

Creatieve therapie bij neurosen

door Drs A. H. Hijmans van den Bergh*

Creatieve therapie

(1) *Het moeilijke van creatieve therapie* — De expressieve of creatieve therapie (CT) is een eigenaardig gebied. Enerzijds gaat het over expressie en creativiteit, d.w.z. over iets als psychische bewegingsvrijheid of 'artistieke' spontaneïteit, te berekenen bij personen die lijden aan vormen van psychische onvrijheid. Anderzijds gaat het over therapie, d.w.z. een gerichte en systematische wijze van handelen. De verbinding tussen deze schijnbaar tegengestelde componenten 'vrijheid en systeem' levert in de praktijk nogal eens moeilijkheden op. Daarin lijdt het systematische (d.w.z. het therapeutische) dan de nederlaag.

Expressieve of creatieve therapie kan alleen bestaan wanneer het terrein van creatieve expressie zo goed wordt begrepen dat in de therapie vrijheid van personen kan worden nagestreefd via vorm, helderheid en zorgvuldigheid.

Dit houdt een vrij zware opdracht in. De vroegere, 'ouderwetse' creatief-therapeut voelde zich — in onze perceptie — meer artiest of helper of zendeling en improviseerde er met zijn klanten dikwijls knap op los; en hij schiep sfeer. Psychiater noch creatief-therapeut begrepen goed het terrein. Zij meenden toch een beetje dat d.m.v. kunst, medemenselijkheid of ontspanning de patiënt wel op zou knappen. In situatie-gebonden gunstige verschijnselen las men gaarne een gegeneraliseerd therapeutisch effect. Een rationeel, therapie-bekrachtigend verband met patiënten overige levenssituatie en behandeling was er allerm minst. De huidige analyses van de elementen in beeld en beeldend bezig-zijn, en van sociale therapie, waren in een intuïtief stadium. De pioniers hadden, zoals Columbus, een nieuwe weg gevonden maar wisten niet precies waar ze waren. Deze kenschets geldt globaal de situatie nog tussen 1950 en 1965.

Een leider van de CT zonder een gedegen opleiding die hem overzicht geeft over de opdracht, is nu niet meer denkbaar. Diverse

* Klinisch en jeugdpsycholoog-psychotherapeut aan het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren (Geneesheer-directeur Dr. P. J. Jongerius).

opleidingen voor creatief-therapeuten zijn mogelijk. In-service training blijft onmisbaar. Wolberg (1967) selecteert enkele eisen: 'The ability to detect, understand and help the patient to work through his conflicts as they manifest themselves in his performances and relationships with fellow patients requires a high degree of training, perceptiveness and stability'.

Voor een psychotherapeut is het daareven vermelde bereiken van vrijheid via systeem niets verbazends. Hij is de hele dag met niets anders bezig. In de CT echter (met schilderen en tekenen historisch als centrale bezigheid) heeft de verbinding met *kunst* juist op dit punt veel warrige opvatting en aanpak opgeleverd.

Ik opper dat een helder gebruik van creatieve therapie, ook dat bij defectueuze inrichtingspatiënten, pas recent mogelijk is geworden vanuit de moderne ontwikkeling in de psychotherapie. Centraal in die ontwikkeling is natuurlijk de psychotherapie bij neurosen. Het referentiekader van de moderne psychotherapeut is zowel helder en nauwgezet aan het worden, als breed en inclusief van benul. Toepassing van individuele en sociale psychotherapeutische categorieën maakt CT van een 'Therapie' (een geheimzinnig ding dat iets schijnt te kunnen) tot een therapeutisch middel onder andere middelen, dat helder doordacht en ingepast kan worden.

3ij gebreke aan consequent psychotherapeutisch denken dacht men over CT vroeger na met behulp van de volgende categorieën:

- psychiater en creatief-therapeut behielpen zich met diagnostisch nadenken en diagnostische voorstellingen;
- men werkte met agogische doelen of vooronderstellingen;
- de creatief-therapeut werkte enthousiast en wanhopig aan het zeer moeilijke abstract indelen en beschrijven;
- men gooide wat diagnostische en werkstuk-beschrijvende categorieën bij elkaar, en verzoon daarbij (even vage) behandelingsdoelstellingen;
- de communicatie tussen psychiater en creatief-therapeut was onduidelijk (en de verpleging had er helemaal niets mee te maken), terwijl beiden weinig spraken met andere groepen in andere instellingen; er was weinig harde informatie dus ook geen overdracht van informatie; in de communicatie bediende men zich dus van meer suggererende taal.

In het algemeen lette men aanvankelijk vooral op een geïsoleerd gegeven: telkens een werkstuk van telkens een patiënt. Men ging daarmee als volgt om: (a) men gebruikte het product als een soort dia, ter illustratie van het psychopathologisch toestandsbeeld; (b) men groepeerde individuele werkstukken van diverse personen, en herkende aldus typen van toestanden of expressies; (c) men groepeerde ook grepen uit de producten van één patiënt en adstrueerde daarmee (of las daarin) verbetering of verslechtering van de psychopathologische toestand. Deze wijze van kijken had met therapie nog weinig te maken.

Wanneer CT werkelijk als therapie gebruikt gaat worden gebeu-

ren er vier dingen: (1) men gaat zorgvuldig grote *series* werkstukken van patiënten bekijken (o.a. een groot onderzoek door Visser); (2) men gaat proberen karakteristika en ontwikkelingen te beschrijven in creatief-therapeutische termen i.p.v. in psychologische of psychopathologische termen; (3) men gaat eindelijk aandacht geven aan de creatief-therapeutische *situatie* (materiaal-aanbod, groep, regels, rol van therapeut, etc.), die veel belangrijker is dan analyse van werkstukken; (4) men gaat zich realiseren dat de CT plaatsvindt als onderdeel van de therapeutische bedrijvigheid in het veld van een instituut, en dat er logische verbanden tot stand moeten komen met dat veld.

Intussen is de CT hier en daar zover gekomen dat systematische ontdekkende psychotherapie via CT mogelijk is. Dat gaat dus alweer om meer en anders dan wat ik in de aanvang van dit artikel even aanduidde met het winnen van psychische bewegingsvrijheid. Deze introducerende opmerkingen hebben zich voor het gemak afgezet tegen de voorgeschiedenis in de psychiatrische inrichting. Twee kanttekeningen daarbij zijn op hun plaats.

— Juist in de psychiatrische inrichtingen waren de geïnteresseerden in CT onder de eersten die *behandeling* beproefden bij patiënten die overigens stationnair werden bejegend.

— CT is dikwijls een zeer lokaal en persoonlijk avontuur geweest, en is dat vaak nog. De ontwikkeling was en is dan ook onregelmatig. Reeds vóór de eerste wereldoorlog zijn tekeningen en schilderijen van patiënten als personaal beeld gebruikt voor diagnose (Rorschach) of therapie (Jung). Zoals reeds vroeg knap werk is gedaan, komt heden nutteloos en onduidelijk gebruik van CT ook voor.

