

Meertalige groepstherapie met tolken

Deel 1

Groepstherapie voor asielzoekers en vluchtelingen waarbij gebruik wordt gemaakt van tolken, is een onderwerp dat nog nauwelijks beschreven werd. Sinds mei 2004 leidden de auteurs een psychotherapiegroep met tolken voor asielzoekers en vluchtelingen in een klinische setting. We beschrijven hier de periode mei 2004 tot december 2005. In deze periode namen 23 mannen en vrouwen uit Afghanistan, Armenië, Azerbeidjaan, Bosnië, Kongo, Guinee Conakry, Iran, Montenegro, Oekraïne, Rwanda, Servië, Syrië en Vietnam aan de sessies deel. Voor elke patiënt die niet voldoende Nederlands sprak, schakelden we een persoonlijke tolk in. Patiënten die dezelfde taal spraken deelden een tolk. Bij elke sessie was ook een verpleegkundige aanwezig die de verbinding vormde met het dagelijks leefmilieu van de

Frits van Hest (fvanhest@hetnet.nl), klinisch psycholoog/psychotherapeut, tot voor kort werkzaam in de Gelderse Roos, afdeling Phoenix, een afdeling voor de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen, thans freelancer.

Hanneke Bot (hanneke.bot@degelderseroos.nl), socioloog/psychotherapeut, werkzaam in de Gelderse Roos, afdeling Phoenix; zij promoveerde op onderzoek naar het werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg.

patiënten. Regelmatig nam ook een stagiaire verpleegkundige of een stagiaire psychologie aan de gesprekken deel. Samen met soms wel vier verschillende tolken konden er in een sessie zestien personen aanwezig zijn. De duur van de sessies was vijf kwartier. Elke sessie werd van tevoren besproken en na elke zitting volgde een nabespreking door beide auteurs van dit artikel en de verpleegkundige. Voor de voor- en nabespreking gebruikten we een evaluatieformulier dat we ontleenden aan Berk (1986).

Onze observaties hebben geleid tot twee artikelen. In dit eerste artikel ligt het accent vooral op groepstherapeutische aspecten bij het werken met een meertalige groep en in het tweede artikel op de betekenis van de aanwezigheid van tolken in de groep (Bot en van Hest, 2007).

Het eerste artikel is verdeeld in vier secties. In de eerste sectie wordt de doelgroep en de behandelsetting nader beschreven. In de tweede komen de groepsfenomenen en ontwikkelingen aan bod die we aan de hand van het evaluatieformulier hebben geïnventariseerd. In de derde sectie (discussie) worden de observatiegegevens en relevante theoretische beschouwingen geïntegreerd. De vierde en laatste sectie bestaat uit richtlijnen voor groepstherapeuten die willen werken met meertalige groepstherapie met tolken.

Nadere kennismaking met de doelgroep en de behandelsetting

Bienvenue, merhaba, welkom. Omar is een vierentwintigjarige Afrikaanse man. Hij nam deel aan een politieke demonstratie die door zijn vader was georganiseerd. Vader en zoon werden opgepakt, gemarteld en vader werd voor de ogen van zijn zoon gedood. Met hulp van een vroegere klasgenoot die gevangenisbewaarder was, ontsnapte Omar. Hij werd een vrachtschip binnengesmokkeld en belandde in Nederland. Hier werd hij psychotisch en suïcidaal. In zijn psychose hoorde hij een vogel berichten overbrengen over zijn familie die hij uit oog verloren had. Zijn asielverzoek werd in eerste aanleg afgewezen.

Nino is een weduwe uit Armenië. In de etnisch/religieuze chaos die ontstond na het ineensstorten van de Sovjet Unie zag ze haar twee kinderen voor haar ogen doodge-

schoten worden omdat ze de hond wilden verdedigen tegen de nationalisten die hun huis waren binnengedrongen. Nadat Nino te horen had gekregen dat ook haar man was vermoord, sloeg ze op de vlucht en kwam ze in Nederland terecht. Ze werd met een depressie en posttraumatische stressstoornis opgenomen. Tijdens haar behandeling wachtte ze nog op een uitspraak over haar verblijfsvergunning.

Ali was als het ware de buurman van Nino. Hij was officier van politie in Azerbeidjaan. Omdat onder zijn verantwoordelijkheid een politicus werd gedood moest hij voor zijn leven vrezen. Na zijn vlucht werd hij zo achterdochtig voor landgenoten dat hij de deur van zijn slaapkamer in onze kliniek nauwelijks durfde te openen, laat staan dat hij de straat op durfde. Ali kreeg een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd. Soms vermoedden we dat hij behalve slachtoffer ook dader was.

Phoenix

Phoenix is een klinische voorziening waar 37 asielzoekers en vluchtelingen¹ met psychiatrische stoornissen kunnen worden opgenomen. De behandelduur is maximaal een jaar. Het overgrote deel van deze patiënten heeft nog geen verblijfsvergunning en voor verschillenden van hen dreigt uitzetting uit Nederland. Behalve dat ze ernstig getraumatiseerd zijn, lijden deze mensen aan stoornissen als psychosen, schizofrenie en depressies. Bij de meeste onder hen is secundair enige persoonlijkheidsproblematiek ontstaan. Patiënten met

¹ Onder asielzoeker wordt hier verstaan een persoon voor wie een aanvraag voor een verblijfsvergunning nog in behandeling is. Onder vluchteling wordt verstaan de persoon die uitgeprocedeerd is en die illegaal (zonder verblijfsvergunning) of legaal (met een verblijfsvergunning) in ons land verblijft.

een hoofddiagnose op AS II worden doorverwezen naar andere klinieken.

Pas wanneer reguliere zorg in de GGZ niet voldoende is gebleken, komt behandeling op Phoenix in aanmerking. We werken met vijf groepen: een gesloten opnamegroep met als doel stabilisatie; drie rehabilitatiegroepen en een psychotherapiegroep, waarover later meer. Aan elke groep is een behandelcoördinator – een psychiater of een psychotherapeut – verbonden. De werkwijze is biomedisch/psychosociaal. Elke groep volgt een dagprogramma van huishoudelijke activiteiten en activiteiten-therapie binnen of buiten het paviljoen. De vijf groepen hebben wekelijks een groeps-gesprek dat op de huishoudelijke gang van zaken is gericht. Op indicatie nemen de patiënten deel aan modules als beeldende therapie, muziektherapie, bewegingstherapie, fysiotherapie en individuele psychotherapie. We streven naar een cultuursensitieve bejegening. Die komt ook tot uiting in de architectuur van het gebouw, waarin gebruik werd gemaakt van veel natuurlijke materialen. In de gangen hangen prenten met de geïllustreerde rechten van de mens, en in de hal staat een beeld van de mythisch vogel Phoenix als symbool van het leven dat zich telkens vernieuwt.

