

In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp@planet.nl) om het format aan te vragen.

De partnergroep binnen een Specialistisch Cognitief Revalidatie-programma

Bert ter Mors is psychiater-NAH en groepspsychotherapeut te Eindhoven/Boekel (revalidatiecentrum Blixembosch en GGz Oost Brabant-Huize Padua).

Context

De groep vindt plaats in revalidatiecentrum Blixembosch in Eindhoven binnen het Specialistisch Cognitief Revalidatie (SCR)-programma voor patiënten met hersenletsel met verschillende etiologie en ernst.

Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) of verworven hersenletsel is een verzamelbegrip voor de gevolgen van een groot aantal neurologische aandoeningen of gebeurtenissen die van invloed zijn op de structuur en functie van het brein. Op basis van ernst en duur van de gevolgen wordt een driedeling aangehouden: licht, matig of ernstig hersenletsel. Matig of ernstig hersenletsel heeft grote gevolgen voor het menselijk functioneren: lichamelijk, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal (Vandermeulen et al., 2003, Williams & Evans, 2003).

Gedragsproblemen en cognitieve beperkingen betekenen vaak een forse inperking van het functioneren en de maatschappelijke participatie van de persoon (Ashman et al., 2006) en vormen vaak een grote lijdensdruk voor de directe omgeving van de getroffene (Sander, 2007).

Het SCR-programma is een procesgericht cognitief revalidatieprogramma met zowel individuele als groepsmodules. Per patiënt wordt op maat een behandel/revalidatieplan gemaakt op basis van de aanwezige problematiek en op basis van een inschatting van waar de patiënt en zijn omgeving zich bevinden in het verwerking- of herstelproces. De volgende modules zitten in het aanbod:

- Individuele Ergotherapie (ET)
- Individuele Cognitieve Revalidatie Therapie (CRT)
- Groepstherapie voor de revalidant (naam van de groep: 'Ik ben veranderd')
- Groepstherapie voor partners van mensen met hersenletsel ('Partnergroep')
- Specifieke trainingsgroep: 'Energieverdelingsgroep'
- Individuele psychologische behandeling
- Individuele begeleiding maatschappelijk werk
- Individuele logopedie
- Individuele fysiotherapie

Bij elke individuele therapie kan het systeem indien gewenst betrokken worden.

Bij hersenletsel is er sprake van een knik in de levenslijn waarbij afscheid genomen wordt van het vorig leven, en dus gerouwd moet worden over het verlies van het vorige leven. Het leven zal er voor zowel de patiënt als zijn naasten nooit meer hetzelfde uitzien als voorheen. Het delen van het rouwproces door de partner met de hersenletselgetroffene wordt gecompliceerd door de beperkingen en persoonlijkheidsveranderingen als gevolg van het letsel.

Daarnaast is er ook relatieve onbekendheid met de gevolgen van hersenletsel in het algemeen en die voor de betreffende patiënt en zijn naasten in het bijzonder. Dus naast ondersteuning bij het verwerkingsproces moet er ook kennis over de gevolgen van het letsel worden overgedragen (psycho-educatie).

Bij ET wordt in praktische zin compensatie voor de beperkingen aangeleerd en patiënten worden geholpen een goede energiebalans te creëren en een goede afstemming van belasting op de beperkte belastbaarheid te bereiken. Bij de CRT worden naar aanleiding van het neuropsychologisch onderzoek compensatiestrategieën aangeleerd voor de gevonden cognitieve beperkingen. Partner en kinderen worden zoveel mogelijk betrokken bij ET en CRT.

In het begin van de behandeling wordt het modulair programma opgesteld. Dit wordt gedurende het beloop van de revalidatie aangepast aan wat op dat moment in het

proces opportuun is. Zo kan er bijvoorbeeld niet aan compensatie van de beperkingen worden begonnen als deze niet zijn gekend door de patiënt of als hij ze blijft ontkennen of alleen maar bezig wil zijn om ze, bijvoorbeeld via training, ongedaan te maken.