Nu we hopelijk enkele associaties op gang hebben gekregen, wordt het tijd om duidelijk te vragen: wat is creatieve therapie? wat menen we eraan te hebben?

(2) *Wat is creatieve therapie; beperkt onderwerp van dit artikel*

— Creatieve therapie is een therapie-vorm waarbij de behandelde de opdracht heeft om iets te maken.

— CT is noch arbeidstherapie noch gericht op ontspanning. Het is de bedoeling dat de behandelde via het maken iets doormaakt en daardoor verandert. — *Beleving* van aspecten van arbeid en ontspanning is daarbij wel waarschijnlijk. — Het onderscheid met anders gerichte therapievormen zoals arbeidstherapie is o.m. behandeld door Jongerius (1963).

— Het woord creatief duidt aan dat het niet gaat om een zakelijke of routine-achtige fabricage. Het woord duidt aan dat het niet aankomt op een utiliteits- of standaardproduct of -gedrag, maar op een bezig-zijn en een product waarin de persoonlijkheid en eigen keuze van de behandelde een groot aandeel hebben.

— Aangezien doel en methode intussen niet vrijblijvend zijn (zoals bij: bezighouden of laten spelen) maar therapeutisch, geeft men de ernst van de zaak het beste weer door de CT wel te rang-

schikken onder de werktherapieën.

Wat de *naam* creatieve therapie betreft: er zijn ook andere namen, zoals musische, beeldende of expressieve therapie. Aan al die namen kunnen gelijke of verschillende bedoelingen kleven. Ik houd mij maar aan de gekozen titel en bedoel daarmee alleen wat in dit artikel staat.

Wat valt onder CT? Muziek-, dans-, mime- en dramatherapie kunnen misschien onder CT gerekend worden, met nog enkele andere minder vaak voorkomende media. Gebruikelijk is om onder CT in de eerste plaats die vormen te rekenen waarin met materialen gewerkt wordt zoals verf en papier, vetkrijt, hout, steen, ijzerdraad, metaal en klei. Over deze materiaalvormen handelt dit artikel. Andere ook 'creatief' te noemen therapie-vormen zoals bewegingstherapie, poppenkast-therapie of psychodrama vallen duidelijk niet onder CT.

Wie krijgen CT? Historisch zijn er twee categorieën: groepen patiënten in psychiatrische inrichtingen die naar 'creatief' worden verwezen, en individuele behandelingen ver buiten de psychiatrische inrichting. Deze twee categorieën bestaan nog steeds.

Een aantal therapeuten in de wereld deed en doet CT met kinderen en pubers.

Psychopathologisch zullen we de cliëntèle voor CT maar grofweg onderscheiden in psychotici; kinderen met handicaps; neurotici en personen met normale phase-moeilijkheden. De CT zal er voor verschillende soorten mensen zeer verschillend uitzien.

Aan het bespreken van 'indicaties' voor CT wil ik me in dit artikel liever onttrekken. We doen beter om de veelvormigheid van het terrein eerst te verkennen.

In dit artikel zullen we meer onbesproken laten. Al bemerkt de lezer her en der in dit artikel de psychiatrische inrichting als voornaamste voedingsbodem, het is met name niet de bedoeling om de belangrijke ontwikkeling van de CT in deze inrichtingen uitvoerig te bespreken (men kan de geschiedenis nagaan aan de hand van de Documentatiebladen van de Nederlandse vereniging voor expressieve en creatieve therapie en de Stichting voor muziektherapie). Dat die ontwikkeling er toe doet kan men al aflezen uit het feit dat het niet meer usance is dat een creatief-therapeut een patiënt op pure verwijzing voor auxiliaire behandeling accepteert en dan maar iets 'doet'. Men *bedoelt* iets met CT, er moet dus een doel zijn, en een drempel, een begin en een eind, en zakelijke evaluatie.

In het tweede deel van dit artikel zullen wij ons uitsluitend bezig houden met psychotherapeutisch ingezette CT bij neurotische patiënten. Ambulante CT is heel goed mogelijk en wordt individueel en in groepsvorm te weinig toegepast. Dit wordt hier evenwel toegespitst op *residentiële behandeling*.

We zullen nu nagaan dat CT gebruikt kan worden met verschillende oogmerken en op verschillende wijzen.

(3) *Gebruik van CT met diagnostisch of studie-oogmerk* — Op tweeërlei wijze kan men tewerkgaan: (1) men observeert het gedrag in de CT en rapporteert dit, (2) men observeert één gevolg van het gedrag: het product, en wendt de gewonnen informatie aan.

Ad 1): men kan ook ander gedrag rapporteren. Daarvoor is geen CT nodig. Ad 2): in mijn artikel 'Looking and Doing' (1971) heb ik dit punt uitvoerig besproken; therapie is er om iets te doen met patiënten en om hen te laten doen, en niet om naar ze te *kijken*.

Hobbyisme en verzamelwoede hebben heel wat interessante en vervelende, geldige en ongeldige verhandelingen teweeggebracht, en kalenders van het werk van schizofrenen zijn kleurig en merkwaardig. Natuurlijk is bv. het ontwikkelingspsychologisch verband tussen de 'mentalité primitive', kindertekeningen en producten van psychotici interessant.

De ontwikkeling van de creatieve *therapie* is echter wel vertraagd doordat

— zoals gezegd, de CT veelal helemaal niet voor behandeling gebruikt is;

— men intussen veelal deed alsof dat wel zo was, en dus doodgeewoon doeleinden of resultaten erbij verzon;

— onderzoekers ook waar ze louter *kijken*, in hun werkdoel veelal nog steeds niet onderscheiden of ze bezig zijn met *diagnose* door dieptepsychologie; of de *studie* van projectie en expressie; of aspecten van *kunst*. — Men vergelijke een titel als 'L'art psychopathologique', een boek geschreven door een behandelaar. Ook de kunstfilosofische en mensfilosofische bedrijvigheid rondom de creatieve therapieën is aanzienlijk.

Het gevolg van een en ander is geweest dat het vak van de creatieve therapie lange tijd onduidelijk en een beetje opgewonden is gebleven, en rijk versierd met essayisme. Als 's werelds professoren blijven spelen met een paar schizofrene schilders en andere aapjes, leidt dat bij stafleden in inrichtingen de aandacht af van renderend werk. Trouwens: het is niet prettig om defecte mensen niet beter te kunnen maken. Soms maken we daarom ons werk rijker dan het arme therapeutische effect. Wij krijgen in Nederland de indruk dat we onze bevredigingen aan patiënten-producten sneller opgeven dan men in het buitenland doet. Aldus ook Eykman (1973).