Binnen onze kliniek werken we met open groepen wat als theoretisch voordeel heeft dat patiënten die later instromen, kunnen leren van de resultaten van hun voorgangers. Een strikte fasering, zoals door Drozdek bepleit (Mulder, 2002) omdat die meer veiligheid zou bieden, is door de klinische behandeling niet mogelijk.

Omdat het werken met deze doelgroep ingewikkeld is, hebben we diverse vormen van overleg, intervisie en supervisie georganiseerd. De expertise van onze kliniek wordt aan collega's in het land ter beschikking gesteld vanuit het Kenniscentrum Phoenix.

Samenstelling van de groep

Nadat in de gesloten opnamegroep voldoende stabilisatie is bereikt kunnen patiënten in aanmerking komen voor plaatsing in de psychotherapiegroep. Relatieve egosterkte is een indicatiecriterium. De meer kwetsbare patiënten volgen een reabilitatietraject. De groep waarop onze artikelen gebaseerd is, krijgt een behandeling waarin gebruik wordt gemaakt van psychotherapeutische deeltechnieken. Het zou overdreven zijn om te zeggen dat de groep een strikt klinisch psychotherapeutische behandeling krijgt. Daarvoor zijn de problemen te ingewikkeld en is de egosterkte te gering. De meeste patiënten hebben geen ervaring met op een psychologische manier naar zichzelf te kijken. Metacommunicatie is voor hen een onbekend begrip. Ze hebben de neiging zich terug te trekken, onder andere om spanningen te vermijden en woede-uitbarstingen te voorkomen. Dit kan soms nuttig zijn, maar kan ook tot verder disfunctioneren leiden. In hun primaire groep hebben ze vaak grote relationele problemen. Het weer leren om mensen te vertrouwen, het weer leren samenleven en verantwoordelijkheid nemen voor de toekomst, zijn de belangrijke therapeutische doelstellingen. Binnen een groep ligt

het materiaal om daarmee te oefenen voor het oprapen.

De gefragmenteerde groep

Jarenlang is er in deze groep een wekelijks groepsgesprek gehouden waarin vooral onderwerpen van huishoudelijk aard aan de orde kwamen. In het voorjaar van 2004 is besloten hier een groepstherapie van te maken omdat de indruk bestond dat de patiënten, ondanks hun zware pathologie, daarvan zouden kunnen profiteren.

De eerste sessie vond plaats in de leefruimte van de groep, totaal 90m². Bij aankomst van de therapeuten zijn twee patiënten in de zithoek en bij het aanrecht bezig. Ze staan met de rug naar ons toe. In de eethoek staan aaneengeschoven tafels met daar omheen wat verdwaalde stoelen. Als we gaan zitten, draait een van de patiënten zich om en biedt hoffelijk koffie aan. Op de achtergrond schudt en schokt de afwasmachine. De patiënt gaat aan tafel zitten en zwijgt. Twee of drie patiënten sloffen binnen en voegen zich eveneens zwijgend bij ons. Inmiddels arriveren enkele tolken. Luidruchtig begroeten ze elkaar en ze kijken glunderend naar de therapeuten. De deur blijft open. De verpleegkundige begint en vraagt het corveerooster voor de volgende week op te stellen. Niemand reageert. Plotseling staat een man op, hij loopt naar de keuken en hij haalt een smerige lap uit de vuilnisbak. Woedend steekt hij in het Arabisch een verhaal af met een verwijt naar enkele medepatiënten over hun gebrek aan hygiëne. Niemand reageert en meneer gaat weer zitten. De mobiele

semafoon van de verpleegkundige gaat over. Ze beantwoordt die en excuseert zich bij de groepstherapeuten met de mededeling dat ze voor iets dringends wordt weggeroepen.

De fragmentatie weerspiegeld

Patiënten die met de rug naar de hulpverleners staan, de open deur, de afwasmachine die blijft doorwerken, patiënten die te laat binnensloffen, tolken die luidruchtig gaan zitten en de verpleegkundige die wegloopt, het onderwerp (corveerooster) waarop niemand reageert, de patiënt die fulmineert, het zijn allemaal tekenen van structuurloosheid en fragmentatie. Deze fragmentatie is kenmerkend voor een beginnende milieu-therapie bij asielzoekers en vluchtelingen, zoals ook duidelijk werd in het symposium Transculturele Groepstherapie (Van Hest en Bot, 2006). Hier is geen sprake van een groep maar van een losse verzameling mensen die zich door het toeval bijeengeplaatst vindt. Bijna elke randvoorwaarde om een groep te vormen ontbreekt. Uit compassie met het leed dat patiënten hadden meegemaakt, had de hulpverlening een houding ontwikkeld om patiënten niet te confronteren. De tolken vertaalden deze houding door de structuurloosheid van de groep te weerspiegelen. De therapeuten kregen de neiging om per decreet een orde-lijk therapeutisch klimaat af te kondigen. Iets in de trant van: voortaan komt iedereen op tijd. Bij nader inzien werd deze actie verworpen. De fragmentatie en structuurloosheid van de groep was de weerspiegeling van de innerlijke fragmentatie van de

patiënten; iets om te bewerken dus en niet iets om even te regelen.

De fragmentatie bewerkt

In Nederland groeit de kennis over diagnostiek en groepstherapie met asielzoekers en allochtonen, onder wie asielzoekers en vluchtelingen. Can (2003) noemt groepstherapie zelfs 'de moeder van alle therapieën'. Hij doelt daarbij op de aantrekkingskracht die uitging van groepen voor Marokkaanse en Turkse vrouwen.

Individuele therapie met een Nederlandse therapeut bleek niet te werken; een groep waar ze land- en taalgenoten ontmoetten wel. Ook Perquin (Van Hest, 2006) toonde in een workshop aan dat allochtone en autochtone patiënten in een groep van elkaar konden leren. Deze bevindingen zijn hoopvol. Toch zijn er veel problemen bij een groepstherapie voor deze doelgroep. Rohlof en Haans (2005) noemen negen uitgangspunten die in een groepsbehandeling van belang zijn. Als eerste vinden ze dat er een gemeenschappelijk focus moet zijn. In onze groepstherapie lag de focus op het opheffen van isolement, op het vergroten van het actiepotentieel en op integratie in plaats van fragmentatie. Deze werkwijze is verwant aan opvattingen uit de kritisch emancipatorische psychologie van Holzkamp (1971) en die van Emminghaus (Rohlofs en Haans, 2005). Hij noemt dat asielzoekers en vluchtelingen gevangen zijn in het vluchtelingsyndroom. Dit syndroom bestaat uit een combinatie van:

- posttraumatische stressstoornis
- acculturatiestress

- het trauma van ballingschap
- het afhankelijkheidssyndroom.