De groepmodules in dit programma zijn bedoeld als ondersteuning in het verwerking/rouwproces; ze zijn procesgericht en niet zo zeer themagericht. De groep en zijn dynamiek worden ingezet voor dit doel. Dergelijke groepen bestaan binnen de revalidatie niet, voor zover bij ons bekend. De groepsbehandelingen voor patiënten met hersenletsel binnen de revalidatie zijn vooral op specifieke cognitieve beperkingen gerichte trainingsgroepen, zoals omgaan met vermoeidheid, omgaan met traagheid, of omgaan met geheugenproblemen. Binnen het Intensief Neurorevalidatie-programma bij het Revalidatiecentrum Amsterdam draait een groepsdeeltijdbehandeling. Sommige programmaonderdelen lijken op de door het SCR-programma aangeboden groepen (Vink, 1990, Ben-Yishay, 1996).

De taakstructuur van de groep

Het doel van deze groep is het verwerken van c.q. rouwen om het verlies van degene die de partner was voor zijn of haar letsel en alles wat dat verlies met zich mee brengt, en daarmee het mogelijk maken van het herinrichten van het leven na het letsel van de partner, op welke wijze dan ook. In de groep willen we ruimte maken voor dit

rouwproces. Blijven steken in ontkenning en boosheid kunnen belangrijke factoren zijn in het stagneren van revalidatie en herstel (wat niet gelijk is aan genezing).

Dat een rouwproces bij deze populatie verstoord raakt of stagneert, kan begrepen worden door te bedenken dat gevoelens die worde opgeroepen door het verlies vaak zeer moeilijk te bevatten en te verdragen zijn. Hierdoor bestaat de neiging deze moeilijke gevoelens eerder te vermijden dan ze onder ogen te zien. Hoe langer deze vermijding doorgaat, hoe moeilijker het wordt om ze alsnog onder ogen te zien en hoe vaster patiënten en hun familie in niet adequate interactiepatronen blijven zitten. In de groep wordt deze vermijding zoveel mogelijk aangepakt en worden de groepsleden gestimuleerd ook de vervelende gevoelens onder ogen te zien en met elkaar te bespreken in een sfeer van erkenning, herkenning, vertrouwelijkheid en veiligheid. Respectvol wordt omgegaan met de fase van het proces waarin iemand zit, maar voortgang van het proces wordt gestimuleerd.

Met betrekking tot het rouwproces werken we vanuit twee overlappende en elkaar aanvullende referentiekaders, namelijk de indeling volgens Kuebler Ross (ontkenning, boosheid, onderhandelen, depressie en aanvaarding) en die van Van den Bout (1998). Deze laatste onderscheidt vier taken, gebaseerd op het algemene rouwproces van Worden (1992). De vier taken zijn:

1. het aanvaarden van de realiteit van het verlies;
2. het doorleven van de pijn en het verdriet;

3. het aanpassen aan een nieuw leven waarin het hersenletsel van de partner een realiteit is;
4. het vroegere leven een plaats geven en de draad in het huidige leven weer oppakken.

Na en naast het rouwproces als *Leitmotiv* is er ook kennisoverdracht, zowel van therapeuten naar de groep als tussen de groepsleden als ervaringsdeskundigen onderling. Deze combinatie van het begeleiden bij het rouwproces en het genereren van informatie en educatie geeft de groepsleden de mogelijkheid om geïnformeerd, zowel over technische aspecten van letsel en de gevolgen daarvan als over de emotionele reactie bij henzelf, keuzes te maken in taak 3 en 4.

Als groepstherapeutisch referentiekader gebruiken we Yalom (2005) en dan vooral de curatieve factoren en zijn ideeën over groeps cultuur. Vooral het stimuleren van cohesie, het vinden van herkenning bij elkaar, het geven van hoop, modeling, van elkaar leren en het delen van existentiële aspecten van het verlies zijn hierbij van belang. We proberen de cultuur van de groep zorgvuldig rondom deze factoren te vormen. Om het groepsproces te begrijpen, gebruiken we de fase-indeling van Levine (1979) en de focale conflicttheorie van Whitacker en Liebermann (1964). Let wel: we gebruiken deze referentiekaders om het groepsproces te zien en te begrijpen en te doorgronden, maar niet dan bij uitzondering om analytisch te gebruiken voor psychotherapie. Wel gebruiken we ze om onze eigen gevoelens en gedragingen beter

te kunnen plaatsen en sturen in dienst van het groepsproces en om negatieve aspecten van het groepsproces bij te sturen eerder dan te duiden ten einde iemand inzicht te geven in zijn eigen functioneren of intra/interpersoonlijke dynamiek.