Vervolgens. Laten we aannemen dat men de producten uit de CT op zuivere wijze diagnostisch (en niet tegelijk met interesse in iets anders) aanwendt. Dan valt daarop te zeggen: laat dat. Gebruik (a) gevalideerde tests, en koers (b) met meer moed of intelligentie op uw klinisch oordeel, zonder half-gefingeerde steunpunten.

Tenslotte. Een contrôle, eens per 2 of 3 maanden, op een langdurige behandeling, is normaal. Het is zeer nuttig dat de creatief-therapeut in termen van zijn eigen vak aan deze evaluatie meedoet.

In het algemeen. Kijken naar inhåltliche dingen is goedkoper en minder zinvol dan het meer abstraherende kijken naar structurele kenmerken. Begrepen structuur is belangrijker dan geduide psychodynamische inhoud.

Een heel ander studie-doel is: het gebruik van CT om CT te bestuderen. Men gaat de waarde van de methode na ter verbetering van de methodick. De creatief-therapeut is hiermee dikwijls bezig.

(4) *Doeleinden in de psychiatrische inrichting* — In een voordracht over de Nederlandse situatie zegt Eykman (1973) hierover het volgende:

'Wanneer ik de huidige situatie probeer te overzien — en dat is, geloof mij, een heksentoer — dan meen ik daarin tenminste een viertal opvattingen te kunnen onderscheiden omtrent de functie van de creatieve therapie in de psychiatrie. Deze opvattingen — het zij van te voren gezegd — vullen elkaar veeleer aan dan dat ze elkaar uitsluiten. Alle dragen belangrijk bij tot het vinden van een eigen identiteit van de creatieve therapie.

1 — Creatieve therapie is een kwestie van vormgeving; d.w.z. zij richt zich op de vormgeving van de patiënt, zij bevordert herstel van deficiënte vormgeving, en zij stimuleert het hervinden van verloren gegane mogelijkheden tot vormgeven (de Nobel).

In de praktijk komt dat op het volgende neer. Een patiënt die zich in zijn beeldend bezig zijn steeds herhaalt (persevereert), moet eerst duidelijk gemaakt worden dat hij dat doet, en vervolgens dienen hem wegen gewezen te worden (situaties, materialen), waarlangs hij zijn leven kan beteren. De creatief therapeut stelt zich hierbij niet weinig directief op, en dat heeft zin voor vele inrichtings-patiënten.

2 — Creatieve therapie is typisch non-verbaal, en is dus bijvoorbeeld te gebruiken als non-verbale psychotherapie (Wessendorp). In de uitwerking van deze opvatting ziet men de creatief therapeut zich bijvoorbeeld laten inspireren door Rogers, wat dan wil zeggen dat hij zich zeer non-directief, maar attent 'spiegelend' opstelt. Bij deze methode blijken overigens verbale toevoegingen niet gemist te kunnen worden.

3 — Creatieve therapie is begeleiding van creatieve processen (Kliphuis). Men gaat daarbij uit van de gedachte dat deze processen genezend, in ieder geval groeibevorderend werken. De creatief therapeut is een deskundige kenner ervan, o.a. door het zelf doormaken van een dergelijk proces, en hij treedt sturend op. (. . . .)

4 — Creatieve therapie is een soort 'engineering' of architectuur (Jongerius). De creatief therapeut is dan in het behandelingsteam de architect; zijn werk is dienstverlenend en onmisbaar. Bijvoorbeeld: in het instituut waar ik werk — het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' — worden alle patiënten behandeld volgens de principes van de residentiële psychotherapie. Dat wil zeggen dat alles wat in die kliniek gebeurt gericht moet zijn.'

In punt 4 vangt de lezer reeds een signaal op van wat ik straks nader zal bespreken.

Bij deze weergave van opvattingen moet ik het laten. We moeten voort.

(5) *De inrichting is een geheel* — Geen enkel therapeutisch middel (behoudens een zwaar pharmacon) heeft een vaststaande autonome identiteit. Het is een fictie om te spreken van 'de creatieve therapie', of 'de taak van psychodrama', of 'de plaats van muziektherapie'. In feite is er sprake van een therapeutisch gedrag vericht door stafleden in het besloten veld van het organisme 'inrichting', en ook de attitude en behoeften van de patiënten worden bepaald door wat zij elders qua bevrediging, frustratie, zelfverwerkelijking enz. beleven. Alwat verder in een inrichting geschiedt, bepaalt mee wat naar een bepaalde 'therapie' als functie toevloeit. In een streng verbaal-duidende psychoanalytische kliniek krijgt CT of psychodrama een heel andere, 'compenserende' functie dan in een kliniek met veel musische en Gestalt-therapie. In een psychiatrische inrichting met een hoog-ontwikkelde afdeling arbeidstherapie krijgt de CT een andere plaats dan in een inrichting waar die afdeling ouderwets marcheert, en vice versa. In een psychotherapeutisch centrum of een dagkliniek kan men CT gebruiken als een centraal vehiculum (zoals in 'De Viersprong') maar ook zeer wel als een auxiliaire therapie.

De creatief-therapeut en psychiater en psycholoog kunnen natuurlijk wel van alles beweren als doelstelling voor CT. Over de werkelijke functie of on-functie van CT zegt dat nog niets. Een therapeutisch instituut is (op zijn slechtst) een agglomeratie van therapeutisch bedoelde en andere gedragingen, of (op zijn best) een rationeel geheel van therapeutische gedragingen. Inhoud en functie van CT zijn afhankelijk van het netwerk.

Een heel simpel aspect van het netwerk is de bewuste steun voor een therapie. Men kan de CT elders in de inrichting cohaerent ondersteunen, of niet. Dat maakt verschil voor de *inhoud* van de CT. (Dat het verschil maakt voor stafrelaties is meer bekend)

Als luttel voorbeeld een detail van stafgedrag. In inrichting A zet men een CT-afdeling op met een doel in de geest van: bevordering van initiatief, vrij kiezen maar ook afmaken, onafhankelijk functioneren. Kortom: patiënt moet minder patiënt worden. Verbaal wordt de CT hem ook als belangrijk aangeprezen. Non-verbaal wordt hij echter uit CT weggehaald voor het maken van een EEG (waarvoor hij bang is). Dit detail-sigitaal luidt: blijft toch maar patiënt, geheimzinnig bekeken-worden is belangrijker dan werken aan jezelf.

Ik weersta de verleiding om hierop door te borduren. We moeten de psychiatrische inrichting nu verlaten en ons concentreren op de CT bij neurosen.

Creatieve therapie bij neurosen

(6) *De 'ongrijpbaarheid' van het psychotherapeutische* — De oogmerken bij het psychotherapeutisch toepassen van CT kunnen zeer verschillend zijn.