Evenals Rohlof en Haans hebben wij de ervaring dat het lastig is om *traumatisering* in een groep voor asielzoekers en vluchtelingen te bespreken. De emoties lopen dan te hoog op. Bij traumatisering van vrouwen door seksueel geweld, kan het onderwerp zelfs taboe zijn. Zonder het openlijk te bespreken, geven we de groepsleden de erkenning dat we weten dat vele van hen ernstig getraumatiseerd zijn maar dat dit te moeilijk is om in de groep te bespreken. Zo trachten we de veiligheid in de groep te bevorderen. Binnen de individuele psychotherapie, die parallel loopt aan de groepstherapie, is er wel de mogelijkheid om traumatisering te bespreken maar ook dan blijft het een precair onderwerp.

Voor vluchtelingen is psychotherapie vaak nieuw en ze zijn veel minder geprofessionaliseerd dan autochtone patiënten. Daarom moet er veel uitleg worden gegeven. De algemene voorwaarde dat met alle informatie binnen een groep vertrouwelijk wordt omgegaan speelt bij vluchtelingen nog meer dan bij anderen. In onze setting kunnen groepsleden er achterdochtig over zijn dat informatie die in de groep komt bekend wordt bij autoriteiten die ze niet vertrouwen.

Somatische klachten zijn in het bewustzijn van deze patiënten pregnant aanwezig. Als psychotherapeut houden we daar bijvoorbeeld rekening mee door uit te leggen dat het zenuwgestel en het spierstelsel overbelast zijn geraakt en dat de pijngrens dus

op de proef wordt gesteld. Voor veel patiënten uit de ex-Sovjet Unie bijvoorbeeld is dit begrijpelijke taal. De invloed van gebeurtenissen en opvattingen in de buitenwereld heeft een grote invloed op vluchtelingen onder andere omdat ze voortdurend geconfronteerd worden met hun asielprocedure en vaak ook met vreemdelingenhaat en racisme. Wat de samenstelling van de groep betreft laten verschillende auteurs in de bundel van Rohlof en Haans (2005) zich kritisch uit over het werken met gemengde groepen van mannen en vrouwen, verschillende taalgroepen en etniciteiten. Onze ervaring is juist dat dit heel goed mogelijk is. Etnische, religieuze of taalkundige verschillen bleken groepsgegoten nooit zo in de weg te staan dat ze niet konden samenwerken. Voor de therapeuten bleken verschillen in opvattingen en gewoonten eerder inspirerend dan belemmerend te werken. In onze groepen blijken etnische en religieuze verschillen een kans te zijn om van elkaar te leren. Terecht stelt Braakman (H. Bot et al, 2002) dat het weliswaar bijna onmogelijk is om alle details van alle culturen te leren kennen, maar tegelijkertijd noemt hij de patiënt als belangrijkste bron van informatie om dit onvermogen op te lossen. Het behandelklimaat in onze groep is erop gericht om de maatschappelijke en individuele regressie (Volkan, 2002) die de patiënten in hun landen van herkomst en in Nederland doormaakten, te keren door herstel van basaal vertrouwen. Tot de middelen om dit te bereiken behoort cultuursensitief werken waarbij gebruik wordt gemaakt van

het verklaringsmodel van patiënten (Borra et al, 2002) en dit zeker niet tegen te werken. Het is hiertoe nodig aan te sluiten bij het woordgebruik en de denkwijze van de patiënt, waarbij we altijd op zoek zijn hoe we exotische en soms bizarre verklaringen met een kleine draai therapeutisch kunnen inzetten. Wat de behandelaar ook moge vinden over God of het Lot, voor de vluchteling zijn deze entiteiten meestal noodzakelijk om te kunnen omgaan met zijn ellende. Ook de duivel, de ziel en de geest zijn terug van weggeweest. Het gebruik van een existentieel/theologisch taalgebruik kan nuttig zijn om aan te sluiten bij het verklaringsmodel van patiënten.

Groepsfenomenen en ontwikkelingen

Aan de hand van het formulier van Berk werden gedurende 72 sessies van groepstherapie de volgende onderwerpen geïnventariseerd: het werkklimaat in elke zitting, de manifeste thema's en de achtergrondthema's, afweer, fantasieën van de therapeuten over de sessies, ontwikkelingen bij individuele patiënten, overdracht en tegenoverdracht en welke interventies er gepleegd werden. Tenslotte werd aandacht besteed aan de vraag wat in een sessie was blijven liggen en aan de rol van de tolken.

Werkklimaat

De sfeer in de groep schoof op van mat, afwachtend en vijandig naar meer ontspannen en actief, en er ontstond ruimte voor humor.

Manifeste thema's

In de eerste vijftien zittingen werd door de groepstherapeuten veel uitleg gegeven over het belang van de huisregels. Besproken werd hoe het handhaven van groepsgrenzen de veiligheid vergroot. De groepstherapeut zette zaken als op tijd komen, het opstellen van de stoelen in een kringvorm en het stoppen van verstoringen, zoals koffie drinken op de agenda. De onderliggende boodschap was dat patiënten zelf mede verantwoordelijk zijn voor het therapeutisch milieu.

Na vijftien sessies kwamen de eerste tekenen van meer groepscohesie in zicht. Patiënten kwamen beter op tijd en zetten zelf de stoelen klaar. De groep kreeg er oog voor dat dagelijkse thema's als corvee en aanwezigheid verbonden waren met achterliggende thema's. Men ging aanwezigheid en op tijd komen zien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er kwamen discussies over wat men moest doen wanneer een patiënt wel in huis was maar nog niet in de groep. Moest die patiënt geroepen worden omdat hij moeite had om uit zijn bed te komen of moest men niets doen omdat iedereen wist hoe laat de groep begon? Was het wel goed dat dezelfde persoon zich steeds als redder opstelde?

