DGT) van Linehan.

Deze therapie bestaat uit een individuele therapie waarin de therapeut eigenlijk een coachende rol heeft in combinatie met een soort vaardigheidstraining. De DGT gaat uit van het feit dat jongeren vaardigheden missen. Daarvoor gaan ze een cursus aan. FM geeft binnen deze cursus beeldende therapie. Als beeldend therapeut geeft FM ook beeldende opdrachten waardoor ze met die vaardigheden bezig zijn, onder andere in het blok 'crisisvaardigheden'. Daar worden thema's behandeld als: 'Hoe kan je het beeldende medium inzetten als je je suïcidaal voelt, als je het aan voelt komen', en dergelijke.

Binnen de DGT-cursus zijn er een aantal blokken waarbinnen de cliënten andere vaardigheden oefenen en aanleren.

Emotionele vaardigheden, aandachtsvaardigheden, relatievaardigheden, crisisvaardigheden. Hierbij wordt uitgegaan van het populaire Zen, Mindfulness.

Daarbinnen staat centraal te gewaarworden wat er in je omgaat, zonder oordeel. Er zijn veel oordelende gedachten bij deze cliënten. Het uitgangspunt bij de crisisvaardigheden is, dat je de oordelende gedachte of suïcidale gedachte waarneemt, en hij gaat weer weg. De cliënten moeten leren de onrust te verdragen. Daarop gaat FM in door iets met het rottige gevoel te doen in de beeldende therapie, uiting van je woede, geef het beeld in een dier, op een gestructureerde manier. Zo kan een cliënt zich er even op concentreren, wat heel lastig kan zijn, maar door het materiaal en omdat het vorm krijgt wordt het nare gevoel verdraagbaar.

Bij crisisvaardigheden worden er aan de cliënten een aantal activiteiten aangeleerd om

het beeldend medium in te zetten in de aanloop van een crisis. ‘Wat zou je kunnen gaan doen met het beeldend medium om dit gevoel verdraagbaar te maken?’.

FM zegt er het volgende over: “Zo hebben de cliënten handvatten om thuis het beeldend medium in te zetten. We oefenen dan met een aantal materialen en technieken, aquarel, wasco, tekenen, klei, om te ontdekken wat past bij de cliënt. Daarna wordt het dan door de cliënten binnen de therapie een aantal keer geoefend.”

Wat een lastig aspect is van het beeldend medium bij deze cliënten is volgens FM dat als ze gaan tekenen cliënten vaak weer oordelen over hun werk hebben. Daarvoor wil FM ze ook in de therapie, de oefenperiode, waarschuwen.

De handvatten die deze cliënten zich vaak aanleren zijn uiteenlopend van materiaal en opdracht, en cliëntspecifiek. Toch zijn er een aantal veelvoorkomende aspecten die te noemen zijn: “Het moet een materiaal zijn dat handbaar is, en thuis bereikbaar. Vaak zijn daarom technieken met klei, wasco of verf handzaam voor deze cliënten. Vaak hebben cliënten er behoefte aan om een tekst in de opdrachten te verwerken, en lijken ze daar houvast in te vinden. Bijvoorbeeld teksten uit de muziek.”

Zo werkt FM zeer cliëntspecifiek, en is een beeldend crisisplan altijd afgestemd op wat past bij de cliënt, bijvoorbeeld driedimensionaal of juist vlak werken. Door deze afleiding van een crisis is het beeldend medium sterk, daarnaast geeft het stevigheid en concentratie op het hier en nu. Wil de therapie werken, moet je volgens FM een specifiek cliëntgericht plan hebben, en moeten de cliënten er ook geloof in hebben en het echt gaan doen. Daarom is het van zulk belang dat dit met de cliënt ontwikkeld wordt, en dat er samen gezocht wordt naar wat er bij deze cliënt past.

Ook zet FM symboliek in, bijvoorbeeld door het maken van een amulet dat herinnert aan iets wat belangrijk voor hen is, voor als ze er echt een einde aan willen maken, een herinnering aan iets wat ze aan het leven bindt. De kracht ligt hierin volgens FM op verschillende gebieden: Het is een persoonlijk amulet, wat is voor mij belangrijk, waarom zou je het laten, wie/wat maakt het nog een beetje de moeite waard, dan gaan vormgeven. Het proces is hier belangrijk, een zoektocht van houvast houden in het leven hier. Hierbij zijn symbolen een handzaam middel, en dit lijkt bij veel cliënten ook aan te spreken.

Meestal wordt suïcidaliteit zichtbaar in gedrag van cliënten, zo observeert FM, soms ook wel in tekeningen, soms in beeld. Op een dergelijk moment is het beeldend medium een aanknopingspunt tot gesprek. Verder vooral in wanhoop dat zichtbaar is in gedrag.