Anna Freud zag tekeningen als communicatiemiddel van kind tot therapeut. Deze gedachte ligt met name voor kinderen — met hun afwijkend reflexie- en taalniveau — voor de hand. Anna Freud was er met deze methode dan ook vroeg bij (1928). Het diagnostisch element in haar gedachte overweegt.

Men kan ook vernemen over: het nut van katharsis en afreageren, angstverlichting door representatie van de conflictstof; symbolische wensvervulling; de Ik-versterkende waarde van het kunnen. Men hoort ook overmatig naïeve argumenten voor creatieve therapie. Zoals: de patiënten doen het later zo vaak nog, ze blijven het doen. So what? De idee schijnt te zijn: je neemt er wat van mee. Dit is op therapeutisch gebied een bekende wel erg oppervlakkige gedachte.

Hier ligt een goede entree voor onze verdere opmerkingen. De laatstgenoemde opvatting is — op zijn welwillendst beschouwd — uitsluitend didactisch-agogisch gedacht en niet psychotherapeutisch. Bij iedere psychotherapie wordt in principe een eenmalig middel (te vinden daar waar we patiënt aantreffen) gebruikt bij een eenmalige levensbemoeilijking. Het gaat er niet om, iemand een verlossende handgreep of verlossende tekst op zijn weg mee te geven. Het gaat erom, bijstand te verlenen bij psychische groei; hulpmiddelen zullen daarbij (in principe) juist telkens hun geldigheid verliezen, en plaatsmaken voor andere.

Ik zei steeds: 'in principe'. Er zijn nl. twee complicaties. Ten eerste zal juist een psychisch zieke ertoe neigen, (bijna) dezelfde hindernis telkens verderop in zijn levensstroom te herhalen. Ten tweede liggen er in (ontdekkende of niet-ontdekkende) middelen ter bevordering van therapeutische leerprocessen, en ook in minder intensieve begeleidingsmiddelen, belangrijke elementen van herhaling. Aan het principe van eenmaligheid, van het betekenisvolle moment in de psychotherapie, doen deze complicaties niet af. Iemand komt om psychotherapeutische hulp vragen bij een bemoeilijking in zijn leven. Dat leven staat nimmer stil, maar groeit (vergroeit), ontwikkelt (verwikkelt) zich verder van dag tot dag. De patiënt laat de psychotherapie, en zichzelf-van-tóen, achter daar waar hij was. Psychotherapie verschaft noch een vastliggend diploma (of een vastliggend blijk van zwakheid) waarop men zich kan blijven beroepen, noch een 'levensleer' die men steeds weer kan 'nalezen' of waartoe men telkens kan 'terugkeren'. En als er een herinnering van het psychotherapeutisch gebeuren blijft, functioneert die niet anders in het leven dan een andere herinnering. Waar het er niet zo uitziet, is de essentie van psychotherapie verdoezeld.

De uiteenzetting moet hier erg elliptisch blijven. Laat ik exem-

plarisch zeggen: Wij achten het (in onze kliniek) dan ook logisch dat een psychotherapeutische kliniek geen patiënten-reünies kent ter bekrachtiging (reinforcement) van agogisch teweegebrachte conditioneringen, of ter bekrachtiging van een mutueel narcisme van staf en patiënten. Opvoedingsinternaten, veteranen en mensen die samen gestudeerd hebben, hebben wél reünies. In de spelvorm van de reünie ligt tegelijk een bevestiging van, een terugkeren tot een stukje levensoplossing. Dat wil therapeutisch zeggen: een stukje panacee. Voorzover psychotherapie bij een patiënt diepgaand slaagt, betreft het juist iets dat voortaan zal blijven veranderen. In dat geval is het *enige* geldige middel dat zichzelf gelijkblijft: het meest inhoudsloze, en dat wat automatisch bij-de-tijd blijft — nl. een spiegel. De spiegelende of zelf-confronterende waarde van de creatieve therapie staat bij ons dan ook voorop. Maar van dat zelf-ontdekkend bezig-zijn valt niets mee te nemen: geen werkvoorschrift en geen werkstuk. Op de opvatting in onze kliniek kom ik nog terug.

(7) *Therapeutische oogmerken en wijzen van gebruik* — We zullen nu enige wijzen van therapie nader bezien. Dit verduidelijkt het gesprek over oogmerken.

Enkele methoden zullen worden genoemd, en bij wijze van oefening zullen we telkens enige structuur-eigenschappen van de methode signaleren. Het geldt niet meer dan een incomplete en oppervlakkige kennismaking. Daarna bespreek ik systematischer de 'Viersprong'-methode.

1 — *Associatieve methode* (deze naam neem ik over uit een rubricering door Volmat) (1956). Deze methode is ontstaan als een analogie van reeds bestaande psychoanalytische technieken.

Voorbeelden:

- dromen tekenen of liefst schilderen, waarna associëren en duiden volgen (Jung e.a.);
- fantasieën tekenen, waarna associëren en duiden volgen;
- spontane tekeningen gebruiken als vrije invallen in de psychoanalyse;
- verkregen associaties schilderen.

Enkele structurele kenmerken, d.w.z. implicaties voor de therapie:

- directieve opdrachten;
- nadruk op het product, en wel op zijn inhoud;
- nadruk op de betekenis van het product voor het (ongelijke) duo patiënt-en-therapeut; het product gaat dus een belangrijke boodschap van patiënt aan therapeut vormen, en vervolgens een belangrijke boodschap terug van therapeut naar patiënt (voor de hand ligt b.v. het uit de empirie bekende bezwaar dat patiënt gaat produceren wat therapeut wil).

De methode kan alleen zinnig functioneren in een strenge psychoanalytische setting. Het werkelijk zakelijke indicatiegebied lijkt mij klein.

2 — *Beeldcommunicatie*, zoals uitgewerkt door Langeveld en

Lubbers (1955, 1964, 1966). In deze methode is altijd sprake van beweeglijkheid, van ontwikkeling van het beeld of de beelden. Enigszins naar analogie van de *rêve éveillée* van Desoille ontwerpt patiënt beelden, binnen welke de therapeut meeontwerpend (bv. steunend of toespitsend) attent is. De intimiteit en het communicatie-niveau van de beelden worden dus gerespecteerd en er wordt niet geduid. (Er is verwantschap met bv. psychodrama, spel- en poppenkast-therapie). Lubbers merkt op dat in Sèche-haye's beroemde psychoanalytische behandeling van een psychotische patiënt ook beeldcommunicatie plaatsvindt, wanneer zij een reëel voorwerp invoert wegens zijn symboolwaarde. — Deze therapievorm komt mij met name voor kinderen en pubers als zeer fraai voor, mede wegens de structureel present-gestelde, groeibevorderende verhouding tussen kind en volwassene.*

Nog enkele structurele kenmerken:

- de werkwijze is 'half directief' (de opdrachten kunnen meer of minder specifiek zijn);
- therapeut is expliciet aanwezig, en de relatie tot hem is *expliciet* even beslissend als het spontane beeld;
- er ligt nadruk op de inhoud van de beelden; doch ook op het voltrekken ervan; bij dat voltrekken is er een doen als daad, maar ook als vloeiende bezigheid;
- ik merk even op dat er ruimte is voor spontaan opkomende duidingen door patiënt zelf ten overstaan van de therapeut.