Zoals te verwachten gaf het bespreken van meer inhoudelijke thema's meer druk en leidde dit tot protesten en boosheid. Patiënten vroegen naar de zin van de groepstherapie en uitten zich kritisch over de therapie en over de therapeuten. De boosheid uitte zich in het omvergooien van een tafel, een weigering om messen in

bewaring te geven en het collectief weigeren van de gezamenlijke schoonmaak. De leiding reageerde door de bedreigingen niet te accepteren. Dit gebeurde door de veroorza(a)ker(s) in de groep rustig toe te spreken en te zeggen dat een dergelijk gedrag niet wordt toegestaan. Uitleg en handhaven van de huisregels bood hierin een houvast voor therapeuten en groepsleden. In een uiterste geval werd in een individueel gesprek achteraf gewezen op het protocol van mondelinge en schriftelijke waarschuwing waarin als laatst stap wordt voorzien in een gedwongen ontslag. Het gesprek ging vervolgens over de voor- en nadelen van praten over traumatisering, over het verdriet en de woede een vluchting te zijn. Het verschil tussen individuen werd bespreekbaar. Men onderzocht hoe persoonlijk men in de groep kon worden, in welke mate men recht had op privacy en hoe men grenzen durfde stellen in het contact. Men wisselde uit welke strategieën en technieken men had als de spanningen toenamen. De therapeuten gaven uitleg over hoe lichamelijke pijn psychische pijn kan zijn. Met hulp van de groepsleden tekenden ze op een flap-over welke opties er zijn als de moeilijkheden je boven het hoofd groeien: aanpassen, vluchten, ontkennen of beïnvloeden. De betekenis van fysieke en psychische afwezigheid in de groep kwam aan de orde, evenals de risico's die het meebrengt om voor eigen belangen op te komen. Naar aanleiding van het onaangekondigde vertrek van een medepatiënt ging de groep erop in of je hier boos om mocht worden en bedacht men oplos-

singen over hoe je met boosheid kunt omgaan. Het uiten van boosheid zonder je controle te verliezen bleek vervolgens een belangrijk thema. Patiënten met een gezin bespraken de moeite die ze hadden om contact te maken met hun kinderen en echtgenoten. Ze uitten schuldgevoelens over het tekort schieten als ouder. Angst om trauma's en andere schaamtevolle zaken te bespreken werden voorzichtig aangeroerd. Zo kwam er ook ruimte voor het bespreken van de symptomen van patiënten: perfectionisme, afhankelijkheid, pathologische behoefte aan harmonie.

Achtergrondthema's

In de nabespreking werd veel aandacht besteed in het opsporen van achtergrondthema's. Dit materiaal kon gebruikt worden voor volgende sessies.

Een eerste thema dat werd blootgelegd was dat groepsleden teveel verwachtten van de therapie. Of, zoals een groepslid zei: 'Ik wacht hier tot ik beter word.' De groep leerde het te verdragen dat de hulpverleners zeiden dat ze geen tovenaars waren die het onmogelijke kunnen waar maken.

Een steeds meespelend thema bleek angst en machteloosheid jegens de therapeuten, God of het Lot. Hulpverleners werden beleefd als vertegenwoordigers van de autoriteiten. Begrijpelijk, want in hun landen van herkomst waren het vaak de autoriteiten die hun alle ellende hadden berokkend. Achtergrondthema was herhaaldelijk wie de macht in de groep had: de therapeuten of de patiënten. Het ging dan over de macht die de therapeuten over

groepsleden hadden, over macht van individuele groepsleden in de groep, over macht van coalities in de groep, over de strijd om de macht, wie die strijd in de groep voerden en waarom, over uitstotingsverschijnselen en zondebokken. Het in een veilige omgeving durven uiten van kritiek en boosheid naar de therapeuten had de potentie van een positieve, corrigerende ervaring. Patiënten gingen ervaren hoe initiatief nemen en het uiten van kritiek en boosheid kon leiden tot een positieve verandering in hun zelfbeeld. Maar ook tot gedragsverandering bij de hulpverleners van de groep.

Aan het thema boosheid bleek gekoppeld de angst of de therapeuten de groep en individuen in de hand konden houden wanneer de spanning hoog opliep. Het opzoeken van de grenzen door het uiten van heftige emoties om daaraan te onderkennen dat de therapeuten stevig genoeg waren, bleek het gevoel van veiligheid te vergroten en *acting out* gedrag te verminderen.

De thema's afscheidnemen en binnenkomen in de groep, kwamen pregnant naar voren als onderwerpen die verwezen naar de situatie waarin de asielzoeker en vluchteling verkeren: de woede en het verdriet om je land te moeten verlaten of je niet welkom voelen in je gastland.

Afweer

Meedoen aan een groepstherapie werd door onze patiënten eerst afgewezen. Het stond haaks op het isolement dat ze in stand trachtten te houden. Het antwoord van de patiënten op onze aanspraken om

toch vooral deel te nemen aan de groepstherapie, uitte zich in passief-agressieve vermijding. Passief bestond ze uit niet komen opdagen of te laat komen, zwijgen, het hoofd afwenden en desinteresse tonen. Actief uit norske blikken, weglopen, ontkenning, huilen. Op primitiever niveau werd de afweer geuit in vergaande dissociatie en plotselinge woede-uitbarstingen.

Ook na vele zittingen stak dit soort afweer de kop op. In zitting 54 werd gerapporteerd dat de sfeer positief was en dat er werd meegedacht. De volgende zitting werd getypeerd als zwijgzaam, depressief en uitzichtloos. In de laatste observatie van deze reeks uitte de afweer zich in een collectieve vijandigheid jegens de hulpverleners. Maar door de inmiddels gevestigde groepscultuur om ondanks boosheid toch contact met elkaar te blijven houden, kon de afweer nu onderzocht en benoemd worden als boosheid op de Nederlandse regering die een verblijfsvergunning weigerde.

Fantasie

In deze rubriek hielden de therapeuten bij welke fantasieën en hypothesen ze hadden over processen die zich in de groep afspeelden. In de eerste gescoorde 17 sessies spraken we vermoedens uit als zouden patiënten denken dat het zinloos was aan de groep deel te nemen en dat therapeuten onderdeel van het systeem zouden zijn. Toch meenden we later dat er een nieuwsgierigheid leefde naar wat de groep kon bieden en dat het veilig genoeg was voor

patiënten om hun gevoelens te uiten. Onze fantasieën betroffen soms ook de tolken. Zo had een van ons de stellige indruk dat een nieuwe tolk het allemaal maar onzin vond en fantaseerden we ook eens dat een patiënt het allang makkelijk vond dat zijn tolk niet was komen opdagen omdat dit hem van de plicht tot actieve deelname ontsloeg.