Kijkend vanuit Levine verdragen we bijvoorbeeld de autoriteitscrisis in de groep door vooral te zorgen dat onze eigen gevoelens niet met ons op de loop gaan en de gevoelens van de groep te verdragen. Dit maakt dat we waar nodig door structuur te geven het autoriteitsconflict doormaken.

Vanuit de focale conflicttheorie laten we in de regel beperkende oplossingen toe, en stimuleren we met mate verruimende oplossingen om de angst in de groep niet te veel te laten oplopen en ook het regressie-niveau te reguleren. Bijvoorbeeld: bij een deelnemer hadden we geconstateerd dat in de problemen niet zozeer het hersenletsel van haar partner centraal stond, als wel basale relatieproblematiek, waarin zij duidelijk een eigen aandeel had. In de vervolgsessie greep zij terug op de beperkingen die haar partner had door zijn hersenletsel en hoe ze daar nu beter voor compenseerde en een verandering ten goede bewerkstelligde door zichzelf anders op te stellen. De groep was gretig in het accentueren daarvan om haar in de groep te sluiten als één van de groep en lotgenoten. Dit hebben we zo gelaten. Het was een legitieme uitweg voor haar zonder het eigen aandeel te hoeven bespreken. Ze stelde zich wel anders op in de relatie, zodat er verandering was en de groep hoefde niet te worstelen met het dilemma. Ons inziens zou het geen meer-

waarde hebben om dit bloot te leggen en alleen maar lange tijd de groep ontregelen.

Werkwijze

Het betreft een open groep van maximaal negen deelnemers. De groep komt eenmaal per week gedurende 1 uur en 45 min bij elkaar. De groep zit aan tafels die in een carré zijn geplaatst. Er wordt door de therapeuten gebruikgemaakt van een flip-over.

Deelnemers nemen zo lang deel als zij kunnen profiteren van de groep, maar wel ten minste zes keer. Hoe lang iemand deelneemt, wordt in samenspraak bepaald. Via de beurten wordt het proces duidelijk en meestal wordt het beëindigen van deelname door de deelnemer zelf, therapeuten of andere deelnemers genoemd en is men het er snel over eens. Soms geven de therapeuten een extra duw. De therapeuten proberen te voorkomen dat iemand er langer in zit dan als zinnig wordt ervaren. Er is geen maximaal aantal sessies.

Elke sessie heeft één van de deelnemers de beurt volgens een vooraf opgesteld schema. In die beurt vertelt de deelnemer (partner van de NAH-patiënt) waar hij of zij tegen aanloopt in het dagelijks doen en laten.

Eén van de therapeuten heeft de gespreksleiding, de andere noteert steekwoorden op een flip-over. Tijdens de sessie kan de rol tijdelijk wisselen, wanneer de schrijver vanuit de afstand wil bijsturen.

De groep en de therapeuten stellen vragen over wat er wordt verteld. Het betreft verduidelijkingsvragen. Dit noemen we de inventarisatiefase.

Wanneer er geen verdere verduidelijkingsvragen zijn, maken de therapeuten een analyse van het naar voren gebrachte probleem en vragen ze feedback van de groep en degene die aan de beurt is. Dit is de analysefase.

Vervolgens worden er op basis van de vastgestelde analyse door de groep handvatten gegeven. Eerst worden de handvatten die de groep aandraagt geïnventariseerd en daarna geëvalueerd. Uiteindelijk komen de therapeuten dan met een geïntegreerd advies. Dit is de adviesfase.

Gedurende deze drie fasen is er ruimte voor alle groepsleden om te reageren met eigen ervaringen en gevoelens en gedachten. Geprobeerd wordt om deze ruimte maximaal te houden met behoud van de structuur. De structuur is er echter alleen om het proces te bevorderen en wordt losgelaten zodra de structuur het proces belemmert (als de groep in de werkfase zit, is de structuur het minst nodig).

De vaak neuropsychologische en andere ‘technische’ informatie wordt geïntegreerd tijdens dit gesprek aangeboden. Zo af en toe lassen we een sessie in waarin de neuropsycholoog (één van de groepstherapeuten) een lezing geeft over cognitieve en emotionele veranderingen na hersenletsel. Verder hangt het rouwprocesschema aan de muur (ontkenning - boosheid - verdriet - berusting - herinrichten leven). Hier wordt actief aan gerefereerd waar dat te pas komt.