3 — *Gerichte opdrachten*. Binnen deze therapievorm bestaan veel varianten. Men kan de methode als volgt afgrenzen: Bij zulk een opdracht weet de therapeut meer over het product dat zal resulteren, dan bij methoden 1 en 2. Therapeuts oogmerk zal geneigd zijn zich te richten op bepaalde psychische grootheden die hij wil beïnvloeden. Een kenmerk van de methode is dan ook dat therapeut iets specifiek meent te weten omtrent die psychische grootheid en de psychische processen die hij uitlokt. Hier bestaat risico van ongegronde pretentie; tevens moeten opvoedende en psychotherapeutische bedoelingen goed uit elkaar worden gehouden.

Een boeiende denkwijze is bv. degene die zich met volgorden van materialen of volgorden van opgegeven onderwerpen bezighoudt. De therapeut beoordeelt dan waar de patiënt of het kind-cliënt nu 'aan toe' is.

Enkele structurele kenmerken:

- de methode is directief;
- het product is belangrijk in de waarde- en prestatiehuishouding.

Toelichting bij het laatste: Er wordt immers iets bepaalds gevraagd, en therapeut communiceert op een of andere manier aan patiënt dat hij iets bepaalds bereiken wil waarbij het product

* De zittingsduur is interessant. Lubbers deelde mij eens mee dat bij hem een zitting niet zelden slechts 20 minuten duurt.

blijkbaar maatstaf is in de ogen van de therapeut. Een terechte indicatie voor deze methode zal dan ook dikwijls te maken hebben met het oogmerk Ik-versterking.

Een meer paedagogisch gericht oogmerk kan zijn: *leren-kunnen*. Via deze laatste formulering laat zich m.i. gemakkelijk de geschiktheid van de methode beredeneren als onderdeel van puberen adolescentenbehandeling: voor dezen is leren-kunnen (op veel-erlei gebied) een belangrijk probleem, bij welke symptomatologie ook. De methode sluit dus aan op leeftijds-specifieke moeilijkheden en behandelingsoogmerken; al kan hij ook buiten die levensfasen toegepast worden. — De genoemde structurele kenmerken impliceren evenzeer contraindicaties. Vaak zal de therapeut niet door de deur van de prestatiehuishouding willen binnenkomen. En vaak zal hij minder directief willen zijn.

De drie genoemde creatief-therapeutische methoden kunnen incidenteel in een verbale psychotherapie worden ingepast. Bij verblijf in een kliniek wordt dikwijls op een of andere manier de derde methode ingeschakeld.

4 — *Directieve opdrachten zonder gemarkeerde bedoeling*. De ten gronde liggende ideeën zijn dan een mengeling van bijvoorbeeld: bezigheidstherapie, expressie, catharsis, creatief zijn is zo goed, ze zien wat ze kunnen, ze komen vooruit.

Structureel kenmerk van deze vorm is dat hij geen structuur heeft. De therapeutische factoren worden slechts in zeer geringe mate tot therapeutische middelen toegespitst, dat wil zeggen dat zij nauwelijks uitkomen boven de therapeutische factoren die overal in het leven aanwezig zijn. De werkingen van de geïntroduceerde therapeutische factoren zullen elkaar bovendien storen. 'Samenvattend moet men erkennen, dat van een doel-bewuste kunst-therapie nog maar nauwelijks sprake is, ze verkeert nog slechts in een beginstadium'. (Plokker, 1962).

5 — *Individuele begeleiding door een creatief-therapeut*. De aanpak onder 1 en 2 geschiedde door psychotherapeuten, de rest wordt verricht door creatief-therapeuten, al of niet in samenwerking met psychiater, psycholoog, psychotherapeut. Methode 5 is weer een individuele aanpak, zoals met name 1 en 2. Op grond van ervaring neem ik het vermogen van sommige creatief-therapeuten tot zulk een behandeling volkomen au sérieux, maar ik kan geen algemene karakteristika geven omdat ik er te weinig van weet, en verscheidenheid verwacht. Zoals methode 1 van dit lijstje overjarig is, zo is opname van deze laatste methode wegens zijn nog geringe frequentie futuristisch. Het gaat erom, dat de behandelde binnen één creatief medium een bepaalde weg aflegt, die wegens de puurheid van de methode een gegeneraliseerde betekenis heeft voor de persoon.

Ik heb al gezegd dat het voorgaande niet meer voorstelt dan een snelle en aanvechtbare verkenning. Iets precieser zullen we ons nu bezighouden met een zesde werkwijze. Deze geldt voor groepen in residentiële psychotherapie.

(8) *CT in de volwassenen-afdeling van 'De Viersprong'* — In wat verder volgt, is het niet mijn bedoeling om persoonlijke stafvisies te propageren. Wel bedoel ik een concrete indruk van een consequente vorm van gebruik van CT te geven. Dat bereikt men het best door te vertellen wat men van nabij kent in de eigen kliniek-cultuur. Het pleidooi is voor enigerlei consequent denken en niet speciaal voor het onze.

Algemeen doel van de werkwijze. 'Wij bieden de patiënt mogelijkheden aan, waarmede wij een appèl doen op die immanente regulatorische krachten, die wij vele namen geven en die wij als bondgenoten weten in elke psychotherapie, maar waarover wij zo weinig gefundeerd kunnen zeggen. Zoals wij ook op de vraag naar het waarom van ontwikkeling en ontplooiing geen antwoord krijgen (*vis a tergo*)' (Jongerius, 1963)

Het is geheimzinnig en boeiend dat deze krachten (en hun stoornissen of ziekelijke derivaten) bestaan, en iets te maken hebben met welke creativiteit ook en met beeldproductie — productie van personale beelden (Langeveld) in gedrag of materiaal. In het werk van de therapeut gaat het erom, zich zonder baatzucht met die krachten bezig te houden. Zonder de baatzucht van de voyeur die er steeds iets uit wil halen voor zichzelf; of de baatzucht van een andere kijker, de narcist die telkens halthoudt ter bespiegeling, om te zien of te tonen wat zijn klantjes nu weer gemaakt hebben. Dit zijn slechts vlakke insinuaties. Ongetwijfeld is de diepere grond voor (al of niet renderend) diagnostisch oponthoud bij werkstukken: onze verwondering en zeer geringe kennis ten aanzien van de klachten die werken in ziekte, gezondheid en therapie. Die geringe kennis heeft dan ook tot resultaat dat de lezer, na al deze schone woorden, nog niets weet over het oogmerk van CT in 'De Viersprong' — behalve Jongerius' poging om er geen onzin over te 'weten'.