Over de therapeutische relatie zegt FM het volgende: “In de DGT. Affect valideren. Empathisch op ingaan. Maar het is ook iets wat voorbij gaat, en toch moeten we aan het werk, activeren.

Verbinden in het hier en nu? Relatie is ook ambivalent dus juist het medium verdunt de relatie. Zet de relatie wel in, maar de kracht van het medium is hierin sterker. Soms ook een beetje shockeren, bijvoorbeeld bij borderliners. “FM, ik wil me suïcideren hoor,” “Het is nu 17h, morgen zie ik je weer.” Ook een beetje hard mee omgaan, soms grappen maken, niet alleen medelijden, het is naar, maar we gaan door, want daarvoor ben je hier.

FM vertelt dat zij ook bij psychotische jongeren suïcidaliteit tegen komt:

“Het structureren is bij deze cliënten heel erg belangrijk, in het hier en nu blijven. In het valideren van het hebben van een psychose geeft het medium enige houvast: ik ben nu bezig met iets stevigs, waar ik niet al te veel over na hoeft te denken. Het is afleidend en kan stevigheid geven: ik kan nog wel wat, en ik heb hier iets te doen.

Het beeldend medium is krachtig omdat het aards is, het is stevig, het blijft bestaan. Je kan er tegen aan trappen, je kunt er van alles mee doen. Dat is tegelijkertijd moeilijk, want als je jezelf veroordeelt, zul je ook je werkstuk veroordelen.

Beeldend werk laat een ambivalente plek achter, woede, wanhoop en toch uitkomst willen kan in een werkstuk zichtbaar worden. Bijvoorbeeld door spiegels, scherven, die zij mooi en breekbaar en kapot, treurig, maar worden ook wel weer iets nieuws. Beeldend werken verbindt die aspecten.”

“Bij jongeren die kampen met een depressie is beelden werken soms lastig omdat een belangrijk aspect activeren is, zeker in combinatie met perfectionisme. Dit is voor deze cliënten heel lastig, het aan de slag gaan. Door de depressie hebben zij geen lust meer om te werken, om dingen aan te pakken. Door iedere lijn wordt het grote falen zichtbaar.” Soms laat FM hen dan lelijke dingen maken.

In de beeldende therapie is het niet altijd mogelijk in te zetten op de oorzaak. Soms ook gewoon op de oppervlakte. Ligt aan de ingang bij de cliënt. Ook hierbij benadrukt FM hoe belangrijk het is om een cliëntspecifieke aanpak aan te wenden. Iedere cliënt is verschillend en heeft daardoor verschillende ingangen om te werken aan problemen.

Als laatst wil FM benadrukken hoe belangrijk openheid binnen de therapie en binnen het behandelend team. Wanneer suïcidaliteit voorkomt bij een cliënt moet dit natuurlijk gemeld worden binnen het team, maar het is als therapeut ook belangrijk om de openheid bij de cliënt te stimuleren, en er over te praten met een cliënt. Soms is dat een spannend gesprek, en voor therapeuten die net van de opleiding komen, kan dit een onderwerp zijn waarover niet is nagedacht.

Nelleke de Leeuw (NdL)

NdL is inmiddels 11 jaar werkzaam als beeldend therapeut.

Daarvan heeft NdL 6 jaar gewerkt met getraumatiseerde jonge vrouwen rondom de 18 jaar. Deze vrouwen waren schromelijk verwaarloosd of seksueel misbruikt in hun jonge kinderjaren. Met hen werkte NdL voornamelijk in groepen. Bij deze vrouwen is zij regelmatig in aanraking gekomen met suïcidaal gedrag.

“Om allereerst iets over het therapeutisch proces te zeggen: Voor deze vrouwen is het moeilijk in het proces denken. Daarom werd er binnen de therapie gewerkt aan de mogelijkheden om het proces door te krijgen. Omdat deze meiden en vrouwen gewend zijn in het moment te leven, kunnen zij niet rustig stilstaan bij zichzelf.

Het beeldend medium is een mooi middel als een cliënt het moeilijk vindt om dingen te verbinden. Zo was bij de start van iedere groep mijn eerste opdracht om een map te maken om je werkstukken te bewaren. Deze meiden waren gewend weinig zorg voor zichzelf te dragen, en hierdoor maakten ze binnen de therapie een start met de zorg voor zichzelf. Het doel hiervan was ook het zichtbaar maken van de weg, het proces dat zij binnen de therapie zouden gaan afleggen.