Aan het begin van de volgende sessie wordt er kort (15 min) teruggekomen op de beurt van de vorige keer. Dit doen we om even de

gelegenheid te geven aan allen om te vertellen hoe die de afgelopen week heeft doorgewerkt. De therapeuten voorkomen dat het een overhoringgesprek wordt. Het is ook geen evaluatiegesprek. De evaluatie van een beurt volgt als dezelfde deelnemer weer aan de beurt is. De deelnemer en de groep krijgen in de opeenvolgende beurten zicht op het eigen en op elkaars proces.

De (gewenste) groepsdynamica: mate van cohesie, normen, rollen, fasen

De cohesie wordt gevormd rondom het lotgenotenschap. Herkenning en elkaar-met-een-half-woord-begrijpen zorgen daarvoor. (Veel partners van patiënten met hersenletsel hebben de ervaring dat niemand echt begrijpt waar ze het over hebben, vooral als ze het over de niet zichtbare gevolgen van het hersenletsel hebben, bijvoorbeeld wanneer er geen motorische afwijkingen zijn). Door dit centraal te stellen vormt de cohesie zich snel. Het is aan de therapeuten om daar waar nodig juist de verschillen te benadrukken om uiteindelijk toch duidelijk te kunnen maken dat een ieder zijn eigen specifieke weg moet vinden met dit grote probleem. Er zijn geen standaardrecepten. Dus we vermijden het om in termen als ‘de hersenletselpatiënt’ in het algemeen te spreken. Grote aandacht wordt besteed aan de vertrouwelijkheid. Er wordt gevraagd om elkaar gedurende de deelname aan de groep buiten de groep om niet te zien. Voor zover wij weten houdt men zich daaraan. Na afsluiting van de groep kan contact als lotgenotencontact worden voortgezet. Dit

wordt niet specifiek gestimuleerd maar wel genoemd als mogelijkheid bij het bespreken van de groepsregels in de voorbereiding. Het gaat in de groep over de deelnemers en niet over hun partners met hersenletsel. Deze laatste komen alleen ter sprake ter verduidelijking van waar de partner mee te maken heeft.

Uiteraard spelen individuele eigenschappen, geschiedenissen en systeemconstellaties een rol bij hoe iemand omgaat met de beperkingen van een levenspartner. Zodra deze zaken echter te ingewikkeld worden, vallen ze buiten de scope van deze groep. Dieper hierop ingaan zou de angst in de groep te hoog doen oplopen en het andere werk onmogelijk maken. Bijvoorbeeld indien er sprake is van een incestverleden, maar ook intrapsychische problemen, die er juist om vragen om ook de groepsdynamiek en het groepsproces te gebruiken om inzicht te geven in deze dynamiek. In de intake en in het introductiegesprek, dat we voeren zoals Yalom (2005) dit beschrijft, wordt dit uitgevraagd. Als de problematiek actueel is en bepalend voor het functioneren van de persoon in kwestie, volgt een afwijzing en kiezen we in het revalidatieprogramma voor een individuele begeleiding ten aanzien van het omgaan met de door hersenletselgetroffen partner. Als het niet op de voorgrond staat kan iemand wel deelnemen, maar bespreken we het vooraf. Duidelijk wordt gemaakt dat die problemen in de groep wel genoemd kunnen worden maar niet therapeutisch aan de orde komen en dat het doel van deel-

name aan de groep welomschreven en beperkt is. Als gaandeweg de groep blijkt dat het toch niet verenigbaar is, wordt het advies gegeven te stoppen in de groep en wordt de reden daarvoor ook expliciet in de groep besproken.

De groep doorloopt alle verschillende fasen regelmatig. Doordat het een open groep is, is er vaak bij stoppende deelnemers en de start van nieuwe een teruggang naar de parallelfase, zeker als cultuurdragers uit de groep vertrekken. Het vertrek gaat vaak in groepjes, waardoor soms stagnatie in het groepsproces optreedt. Als er snel weer aanvulling is, kan de groep snel weer doormen naar de werkfase. Afhankelijk van de groepssamenstelling blijft de groep langer of minder lang in de inclusiefase hangen. Doordat er vaak in clusters gestopt wordt, wordt er ook vaak in clusters begonnen, hetgeen dan ook weer het groepsgewijs stoppen in de hand werkt. Maar dit groepsgewijze stoppen maakt wel een afscheidsfase mogelijk, ook in deze open groep. Wanneer besloten wordt dat een deelnemer stopt met de groep, is de afspraak dat deze minstens nog eenmaal komt na de aankondiging van het stoppen. Het daadwerkelijke afscheid heeft geen vast ritueel dat onderdeel van de groepscultuur is geworden. Het is elke keer anders.