Bij het nagaan van de werkwijze zal ik oogmerken en structurele kenmerken terwille van het verband tezamen bespreken en niet apart van elkaar opstellen.

Grondprincipes. De aangeboden mogelijkheden om met de handen iets te maken, maken deel uit van de (1) sociotherapeutische, (2) ontdekkende en (3) non-directieve werkwijze in de kliniek. Hier volgt toelichting op het eerste punt. Commentaar op de twee andere punten geschiedt tegelijkertijd en straks, wanneer we ons afvragen hoe we ons de werking voor moeten stellen.

Over sociotherapie. De creatieve therapie waarin de patiënt zich begeeft, is onderdeel van een psychotherapeutische behandeling, en wel in een kliniek; dat wil in onze kliniek zeggen: onderdeel van de sociotherapie.

Deze met name door Jongerius en zijn staf consequent ontwikkelde methodiek komt gewoon neer op een non-directieve ontdekkende milieu-therapie; het geheim van het recept ligt hierin dat men de volle nadruk op alle vier woorden dient te handhaven.

Van de overwegingen ten gunste van non-directiviteit wil ik al-

leen deze releveren: het gaat erom, dat de patiënt gedwongen wordt om vrij te zijn, of althans: die opdracht tot vrijheid te beleven. De neiging van de neuroticus om juist zijn vrijheid te ontvluchten is bekend, en de therapeut dient deze duivel onder zijn vele aangezichten goed te kennen. Het ontdekkende oogmerk van de behandeling houdt in dat steeds de noodzaak van de keuze moet blijken, dat de patiënt steeds zijn eigen gedrag tegenkomt, en zijn eigen aandeel in zijn leven gaat herkennen.

Ik blijf telkens in andere woorden hetzelfde herhalen: de taak van de sociotherapie komt dan neer op de Romeinse rechtsspreuk 'suum cuique tribuere', oftewel 'ieder het zijne'. Ieder moet krijgen wat hem krachtens zijn eigen zijn toekomt; dit effect is alleen bereikbaar wanneer we het doen of gedrag van patiënt steeds in het centrum houden (en niet een bepaalde theorie over hoe het is of hoe het moet). Deze idee verder uitgewerkt:

1 — Met het geschetste doel bieden we een breed spectrum van therapeutische middelen en situaties aan.

2 — Het leven is wijzer dan een therapeutisch systeem.* Het leven, gevat in de pressure-cooker van de kliniekgemeenschap, en daarin door een therapeutisch systeem zorgvuldig gevangen gehouden, is echter nog wijzer.

3 — Dat wil zeggen, *indien* de staf (a) werkelijk aan de individu en aan iedere sociale werkelijkheid de kans geeft er helemaal te zijn en zelfs (b) hen daartoe dwingt; en indien de staf (c) de kliniek-werkelijkheid zodanig hanteert dat de centrale therapeutische houding consequent doorstraalt tot in het geringste détail.

4 — Anders gezegd: De staf probeert de kliniek-cultuur en de sociale relaties tot het uiterste te gebruiken. Men wordt gedwongen deze cultuur en relaties integendeel te *bestrijden*, wanneer men uitgaat van abstractere (en niettemin minder omvattende) therapeutische noties dan deze. Zulke opvattingen drijven zonder uitzondering tot systeem-beschermende kunstmatigheden, en naar een van de onaangename vormen van dissonantie tussen stafconcepten en informele werkelijkheid. Op zijn gunstigst worden de patiënten dan genezen in een therapeutisch proces dat een verkeerde naam draagt.

5 — Bij dit alles is ons appèl op de patiënten en op hun optimaal gebruik van hun vrijheid en krachten vérgaand en onplezierig aanhoudend. We nemen ook schijnbaar ernstige risico's omdat wij menen dat als wij niet onze angst voor patiënten vrijheid kun-

* 'Het is schrikbarend wanneer men ziet hoever de theorie kan afdwalen van de gewone therapeutische krachten die de algemene samenleving van de gezonde mensen ondersteunen' (D. J. Holmes in zijn *The adolescent in psychotherapy*, Churchill, Londen 1964). Ik voeg toe: Deze ondersteuning is natuurlijk niet te verstaan als louter bijstand, maar ook als complicatie, appèl, druk, hindernis, keuze-noodzaak etc. — waardoor tot groei geprikkeld wordt. Bij de geciteerde schrijver trof ik veel opvattingen aan die met die van onze staf overeenstemmen.

nen verdragen, hijzelf zéker zijn angst voor vrijheid niet zal aankunnen.

6 — Tolerantie is het onmisbaar complement op deze houding.

7 — Vertrouwen is de bron zowel van het inspannende appèl als van de ontspannende tolerantie.

8 — Voor dat vertrouwen moet dan ook een grond zijn: geen patiënt wordt opgenomen tegen zijn wens, er moet een bevredigende mate van motivatie zijn.

9 — Aan de aangeboden behandeling kan men moeilijk ontsnappen (men kan vertrekken; daar hernieuwde opname onmogelijk is, doet men dit niet gauw). Binnen de kliniek is ontsnapping zo moeilijk omdat het 'gestandaardiseerde milieu' tot zelfconfrontatie leidt wat patiënt ook doet of nalaat. Wij bevorderen dat (behandelde) interactie ook buiten de 'werk'-tijden plaats vindt.

10 — Tenslotte: De staf strijdt een gedurige en zeer gedetailleerde strijd om te zorgen dat men het gezag blijft toeschrijven aan de individuele en sociale werkelijkheid en niet aan de staf. In deze strijd is oprechtheid een machtig wapen en enigerlei toedekken is dat niet.

Enkele concrete détails. Ik bepaald me nu weer tot de creatieve therapie en som daarvan maar heel enkele punten op. Iedere patiënt is lid van een overdag functionerende groep. Zulk een groep bestaat uit 8 (soms 9) personen. De groep is a-select. Iedere groep krijgt een bepaald programma van therapieën (wekelijks hetzelfde) aangeboden, zodanig dat volgens een rooster alle groepen per week hetzelfde doen. (Het rooster herbergt ook andere therapieën dan de creatieve. Los van het rooster functioneren weer andere zaken, waarvan ik releveer dat elke patiënt tevens in individuele psychotherapie is). Een patiënt krijgt elke week op dezelfde tijd hetzelfde materiaal-aanbod in dezelfde vorm.

Er zijn vaste sociotherapeutische reacties op de houding van de patiënten jegens de creatieve therapie. Er zijn geen stafreacties op de werkstukken. Het gaat om het bezig-zijn met het materiaal. Men wordt bij dit bezigzijn op geen wijze door staf of personeel geholpen.

Belangrijke dingen zoals aard van het materiaal, bijzondere toepassingen zoals groeps-werken, of de strekking van de roostercompositie, kan ik hier laten rusten.