De cliënten konden in de loop van de therapie steeds werken aan de achterflap van hun map. In de loop van het proces werd voor hen zo steeds duidelijk waar ze naar toe wilden gaan. De achterflap werd zo steeds uitgebreider en hierdoor werd ook duidelijk dat deze cliënten steeds meer konden visualiseren wat hun doelen waren, en hoe ze daarmee bezig waren.

Binnen de beeldende therapie wordt suïcidaliteit niet echt uitgesproken in de actieve vorm, tenminste niet bij deze groepen, maar in de passieve vorm kwam het veel naar voren. Zo hadden de cliënten over het algemeen geen levenslust, en zagen veel van hen het leven niet meer zitten.

Je moet je voorstellen dat deze vrouwen door familie soms uit gespuugd worden, en zich waardeloos voelen. Hun sombere insteek, hun gebrek aan levenslust werd in het beeldend werk zo duidelijk: Donkere werkstukken, weinig contact met het werk. Hun problematiek werd echter niet alleen in het werk, maar ook uiterlijke kenmerken. Ze kwamen binnen met een dofte blik, hadden weinig intentie in wat ze deden en waren meestal traag in het handelen. Toch probeerde zij dit te maskeren, en zich beter voor te

doen dan ze zich van binnen voelden. Dit is mijns inziens een heel herkenbaar aspect van suïcidaliteit, het zich van binnen zo donker voelen, en dat van buiten zo slecht kunnen weergeven, en daar zo slecht mee om kunnen gaan. Deze meiden gebruikten hele lieve dingetjes om donkerheid te maskeren.” Als beeldend therapeut ging NdL daar heel voorzichtig mee om. Zij probeerde hen dan altijd in hun zijn te valideren, maar ook een aanzet te geven om hun gevoel in een opdracht uit te diepen, en plaats te maken voor de donkere gevoelens. “Zo was er eens een cliënte die altijd maar bloemen schilderde, heel lieflijk en teer. Ik heb haar aangemoedigd ook de donkere bloemen een plaats te geven in haar werk. Zo werkte zij aan het durven erkennen dat je somber bent, daarbij stil blijven staan. Deze meiden kunnen zich volkomen storten in een aspect van suïcidaliteit. De beeldende therapie gaf hen daarnaast ook ontspanning. Even een uurtje alles vergeten.”

Hierin zit volgens NdL ook een kracht van beeldende therapie. Al het denken hoeft even niet, maar er is plaats om stil te staan bij ervaringen en gevoelens. Deze vrouwen moesten oefenen met niet hoeven praten. Stilte is eng voor hen, en veel vroegen om afleiding, zoals de radio aan. NdL ging daar op die manier niet op in, maar stelde hen voor langzaam te wennen aan de stilte, en het prettig gaan vinden. Zo werd de beeldende therapie ook oefenen met bij jezelf kunnen zijn. Stilte en ontspannen staat ook altijd centraal.

Beeldende therapie is zo krachtig om daarin te leren. NdL kan de aspecten als volgt formuleren: “Je eigen plek hebben, zitten waar je altijd zit. Zo kunnen cliënten overzicht houden. Het zijn allemaal kwaliteiten van beeldende therapie. In beeldend heb je de rust om met het materiaal in te gaan op bijvoorbeeld suïcidaliteit. Bewust kiezen voor of tegen aspecten in een werk is daar een mooi voorbeeld van. Kleuren zijn krachten, kleur bekennen. Cliënten hebben ook soms herinneringen door het werk en in het werk. Deze worden zo mooi zichtbaar in beeldend werken, donkerheid, lichtheid. Het beeldend medium is sterk in om er bewust mee om te gaan. En de setting van de beeldende therapie is daarin erg krachtig. In de groep kunnen cliënt en therapeut rustig even praten terwijl anderen zelf verder kunnen gaan.”

Volgens NdL ligt de kracht van de groep in de nabespreking, en is daar zichtbaar hoe ondersteunend deze is. Verrassend steunend. Cliënten kunnen soms van elkaar onderling

meer aannemen dan van een therapeut. De rol van de therapeut is hierin volgens NdL een begeleidende rol waarin de therapeut kan uitdagen tot exploreren. NdL acht het dan goed om zich terug te trekken als de groep het overneemt. Zo komt de groep tot autonomie. Maar als therapeut blijf je daarbij alert en kan en moet je soms de leiding weer meer nemen.

In een groep waarbinnen suïcidaliteit kan bestaan, acht NdL het van belang dat er goede overdracht bestaat voorafgaand aan de therapie. Daarom start zij de therapie met de vraag hoe iedereen erbij zit. “ Zo wordt het open gemaakt, en hoeft het geen bestaand geheim te zijn dat iemand zich somber voelt en een doodswens heeft. In de voorbespreking, soms tijdens het werk kan dit zichtbaar worden en daarom is het van belang zo min mogelijk voor verrassingen te komen staan. Bij grote spanning kunnen cliënten individueel werken richting ontspanning, groepswerken roept dan meer spanning op.”