Individuele patiënten

Het materiaal van groepstherapie wordt gevormd door initiatieven en reacties van groepsleden op elkaar, op de therapeuten, op zichzelf en op hun klinische en sociale omgeving. Naarmate de veiligheid in de groep groeide en naarmate het patiënten duidelijker werd wat er van hen in de groep werd verwacht en wat zij van de groep konden verwachten, kwam het meer tot zelfonthulling en spontane reacties die therapeutisch bewerkt konden worden.

Ayshe wendde zich voortdurend af van Samuel, een man met een zwarte baard. Toen ze daarover door de groepsleden bevraagd werd, kreeg ze een heftige herbeleving. Ze herkende in de bebaarde man de terroristen die haar hadden verkracht. Samuel verliet aangedaan en gekwetst de groep. In individuele sessies en groepssessies konden later de achtergronden besproken worden. Ayshe bood haar verontschuldiging aan en accepteerde dat Samuel een ander was dan voor wie zij hem had aangezien. Samuel verontschuldigde zich voor zijn weglopen (een groepsgeenoot in de steek laten) en schoor zijn baard af. Dat deed hij niet alleen om Ayshe ter wille

te zijn maar ook omdat hij zich realiseerde dat hij zijn eigen familie verdriet had aangedaan door zichzelf te verwaarlozen. Het laten staan van zijn baard was daar een teken van.

Ali was tijdens een sessie boos en teruggetrokken. Hij vertelde vanuit een alles-of-niets mentaliteit dat zijn weekend mislukt was omdat hij het niet had volgehouden een hele middag met zijn zoontje langs de zee te wandelen. Na twintig minuten werd hij zo angstig dat hij moest terugkeren. Zijn norsheid verdween toen hij van de groep kreeg te horen dat hij de lat te hoog had gelegd en dat die twintig minuten toch maar gelukt waren. Hij werd geprezen omdat hij ermee had geoeffend om de deur van zijn slaapvertrek twintig minuten van het slot te doen in plaats van de deur de hele middag gesloten te houden voor zijn vermeende Azerbeidjaanse achtervolgers, die hij voortdurend als echt voor zijn ogen zag.

Interpretaties en interventies

De interventies van de therapeuten toonden een opbouw. In de eerste vijftien zittingen was veel uitleg nodig over het belang van het op orde komen van de randvoorwaarden. Toen dit begon te lukken, kon er ook een betere scheiding worden gemaakt tussen het bespreken van therapeutische onderwerpen en huishoudelijke onderwerpen. Huishoudelijke onderwerpen werden voortaan verwezen naar het groeps-gesprek op vrijdagochtend. Dit gesprek wordt geleid door verpleegkundigen en gaat in het Nederlands, waarbij patiënten

elkaar helpen met vertalingen.

Latere interventies werden meestal gedaan op het niveau individu-in-de-groep.

De interventies waren er op gericht om ziekelijk isolement te veranderen in het deelnemen aan de groep. Autoriteit of dwang van de kant van de hulpverleners waren uit den boze omdat dwang verwees naar situaties die met trauma's samenhangen.

Asielzoekers en vluchtelingen hebben door hun vlucht al bewezen dat ze dwang van autoriteiten op hun eigen manier pareren. Bovendien zou dwang averechtse gevolgen hebben ten opzichte van het therapeutische doel: weer vertrouwen krijgen in andere mensen en groepen. Lichte druk in de vorm van uitleg, geduld en vriendelijke herhaling bleken wel te werken. Voorbeeldgedrag van hulpverleners en tolken vonden we noodzakelijk. Als er tengevolge van een vergissing van de therapeut of die van de organisatie een verstoring in de sessie ontstond, verontschuldigten de therapeuten zich hiervoor. 'De tolk Armeens is niet uitgenodigd, excuses hiervoor.'

Naarmate er meer interactie op gang kwam, konden thema's meer gegeneraliseerd worden. Boosheid van de groepsleden omdat hun tolken niet aanwezig waren werd serieus genomen maar ook veralgemeniseerd naar boosheid op autoriteiten die je in een afhankelijke positie houden. Daarnaast leerden patiënten de ambivalentie verdragen dat niet altijd alles gaat zoals je het zou willen.

In aanwezigheid van een tolk hebben patiënten soms de neiging om zich naar de tolk te wenden. Een veelgebruikte techniek om

interacties tussen patiënten te bevorderen was om ze te vragen elkaar aan te kijken. Enkele malen experimenteerden we met non-verbale communicatieoefening, zoals in een kring staan, de handen in elkaar, en elkaar kneepjes doorgeven. Oefeningen waarvan we vreesden dat de groep ze kinderachtig zou vinden, werden enthousiast en met veel gelach overgenomen.

Vanaf ongeveer de veertigste zitting gingen de therapeuten zich zekerder voelen in hun rol en ontwikkelden zij een eigen stijl. De therapeuten namen de rol van de regisseur in de groep op zich. Ze stelden zich actief en structurerend op en maakten daarbij gebruik van elementaire dramatechnieken als warming-ups en korte rollenspellen. Als regisseurs fungeerden ze als collectief geheugen van de groep, als bewaker van de groepsdoelen en de individuele doelen; als verbinder van manifeste thema's naar achtergrondthema's, van thema's die zich in het moment voordeden en die om een oplossing vroegen naar problemen in de toekomst. De therapeuten signaleerden en stimuleerden herkenning van onderwerpen. 'Ik merk hoe somber en verdrietig jullie zijn nu Nino over de moord op haar kinderen spreekt. Het zal vele van jullie herinneren aan het lot van jullie eigen kinderen en familie.' De therapeuten gaven samenvattingen en interpretaties van wat er in een sessie gebeurde en vroegen steeds na wat het commentaar van de groep erop was.

Overdracht en tegenoverdracht

Bij de therapeuten bleek veel irritatie, boosheid, woede en soms zelfs opkomende

haat naar de patiënten en de groep te bestaan. Die hadden te maken met de zwijgzaamheid, inactiviteit en afhankelijkheid van de patiënten. Maar ook met wat gezien werd als tegenwerking en arrogantie. Tussen de gevoelens van afweer bij de patiënten enerzijds en wat dit oproept bij de therapeuten anderzijds bleek een duidelijk verband. Soms leidde dit tot een verlamme projectieve identificatie. Na ruim dertig zittingen maakten de therapeuten zich hier lossen van en zochten ze er in de intervisie naar hoe ze hun negatieve gevoelens therapeutisch het beste konden gebruiken. Dit deden ze bijvoorbeeld door zich te identificeren met de patiënten waarna de gezamenlijke boosheid gericht werd op hogere machten als de politiek of door zich te realiseren dat de patiënten hun boosheid nodig hadden om te overleven. Een ander keer gebruikte een van de therapeuten zijn tegenoverdracht om een patiënt gecontroleerd de rol van co-therapeut te geven.