Hoe stellen we ons de werking voor? Hieronder duiden wij enige oogmerken en structurele kenmerken aan.

— Er bestaat een therapeutische betekenis, bepaald door het materiaal tezamen met het daarmee bezig-zijn. Het anthropologische principe hiervan ligt in het motto 'Faire, et en faisant se faire'. Opdat de aan te bieden 'ontmoeting met de stof' (Jongerius) zo hoog mogelijk rendeert, is de aard van het materiaal zo toegespitst als bij ons inzicht mogelijk is.

— Dat wij een breed spectrum van therapeutische middelen wil-

len aanbieden (in overeenstemming met de gedachte van 'meer-sporige' therapie, maar het gaat nog verder), geldt ook binnen de creatieve therapie. Een patiënt krijgt in één week verschillende materialen en situaties aangeboden. Redenen:

1 — aanbod van een verscheidenheid aan (therapeutische) middelen, situaties, ervaringsmogelijkheden, correspondeert met de maatschappelijke en psychische werkelijkheid;

2 — in verband met sociotherapie en gestandaardiseerd milieu is het voor iedere patiënt van belang dat allen dezelfde situaties aangeboden krijgen; het ideale materiaal-pakket voor één atomistische, in totale afzondering behandelde individu zou verschillen van dat voor een ander; met beide polen tegelijk kunnen we alleen rekening houden door een algemeen pakket van ruime samenstelling voor iedereen;

3 — ook longitudinaal, d.w.z. in de ontwikkeling van één patiënt tijdens zijn verblijf, zullen de diverse materialen en situaties verscheidene en meer en minder betekenissen voor hem hebben op verschillende tijdstippen; het 'ideale pakket' per individu is wisselend van samenstelling;

4 — onze kennis van de betekenis der therapeutische materialen en opdrachtsituaties is nog zeer beperkt; belangrijker is dat we niet moeten doen *alsof* we er zoveel van weten, en vooral: alsof we er ooit zoveel van *kunnen* weten; we moeten niet proberen patiënten vrije ontwikkeling op een beperkende manier vóór te zijn door hem een te doorlopen specifieke route op te leggen, wanneer wij slechts onzekere kennis hebben omtrent (a) de waarde van het aanbod, (b) de betekenissen die de patiënt eraan *zal* gaan verlenen; we moeten m.a.w. 'oppassen voor een te sterk analyserend-mechaniserende toepassing'; zo goed en zo kwaad als het gaat, wordt geprobeerd het materiaal-aanbod juist zo specifiek te maken dat *het dringend is maar niet kansen-ontnemend*; en dit laatste kan men zeggen van het structuur-aanbod of de huls-zonder-inhoud die in het algemeen door elke ontdekkende therapeutische situatie wordt beoogd.

— De bezigheid heeft het karakter van werk-therapie. Dat houdt allerlei therapeutische elementen in. Alle gedragingen (of symptomen) die de 'echte' werksituatie oproept, verschijnen ook hier. Er is de spanning tussen werk en vrij; men kan op talloze manieren werken, komen en weggaan en zich tot dat gedrag verhouden; dit alles functionerend binnen de relaties met de groepsgenoten die hetzelfde werk hebben.

— De bezigheid heeft dan ook tevens het karakter van groeps-therapie. Aan dit facet verlenen wij enige nadruk. Bij een aantal bezigheden zit men bv. aan één tafel, van aangezicht tot aangezicht. De neuroticus heeft moeite juist met de face to face group, welke maatschappelijke samenlevingsvorm wij hier herhalen.

— De structurele details wijzen voorts op non-directiviteit. Men doet of maakt wat men wil; er ligt dus geen nadruk op het product; er ligt dus geen nadruk op de betekenis van het product

voor de staf; gebarricadeerd wordt dus de verticale lijn die via het product leidt naar de (therapeutische) autoriteit. Men merke hier een voorbeeld op van de verbanden tussen de verschillende structurele facetten. Het gezegde betekent dat de stuwingen van diverse psychische mechanismen terechtkomen in de horizontale relaties tot de groep, en dat anderzijds de horizontale spanningen niet (ten onrechte) in de verhouding tot werkresultaat en gezag worden ondergebracht.

— In al het opgesomde ligt reeds het oogmerk van een ontdekkende therapie. De richting waarin patiënt wordt gestuurd, is die van een dialoog met zichzelf, die zich ontwikkelt van de voortgaande constant gehouden ontmoeting met de stof en de groepsgenoten, en die telkens een markerende begeleiding verkrijgt in het individueel-psychotherapeutisch contact.

Drie opmerkingen ter vermindering van misverstand:

(1) De hier korthedshalve als stelling geformuleerde werkingen zijn natuurlijk niet bedoeld als onvermijdelijke en onverdeelde effecten. Geschetst werd alleen wat oogmerken en structurele kenmerken trachten te *bevorderen*.

(2) Een beschrijving werd gegeven van de *creatieve* therapie. Daarmee is *niet* een beschrijving gegeven die het therapeutisch geheel weergeeft.

(3) In de jeugdafdeling van 'De Viersprong' is het systeem wel verwant maar het toont grote verschillen.

(9) *Vier fasen van creatieve therapie* — Een systeem van CT is er niet zomaar. Het ontwikkelt zich.

Aanvankelijk hebben de bevlogen en die 'De Viersprong' hebben opgericht de CT enigszins ongecontroleerd, mytisch en inháltlich duidend gebruikt. De creatief-therapeut en de psychotherapeuten bemoeiden zich met de producten. In een periode waarvoor blijkbaar een 10 tot 15 jaar nodig is of was, veranderde veel.

In een tweede fase werd de gelanceerde psychotherapeutische kliniek met CT en al geconsolideerd. De creatieftherapeut en de psychotherapeuten trokken zich wat meer terug. Concentratie op het aanbod van materiaal en situatie. Vermijding van verstrengeling met verbale psychotherapie of andere toevoegsels, en vermindering van onoverzichtelijke overdrachtsverschijnselen die niet behandeld worden.

Daarna werd het mogelijk om verder te zoeken naar de meest renderende vorm van 'pure' CT.

In de vierde fase spitste de creatief-therapeut zijn wapen met gelijktijdige vereenvoudiging verder toe. Zodanig, dat een principieel nieuwe fase ontstond (die overigens wel weer niet de laatste zal zijn). Het nieuwe ligt ten eerste in enkele centrale werkvormen met een zeer specifieke, bijna 'ontwikkeling-afdwingende' instructie, die toch een grote non-directieve ruimte laat. En voorts is de therapie nu zo self-supporting geworden dat de patiënten de-

ze in een zelfbedieningssysteem verrichten. Er is geen enkele therapie-kellner meer te zien. Inmiddels in onze jeugdafdeling werkzaam, zie ik met verbazing hoe de volwassen patiënten nu al een half jaar lang in voltallige groepen een uitgepuurde en veeleisende therapie zelf draaiende houden. Hoewel we nog steeds niet weten wat CT is, moet er alweer iets verbeterd zijn.