NdL heeft veel met mensen met (beginnende) Borderline gewerkt en heeft bij hen ook regelmatig suïcidaliteit gezien. “ Zij zijn heel wisselend in het combineren van hun gevoelens. Ik heb wel eens vergeleken met een kruidenvaasje met draaibaar dekseltje, waarin meerdere verschillende kruiden zit. Deze cliënten hebben geen inzicht in waar het dekseltje zit, en dat ze dat zelf kunnen draaien. Zo blijven zij vaak in een gevoel hangen en hebben zij niet de vaardigheden hun andere gevoelens in te zetten. Andere gevoelens ook in je. Dat realiseren deze cliënten zich niet altijd.”

Zo gebruikt NdL beeldende therapie om verbinding te leggen tussen meerdere gevoelens.

In de therapie is dat niet altijd makkelijk. Soms zijn cliënten zo somber dat ze dat later pas oppakken waar het om gaat, soms is er ook zoveel strijd dat het een moeilijk en langdurig proces is. Cliënten kunnen heel lang negatief zijn in de creatieve therapie, zeker als er een doodswens aanwezig is, of levenslust afwezig is.

“Gelukkig is er juist bij beeldende therapie soms ook ruimte om er even buiten te stappen, even niet meedoen, niks doen. In de nabespreking gaf ik dan ruimte om dat te uitten. Daarin ging ik met de cliënt op zoek naar de rol van beeldend medium, dat ze er

wel mee bezig zijn, kijken, rondlopen, maar soms er ook helemaal niks mee willen. Hoe was dat voor een cliënt? Alles is een ervaring. Daarin zit weer de kracht van de groep. Soms kan een cliënt zo geremd zijn dat het vel maar leeg blijft. Als therapeut ga ik dan beeldend beperken, kleiner maken. Zo kan een cliënt misschien meer met het medium. Soms aan het einde ook het vel nog leeg! Toch drong ik dan aan op bewaren, want de leegte kan ook heel veelzeggend zijn over een periode in een proces. De processen die ik met deze cliënten had eindigde vaak in een presentatie van hun proces. Dan mochten de cliënten hun werkstukken op de wand ophangen. Tonen is belangrijk, erbij durven staan, en bespreken van de werkstukken is een deel van het leerproces van deze cliënten. Zo zien ze zelf ook het proces. Jezelf ook laten zien. Een stukje van mij, doormiddel van je werk. In combinatie met suïcidaliteit kan dat heel heftig zijn, confronterend.”

“Ik liet ze altijd wel vrij of ze die werken op wilden hangen, soms met een blaadje ervoor, je mag ook iets voor jezelf houden, zo is het bepalen van grenzen een belangrijk thema. Dit is voor deze mensen een leerproces.

Borderliners kunnen ook zichzelf teveel tonen in hun somberheid, en moeten daarin geremd worden. Zo drukte ik hen bij presentaties altijd op het hart goed te bedenken wat ze van zichzelf willen laten zien.”

NdL behandelt suïcidaliteit veel in combinatie met symboliek. De cliënten lijken niet te weten hoe hun gevoel is, en dan zijn symbolen een grijpbaar middel. Suïcidale cliënten draaiden gewoon mee in de groepsopdrachten. In een symboliekopdracht grijpen ze dat wel aan om het openbaar te maken. “Aan de hand van een symbool mogen de cliënten een werkstuk maken. Symbolen zijn meestal multi-interpreteerbaar. Ik bied ze andere symbolen dan gewoonlijk, zo zijn de symbolen blik verbredend, concreet maar toch heel open.”

Samenvattend benoemt NdL een aantal aspecten van beeldende therapie.

“Binnen therapie kunnen cliënten concreet grenzen maken, al hun keuzen worden zichtbaar. Vormgeven is een stukje van jezelf, daarin moet je een soort angst overwinnen. Werk van elkaar en van jezelf om je heen kan heel confronterend, maar ook steunend

zijn. Je ziet wat je doet, in de groep, hoeveel ruimte je inneemt, of hoe weinig. Jouw plaats in een kleine maatschappij wordt zichtbaar en handzaam.”

In de keuze tussen de therapeutische relatie en beeldende kracht van deze therapie vormt NDL voor de kracht van het medium, de beeldende kracht. “De therapeutische relatie met mij vind ik niet zo belangrijk, deze staat op lage schroeven, beeldende middelen zijn belangrijker. Aan het einde van de behandeling komt die relatie pas meer om de hoek kijken.”