Er waren ook gevoelens van bescherming en compassie. Toen de therapeuten zich dit realiseerden, lukte het beter om op realistische wijze om te gaan met de beperkingen van patiënten in plaats van hen te veel te willen beschermen.

De therapeuten onderzochten hun samenwerking en verbonden er consequenties aan: bijvoorbeeld door tegenover elkaar te gaan zitten in plaats van naast elkaar en de sessies altijd voor- en na te bespreken.

Wat is blijven liggen?

In de eerste dertig tot veertig sessies

werden door de therapeuten veel opmerkingen gemaakt over onvoldoende terugkomen op randvoorwaarden die nog niet in orde waren. Weliswaar kwam er vanaf de vijftiende sessie een verbetering, maar blijkbaar wilden de therapeuten sneller op inhoudelijke zaken overgaan dan de groep aankon. We moesten dus telkens op de betekenis van de randvoorwaarden en hun relatie tot de therapeutische inhoud terugkomen. Enkele voorbeelden: toen een patiënt niet was komen opdagen tijdens het afscheid van een medepatiënt werd besloten om in de volgende sessie na te gaan of zijn boosheid om dit vertrek een rol speelde. Bij een tweede patiënt merkten we dat we hem te weinig hadden gecompimenteerd met het overwinnen van zijn agorafobie en dat hij zich daarom zo afzijdig hield. Twee patiënten die in conflict waren geraakt omdat de ene vond dat de andere een foute vraag had gesteld, hadden we beter kunnen helpen door uit te leggen dat een vraag stellen betekent dat je interesse hebt voor de ander. Toen nog eens bleek hoeveel patiënten er last hadden van slaapproblemen, werden daar enkele sessies aan besteed.

Tolken

Op het evaluatieformulier is ook ruimte gemaakt voor opmerkingen betreffende het functioneren van de tolken. Op het formulier noteerden we feitelijke zaken zoals wanneer een tolk ontbrak of te laat kwam. Ook noteerden we opmerkelijke zaken zoals bijvoorbeeld een tolk die zijn hand op de knie van 'zijn' patiënt legde toen de

patiënt huilde of noteerden we dat er sprake was van coalitievorming tussen patiënt en zijn tolk, blijkend uit 'onderonsjes'.

Wanneer een tolk niet aanwezig was, experimenteerden we met onderlinge hulp. Aan medepatiënten of aan een Turks sprekende stagiaire werd gevraagd om voor taalgenoten te tolken. Deze vorm van goedbedoelde hulp bleek geen succes. Nadat een stagiaire voor hem in het Engels had vertaald wees een Afrikaanse patiënt er bij de volgende sessie op dat hij recht had op een tolk. Hij zei dat een professionele tolk hem meer duidelijkheid gaf en dat hij zijn emoties bij een professionele tolk beter kon uiten.

In het tweede deel van dit artikel (Bot en van Hest, 2007) gaan we uitgebreid in op het werken met meerdere tolken in groepstherapie.

Discussie

Ontwikkelingen in de groep

Onze beschrijving kan de indruk wekken dat de groep zich in een rechte lijn heeft ontwikkeld van een losse verzameling van geïsoleerde en gefragmenteerde individuen tot een goed functionerende groep. Inderdaad is er een werkrelatie ontstaan, groepscohesie, enige ruimte voor onderzoek naar interacties en psychisch functioneren van individuele groepsleden in relatie tot de taken waar ze tegenover staan. De verpleegkundigen signaleerden dat de wekelijkse groepstherapie de hele week door een positieve invloed blijft houden op het groepsmilieu. Maar daarnaast is de

kwaliteit van het groepsproces aan heftige fluctuaties onderhevig. Dit is toe te schrijven aan de immense taken van de groepsleden. Door hun vele verplichtingen zijn patiënten regelmatig afwezig. Dit is een belasting voor de therapeutische kwaliteiten van de groep. Afwezigheid is vaak onafwendbaar, bijvoorbeeld door een nader verhoor door de IND, gedwongen verhuizing naar een ander AZC, of somatische onderzoeken op tuberculose of hepatitis B. Maar er zijn ook mooie redenen. Op een verzoek om enkele dagen vrij voor een belangrijk feest als Newroz, het Suikerfeest of Orthodox Pasen reageren we in principe positief, omdat we vinden dat eeuwenoude tradities een deel vormen van iemands persoonlijke en culturele identiteit. En ook op de afdeling wordt aandacht besteed aan deze feesten.

Houding van de groepstherapeut

De groepstherapeut moet met de ingewikkelde context van de groep kunnen omgaan: de culturele en religieuze achtergrond, verschillende normen en waarden, het vluchtverhaal en de moeizame psychosociale omstandigheden van asielzoekers en met een tijdelijke, of zonder verblijfsvergunning en met vaak een onzekere toekomst. In de groepstherapie speelt dit krachtenveld voortdurend mee.

Therapeuten in deze groepen moeten beseffen dat het niet zal lukken om een groepstherapie te verrichten die voldoet aan de zuivere ideologie van welke psychotherapeutische school dan ook. Flexibiliteit en creativiteit komen hier van pas. De the-

rapeut is facilitator, regisseur, trainer, coach, vader/moeder, scheidsrechter en soms medespeler tegelijk. Vaak gaat het er heftig aan toe. Patiënten kunnen hun gevoelens van woede soms nauwelijks onder controle houden. Ze staan op, wijzen naar personen in de groep, uiten beschuldigingen naar de therapeuten, schreeuwen, zwaaien met hun rozenkransen en gooien spullen kapot. Het is dan van belang dat de groepstherapeut een baken van veiligheid en rust is. De therapeut benoemt dan dat de uiting in strijd is met de groepsregels en dat het niet geaccepteerd wordt dat de veiligheid van de medepatiënten en hulpverleners in gevaar komt. De groep kan ook extreem zwijgend, somber en afwijzend zijn. Heftige reacties en extreem zwijgen kunnen zich in een enkele sessie afwisselen. In termen van persoonlijkheidspathologie wisselt de groep tussen functioneren op schizoïde, paranoïde, borderline en afhankelijk niveau.