Ik heb de creatief-therapeut C. Visser gevraagd om voor dit artikel zijn kenschets van de vier fasen op te schrijven. Deze volgt hier.

I 1957 tot 1963 (Schipper). Begeleiding van het beeldend bezig zijn door stimuleren tot beginnen, bemoeienis tijdens het bezig zijn en evaluerende gesprekken achteraf aan de hand van het werkstuk. Doel: uitdrukken om eigen mogelijkheden en grenzen te leren kennen.

II 1963 tot 1968 (Visser). Opheffen van elke vorm van begeleiding. Aanbieden van materialen op de eenvoudigst en week in week uit regelmatigst mogelijke wijze. Doel: maximale gelegenheid bieden tot confrontatie met het eigen beeldend gedrag en zo tot heroriëntatie.

Door de cleane situatie waarin het werk ontstond, was het uitermate geschikt voor onderzoek. Resultaat: kennis van elementaire manieren waarop beeldend kan worden gewerkt. Op basis daarvan kon een visie worden ontwikkeld met betrekking tot de aard van het beeldend bezig zijn als keuzeproces en tot de verhouding van alle fundamentele keuzemogelijkheden ten opzichte van elkaar.

III 1968 tot 1973. Experimenterend en beschouwend gezocht naar een vorm van beeldend bezig zijn, waarin van moment tot moment alle keuzemogelijkheden openblijven, waarin elke keus maximaal zichtbaar wordt en waarin het kiezen niet ontlopen kan worden. Resultaat: het aanschilderen.

IV 1972 en 1973. Ontwikkeling, samenstelling en invoering van een pakket van werkvormen, die zo op elkaar zijn afgestemd, dat al werkende de zinnigheid van het bezig zijn binnen elke vorm ten opzichte van het bezig zijn binnen de andere vormen zonder toelichting, uitleg of andere begeleiding ervaren kan worden. Doel van het pakket: (1) confrontatie met wat men zelf verkiest te doen in een situatie, die tot kiezen noopt, de keuze maximaal zichtbaar laat worden en de keus van ogenblik tot ogenblik geheel vrij laat zijn en in een situatie, waarin men ten aanzien van deze drie aspecten zelf de gewenste maatregelen zal moeten treffen; (2) confrontatie met: wat men zelf 'doet met wat men aan het doen is', en met: wat men daarbij doet met wat anderen doen. Het eerste wordt mogelijk gemaakt met vormen van aanwerken (zoals aanschilderen) en vormen van 'werken', het tweede met vormen van alleen aanwerken en werken en vormen van samen aanwerken en werken.

Ik kan me voorstellen dat sommige lezers nu wel eens voor zich willen zien wat er dan wel voor moois in Halsteren is uitgevon-

den. Nadere beschrijving in dit artikel is niet op zijn plaats. In eerste aanleg verwijs ik naar een publicatie van Visser (1973).

Wel zal duidelijk zijn geworden dat men, na geruime tijd werken met CT, het adagium 'in creatief mag je doen wat je wilt' nu eenmaal achter zich laat. Er is een principieel verschil tussen de extremen van enerzijds een creatieve therapie met strenge spelregels (en rijke productie), en anderzijds het gezellige creatief-therapeutische rommelhok waar je kunt pakken wat je wilt (en arme productie). Al is een rommelhok wel goed voor ons en streng spel niet ongezellig.

(10) *Evaluatie van creatieve therapie?* — Ik beperk me hier tot de evaluatie van het therapeutisch rendement van creatieve therapie in groepsvorm en in een klinische setting.

Onderzoek zal wel mogelijk zijn (men probeert het wel eens) wanneer men als criterium aanneemt: *binnen* die therapie geformuleerde tekenen van 'voortgang'. Het onderzoek echter van buiten die therapievorm gegeneraliseerde tekenen van voortgang, die gevolg zijn van die therapievorm, zal moeilijk zijn. Er is alle reden om ons de vraag te stellen of dit een louter technologisch onderzoeks-probleem betreft. Wanneer heeft een 'losse' therapievorm überhaupt een zelfstandige therapeutische waarde? Wanneer moet men reeds theoretisch slechts een rendement verwachten door een *netwerk* van wederzijdse ondersteuning van *verscheidene* therapievormen? Wanneer is het therapeutische van creatieve therapie alleen auxiliair — d.w.z. slechts bekrachtigend werkzaam, of werkzaam wanneer bekrachtigd? En wanneer is het therapeutische van CT meer dan auxiliair, doch wel een onderdeel op gelijke voet, van een grotere therapeutische structuur? Het lijkt zeer moeilijk om het eigen of zelfs zelfstandig rendement van een deeltherapie te onderzoeken.

Summary

Creative Therapy with Neurotics — In creative therapy (CT), we are to worry about consistent therapy rather than about marginal niceties. Various therapeutic aims in CT and various modes of its use with groups or individuals are distinguished. It is shown that in a residential setting a 'therapy' is part of a whole rather than a particular bag of tricks. The application of the craft of intensive psychotherapy to CT is demonstrated with particular reference to the psychotherapeutic centre 'De Viersprong'. Attention is given to the history of CT in general as well as to the history of psychotherapeutic CT in one particular institution.

Literatuur

Dit artikel werd op verzoek geschreven. Ik heb ruimschoots geput uit enkele eerdere publicaties:

Hijmans van den Berg, A. H., *Objectiviteit en nut*. Documentatiebladen Ned. Ver. v. Expr. en Creat. Therapie, 1970, 154-159

Hijmans van den Bergh, A. H., *Looking and Doing. Psychotherapy and Psychosomatics*, 1971, 240-254

- Eykman, J. C. B., *Something different: creative therapy in the Netherlands* (Voordracht 7th Int. Congr. of Psychopathology of Expression, Boston, oct. 1973)
- Jongerius, P. J., *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*, Assen 1963
- Langeveld, M. J., De mens en de beelden. *Ned. Ts. v. d. Psychol.*, 1964, 5
- Langeveld, M. J., Bevrijding door beeldcommunicatie. *Ned. Ts. v. d. Psychol.*, 1955, 2
- Lubbers, R., *Voortgang en nieuw begin in de opvoeding*. Assen 1966
- Plokker, J. H., *Geschonden beeld*. Mouton 1962
- Visser, C., *Het proces van beeldend bezig zijn*. Documentatiebladen Ned. Ver. v. Expr. en Creat. Therapie en Stichting v. Muziektherapie, dec. 1973, 15-27
- Volmat, R., *L'art psychopathologique*. Parijs 1956
- Wolberg, L. R., *The technique of Psychotherapy*. Londen 1967, dl I, 77