Vignet

Mevrouw Z vertelt tijdens haar beurt dat haar man meer dan twintig jaar geleden hersenletsel heeft opgelopen, met drie jaar

geleden opnieuw een hersenbloeding. Bij de eerste keer waren de kinderen nog jong en is ze in de overlevingsstand gegaan en is het haar gelukt om zichzelf en haar leven aan de gevolgen van het letsel aan te passen en haar gezin intact te houden. Na het tweede letsel heeft ze dat op dezelfde manier geprobeerd, maar pas recent heeft ze door feedback uit de groep onder ogen kunnen zien hoe ernstig de beperkingen met name in de persoonlijkheid van haar man zijn. Apathie, egocentrisme en niet in staat tot empathie. En dat bovenop de andere beperkingen van het eerdere letsel. Ze bekent dat ze drie jaar op haar tenen heeft gelopen om te overleven en om maar niet te zien wat de werkelijkheid was. Ze voelt zich nu afgebrand. En laat dat ook huilend zien. Onzeker over de relatie. De groep lijkt geschrokken en ze weten niet goed wat te zeggen. Dan komen de vragen of ze ook individuele hulp heeft en voorbeelden worden gegeven van hoe heilzaam dat kan zijn. Onze interpretatie is dat de groep dit te moeilijk vindt. We geven structuur door duidelijk te maken dat ze de balans wil opmaken van haar relatie, maar, omdat ze afgebrand is, te emotioneel is om tot een goede afweging te kunnen komen. Door het probleem te verplaatsen naar hoe ze kan uitrusten, om beter in staat te zijn de hele situatie onder ogen te zien en te bekijken wat ze ermee wil, werd de groep minder angstig. Hierop kon de groep haar adviseren over hoe uit te rusten met adviezen die ver gingen, zoals een paar maanden op reis, of minder ver, zoals drie maal per dag stilstaan bij wat ze voor zichzelf wil.

Reflectie

Deze groep vormt een mengvorm van training en therapie. Dat laatste betreft dan een groepstherapie. Met name het blootleggen van patronen, het blootleggen van gevoelens en deze een kader geven, leidt ook tot persoonlijke verandering die bij verschillende deelnemers tot verschillende diepten gaat. De hypothese is dat de persoonlijkheden met de minste psychopathologie het meest van dit deel profiteren.

De verandering die optreedt komt door de groep maar ook met de groep. Het deelnemen aan een groeps gesprek met lotgenoten, het horen waar anderen het over hebben en hoe er op hen gereageerd wordt, draagt bij. Uit feedback van deelnemers weten we dat men meer denkt te hebben geleerd van de beurt van anderen dan van de eigen beurt. In het algemeen wordt een groepsmiddag als ingrijpend ervaren. Herhaaldelijk rapporteren deelnemers hoe de sessie hen naderhand heeft beziggehouden, zowel wat anderen inbrengen als wat ze zelf meemaken. Ook leert de ervaring hen voor de rest van de dag niet veel meer te plannen, om ruimte te houden voor het bezig zijn met wat in de groep gebeurd is. Als men zelf aan de beurt is, geldt dat eens te meer.

De beurt wordt als spannend ervaren. De vragen aan de deelnemer zijn indringend omdat naar verdieping wordt gestreefd. De gevoelens en gedachten die dat oproept zijn veel en heftig en integreren ons inzien geleidelijk, mede door herhaling. De verandering die daardoor optreedt is moeilijker

te achterhalen voor een deelnemer dan de verandering door heldere momenten tijdens de inbreng van een ander, waar men vanaf een afstand naar kan luisteren.

Bijvoorbeeld: een deelnemer hoorde de uitleg over persoonlijkheidsverandering door letsel in de rechter hersenhelft bij de partner van een ander. Het werd voor haar ineens duidelijk dat het ook voor haar man gold terwijl ze zich tegelijkertijd realiseerde dat het vaker aan haar was uitgelegd, maar nu kwam het echt binnen. Ze vond zichzelf stom dat ze dat niet eerder had laten doordringen.