In de loop van de tijd ontstond er een opbouw in het soort interventies. Een eerste fase bestond uit stimuleren en motiveren en uit psychoeducatie voor de groep als geheel. Het doel was patiënten het belang van een groepsbehandeling te leren. Daarna kwamen er interventies op het niveau van individu-psychotherapeut en individu-inde-groep op gang. Vervolgens werden door de therapeut gestructureerde interacties tussen koppels van patiënten en korte rollenspellen mogelijk. Tenslotte bleek meer spontaniteit vrij te komen en konden er interpretaties op groepsniveau worden

gegeven. We experimenteerden met analytische, inzichtgevende technieken en met het gebruiken van de groepsdynamiek. We kwamen tot de conclusie dat dit alleen een meerwaarde heeft onder goed gecontroleerde condities. Mensen, die zoveel onveiligheid hebben meegemaakt kunnen het niet verdragen om de therapeut te beleven als een vrij projectieveld van te onderzoeken gevoelens, gedachten en gedragingen. De therapeut is voor hen het ankerpunt van de groep. Bij faseovergangen zoals de binnenkomst van een nieuwe patiënt binnen de groep, vertrek of het verkrijgen van een status wordt gebruik gemaakt van rituelen die passen bij de gelegenheid. We ontdekten dat een warming-up in de vorm van een begroetingsritueel aan het begin van een sessie de groep activeert. Alle aanwezigen staan dan op van hun stoel en wensen elkaar zo luid mogelijk simultaan 'goede morgen' in de eigen taal. Patiënten kunnen ook erg lachen bij non-verbale spelletjes.

Rol van de therapeut

De therapeut heeft kenmerken van de naratief begeleider (Banning en Banning Mul, 2005) en van de director in een psychodrama (Arendszen Hein, 2004; de Laat, 2005). De therapeut houdt het levensverhaal van de patiënten in zijn achterhoofd. Belangrijke elementen in dit verhaal zijn het vluchtverhaal en de klachten. Het vluchtverhaal en het vertelde levensverhaal van asielzoekers hebben betekenis voor het behalen van een doel: het verkrijgen van een verblijfsvergunning. De formulering

van het verhaal begint vermoedelijk al voor en tijdens de vlucht. Het krijgt gestalte door interacties met betrokken familieleden en vrienden, helpers en de reisagent. In de verhooren door de IND wordt het verhaal vastgelegd en als een feitelijkheid beschouwd. Dit verhaal wordt op inconsistenties onderzocht (Matsier, 2005). Een psychiatrische intake kan voor de asielzoeker lijken op het verhoor van de IND en de asielzoeker/patiënt kan dan wantrouwend worden tegenover het hoofddoel van de therapie: veranderingen bewerkstelligen. De therapeuten houden ook de sociale context van de asielzoeker in hun achterhoofd.

Relevante feiten voor de therapie zijn hier: de vraag of de patiënt een verblijfsvergunning zal krijgen of niet, of hij geholpen moet worden in een keus om vrijwillig terug te keren naar zijn land van herkomst, of gedwongen zal worden om terug te keren. Verder of hij zal terugkeren naar een AZC, of in aanmerking komt voor een RIBW. De therapeut brengt elementen uit het levensverhaal van de patiënt en zijn sociale context actief in de scène van de groepstherapie met als doel om de patiënten te helpen om hun verhaal in een perspectief te zetten waarin ze hun actiepotentieel kunnen vergroten. Maar de groep zal de neiging hebben om het verhaal van de therapeut af te houden. De eerste zorg van de therapeut is om met respect voor de deelnemers, het verhaal op gang te houden en hij neemt dus een actieve rol in bij zwijgen, woedende afwijzing en andere vormen van weerstand. De tweede zorg is om de context van het verhaal zoals hier-

boven beschreven in de gaten te houden. Met context wordt hier bedoeld: de etnisch/culturele achtergrond, gezinssituatie en de status als vluchteling. De derde zorg is om iedere deelnemer te stimuleren om meer speelruimte te vinden. Daartoe is de vertelling van de therapeut interactief: hij geeft ruimte aan inbreng (belevingen, spontaan gedrag) van de medevertellers/toehoorders in de groep, die zo het groepsverhaal en hun eigen verhaal mede ontwikkelen. In dit gezamenlijk vertellen van het verhaal maakt de therapeut gebruik van allerlei op het moment bruikbare deelmethodieken en technieken uit de psychotherapie. Bij faseovergangen zoals een groep binnenkomen, vertrek uit de groep of het verkrijgen van een verblijfsvergunning wordt gebruik gemaakt van rituelen die passen bij de gelegenheid.

Botsende normen

De therapeuten moet er mee kunnen omgaan dat verworvenheden die in onze Atlantische maatschappij vanzelfsprekend zijn, haaks kunnen staan op tradities uit andere maatschappijen. Ze moeten openstaan voor de verklaringsmodellen die patiënten meebrengen zonder de eigen normen en waarden en de eigen professionaliteit prijs te geven. Ze moeten kunnen werken met tolken die niet alleen een vertaalmachine blijken te zijn maar die een interactieve rol spelen in de groep. Kennis van en vaardigheden in psychotherapie moeten hem of haar eigen zijn maar moeten niet dogmatisch worden toegepast. De therapeut moet een eclecticus zijn en kunnen jong-

leren met verschillende psychotherapeutische methodieken en technieken zonder het doel van de groep uit het oog te verliezen. Veel patiënten zijn niet gewend om openlijk over persoonlijke zaken te spreken; in de groep is dat juist de bedoeling. Per definitie bestaan er in groepen van asielzoekers en vluchtelingen geheimen. Vrouwen die verkracht zijn zullen dit niet openlijk in de groep bespreken, maar zichzelf of de groep maken daar soms wel indirecte toespreken op. Hoewel de handen kunnen jeuken om onrecht te bestrijden, zal de traditioneel/westerse psychotherapeut zich toch terughoudend moeten opstellen.

Soms zal de therapeut zich normatief opstellen omdat rechten zoals die in de Universele Rechten van de Mens of in onze Grondwet zijn vastgelegd, niet worden gerespecteerd. Zo wordt discriminatie in de groep niet toegestaan. In andere gevallen zal de therapeut de weg van uitleg en psychoeducatie volgen. Veel patiënten vinden bijvoorbeeld dat ze geen huishoudelijk werk op de afdeling hoeven te doen. Als tegenwerping zetten ze in dat ze ziek zijn en dat het toch ongepast is dat zieken voor zichzelf moeten zorgen. We leggen uit dat ze huishoudelijke vaardigheden in een Nederlandse omgeving nodig zullen hebben, ook de mannen.