Ook dragen groepsleden daadwerkelijk bij aan de verandering bij anderen, deels door directe adviezen te geven en deels door vragen te stellen. Omdat het een open groep betreft zitten er mensen in die in verschillende fasen van hun proces zitten. Zo kunnen de oudere groepsleden vanuit hun eigen ervaringen commentaar geven in de trant van: 'in die fase heb ik ook gezeten'. Dit kan erg ondersteunend zijn voor mensen in het begin van hun proces, die nog erg het gevoel hebben klem te zitten.

Regelmatig zeggen we als therapeuten tegen elkaar dat wat een deelnemer bereikt heeft niet in een individueel contact bereikt zou zijn. Het is een heel intensieve onderdompeling in de materie. De aanwijzingen, adviezen of gedeelde ervaringen komen uit een heel veilige hoek, namelijk van lotgenoten die wel weten waar ze over spreken. Hulpverleners of andere buitenstaanders worden als minder veilig ervaren. Dit alles maakt dat de aanwijzingen, adviezen en ervaringen veel beter binnen komen en

binnen mogen komen, dan zou kunnen in een individueel contact met een hulpverlener.

Het angstniveau wordt in de hand gehouden door de structuur en het zorgvuldig vormgeven en bewaken van de groeps cultuur, zoals die eerder is beschreven.

We hebben bij deze groep nog niet aan effectmeting of andere systematische evaluatie gedaan.

We hebben veel plezier in het werken met deze groep. Vaak krijgen we er energie van. Andere keren, wanneer de groep weer even teruggaat naar een eerdere fase, is het even vooral stug – en soms hard – doorwerken om de schwing er weer in te krijgen, dan is het minder leuk.

Het is essentieel voor onze groep dat we met twee therapeuten zijn. Eén van ons heeft het een tijd alleen gedaan, maar dan is het moeilijker om de cultuur goed te houden en om telkens voldoende afstand in te bouwen om goed zicht te houden op de verschillende processen en de eigen gevoelens. Ook is dan de ervaring dat de therapeut meer gaat varen op beperkende oplossingen zonder dat deze altijd bewust gekozen zijn.

Regelmatig hebben we discussie over de open format van de groep. Met name het eerder genoemde fenomeen dat er vaak in groepjes wordt gestart en gestopt, doet ons vaak overwegen over te gaan op een gesloten groep en een vast aantal sessies.

Telkens wanneer we die afweging maken, komen we weer op de nadelen van een gesloten groep. In een gesloten groep missen we namelijk de deelnemers die in verschillende fasen van hun proces zitten. En in een gesloten groep kan het aantal sessies voor sommigen te kort zijn om hun proces af te maken terwijl één van de voorname principes van het hele SCR-programma de procesgerichtheid is. We willen het proces van de deelnemers op elk moment leidend laten zijn voor de inhoud en duur van de behandeling.

► Reageren? berttermors@planet.nl

Literatuur

Ashman, T.A., Gordon, W.A., Contor, J.B. et al., (2006). Neurobehavioral consequences of brain injury. *Mount Sinai Journal of Medicine* 73, 999-1005.

Ben-Yishay, Y. & Gold, J. (1990) Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In: Wood, R.L.L. (ed.). *Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury*. London: Taylor & Francis.

Bout, J. van den, Boelen, P.A. & Keijser, J. de. (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Levine, B. (1979). *Group Psychotherapy, practice and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall inc.

Sander, A.M. (2007). Brain injury and the family. *Neurorehabilitation* 22,1-2.

Vink, M. (1996). *Eindrapportage Intensieve Neurorevalidatie; de ontwikkeling van een behandelprogramma*. RCA rapport 9406/2.

Stock Whitacker, D. & Lieberman, M.A. (1964). *Psychotherapy through the Group Process*. New York: Aldine Publishing Company.

Vandermeulen, J.A.M., Derix, M.M.A., Avezaat, C.J.J. et al. (ed.) (2003). *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.

Williams, W.H. & Evans, J.J. (2003). Brain injury and emotion: An overview to a special issue on biopsychosocial approaches in neurorehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 13 (1-2), 1-11.

Yalom, I. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy (5th edition)*. New York: Basic Books.