In een asielprocedure spreken patiënten niet altijd de waarheid: slachtoffers blijken als kindsoldaat ook daders geweest te zijn, er kan een belang meespelen om in de rol van de zieke te blijven en ook nagebootste stoornissen komen voor. De ontdekking van de feiten kan de groepstherapeut choc-

keren. Botsende normen en waarden zullen op zijn minst ambivalente gevoelens oproepen bij de behandelaar maar kunnen ook leiden tot onverschilligheid of secundaire traumatisering. Realisme in plaats van idealisme en een zekere levensrijpheid zijn nuttige verworvenheden voor therapeuten bij voor deze doelgroep.

Richtlijnen voor groepstherapeuten

Nu volgen de belangrijkste richtlijnen voor onze werkwijze.

De groepstherapeut is het ankerpunt van de veiligheid in de groep

- Hij houdt strak de regie over groepsleden,
- zorgt dat de randvoorwaarden worden gehandhaafd,
- houdt strak vast aan de huis- en behandelregels,
- bewaakt de veiligheid: niet schreeuwen, wijzen, gaan staan; met respect over elkaar praten,
- ontmoedigt het praten over zeer gevoelige problemen als: verkrachtingen en martelingen.

De groepstherapeut heeft ook de verantwoordelijkheid over de inbreng van de tolken²

- Hij schakelt voor patiënten die het Nederlands onvoldoende beheersen een persoonlijke tolk in,
- houdt de regie over de inbreng van de tolken.

In elke sessie werkt de groepstherapeut met een thema

- Hij ontleent de thema's actief aan het doel van de groep,
- koppelt een thema aan individuele leerdoelen,
- stelt het thema voor de sessie vast op geleide van de groeps geschiedenis en de ontwikkelingen binnen de lopende sessie,
- houdt het gesprek op gang; gaat niet mee in de neiging tot isolement,
- zorgt ervoor dat het thema aan het eind van de sessie wordt afgerond.

De groepstherapeut heeft kenmerken van de regisseur (director) in psychodrama en van de narratieve begeleider

- Hij begint de sessie met een begroetingsritueel en zorgt dat de sessie duidelijk wordt afgerond,
- werkt met dramatechnieken als warming-up, rollenspellen, dubbelen, rituelen,
- geeft regelmatig psycho-educatie, gebruikt flapovers, bevordert de ontwikkeling en versterking van copingmechanisme,
- geeft beurten, koppelt groepsleden in het gesprek aan elkaar, zet de sessie in scène,
- fungeert als het collectieve geheugen voor het verhaal van de groep als geheel en van de groepsleden individueel,
- tracht de handelingsruimte van de patiënt te vergroten,
- bespreekt zo mogelijk de samenhang van het ontstaan en voortduren van de problemen tegen de achtergrond van de persoon van de patiënt met als doel om door inzicht verandermogelijkheden te bevorderen.

² Zie ook Bot, J., Hest F. van (2007 of 2008)

De groepstherapeut houdt rekening met de culturele achtergrond van de patiënt

- Hij respecteert de achtergrond van de patiënten en maakt daar zo mogelijk een actief gebruik van,
- staat echter niet toe dat grondrechten, zoals verwoord in de Verklaring van de Universele Rechten van de Mens of de Grondwet, worden geschonden,
- blijft werken vanuit professionele kaders.

Het is wonderlijk en hoopvol tegelijk dat mensen die zo sterk geleden hebben onder etnisch en religieus geweld willen en kunnen samenwerken in zo'n gemengde groep. Eeuwenoude conflicten die telkens opnieuw ontstaan als maatschappijen destabiliseren (Kurban Said, 2005) blijken in een multi-etnische groepstherapie secundair aan de wil om beter te worden. Dat gegeven op zich is al een sterk therapeutisch.

Literatuurlijst

- Arendsen Hein, M. (2004). *Psychodrama en transactionele analyse. Inzicht door (trans)actie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Banning, H. en Banning-Mul, M. (2005). *Narratieve begeleidingskunde. Hoe het gebroken verhaal professioneel te waarderen*. Soest: Nelissen.
- Borra, R., Dijk, R. van en Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose; cultuursensitief werken met de DSM- IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Berk, T. (1986). *Groepstherapie, theorie en techniek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bot, J., Braakman, M. et al. (2002) *Culturen op de vlucht. Over de transculturele zorg aan asielzoekers en vluchtelingen*. Wolfheze: Phoenix, de Gelderse Roos Geestelijke Gezondheidszorg.
- Bot, J. (2005). *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Amsterdam & New York: Rodopi Publishers.
- Bot, J., Hest, F. van (2007). Meertalige groepstherapie met asielzoekers en vluchtelingen, deel 2. *Groepen*, 2007/2008.
- Can, M. (2003). Groepstherapie, een geschenk uit de hemel, maar voor wie? Bezieling en multiculturalisatie. *Nieuwsbrief van de VMPD* (57), 24-34.

Holzcamp, K. (1971). *Wissenschaft theoretische Voraussetzungen kritisch -emancipatorischer Psychologie*. Hamburg: Arbeitstexte Verlag.

Hest, F. van (2005). De multi-etnische groep, een kleurrijke uitdaging? Workshop Studiedag NVGP door N. Perquin. *Groepen*, 1 (1), 23-24.

Hest, F. van en Bot, J. (2006). Transculturele groepstherapie. Verslag van het gelijknamig symposium over groepsbehandeling van jonge- en volwassen vluchtelingen en migranten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 657-658.

Kurban S. (2005). *Ali en Nino*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Laat, P. De (2005). *Psychodrama. Een actiegerichte methode voor exploratie, reflectie en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Matsier, N. (2005). *Het achtenveertigste uur*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Mulder, M (2002). De hele wereld in je spreekkamer ! B. Drozdek over hulpverlening aan getraumatiseerde vluchtelingen. *Groepspsychotherapie*, 36 (3), 141-151.

Rohlof, H. en Haans, T. (red.), (2005). *Groepstherapie met vluchtelingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Volkan, V. (2002). 11 september en maatschappelijke regressie. *Groepspsychotherapie*, 36, (3), 151-167.

Volkan, V. (2002). 11 september en maatschappelijke regressie. *Groepspsychotherapie*, 36, (4), 224-235.