

# Thuiskomen in je discipline

Een verslag van het jaarcongres voor klinisch psychologen en neuropsychologen op 18 en 19 april 2024 in Egmond aan Zee, dat niet alleen inhoudelijk divers en boeiend was, maar waar ook uitbundig werd gedanst.

Door Silvia Pol, Lisette Wittkampf  
en Linda Jonker

Hagel, regen en wind omringden ons op het zestiende jaarcongres georganiseerd door de Stichting Wetenschapsbevordering Klinisch psycholoog en Klinisch neuropsycholoog in Egmond aan Zee. Binnen was het prettig toeven met boeiende workshops, interessante symposia en inspirerende collega's. Vanwege files misten we helaas de openingspeech van prof. dr. Maartje Schoorl over vernieuwingen in de psychologische opleidingen, waarin ze een vergezicht schetste en de weg ernaartoe. Het programma had vaart en iedereen mocht zonder voorinschrijving naar workshops van eigen keuze. Dat werkte wonderwel goed. De avond was gezellig met een uitstekend walking dinner en de mogelijkheid om te bowlen en om te dansen op een prachtig verlichte vloer. Daar werd uitbundig gebruik van gemaakt. Hieronder volgt een beschrijving van een greep uit het congresaanbod.

## Plenaire lezingen

[Vergeet jezelf niet! Mentale gezondheid van zorgprofessionals als fundament voor toekomstbestendige zorg](#)

Dr. Anneloes van den Broek, werkzaam bij GGz Breburg, sprak op basis van onderzoek uitgevoerd door de American Psychological Association over de hoge prevalentie van depressie, angst- en dwangstoornissen, verslaving en zelfs suïcidaliteit onder hulpverleners. De aanleiding daartoe lijkt een

combinatie van hoge werkbelasting, inefficiëntie op het werk, gebrek aan autonomie en zinvolheid van werk, en een disbalans tussen werk en vrije tijd. Een voortdurende gerichtheid op het welzijn van de ander, waarbij de werk- en emotionele belasting hoog is, kan leiden tot burn-out. Een verwaarloosde geestelijke gezondheid heeft op termijn negatieve invloed op het mentaal welbevinden en het professioneel en algeheel functioneren.

GGz Breburg heeft samen met het Amphia Ziekenhuis een online hulppakket 'Vergeet jezelf niet, als je voor een ander zorgt' ontwikkeld en geïntroduceerd. Dit initiatief was bedoeld om mentale problemen bij zorgverleners te voorkomen als gevolg van de aanhoudende extreme werkomstandigheden door de zorg voor coronapatiënten. Het pakket rust op drie pijlers: preventie, psychosociale steun en PTSS-behandeling. De website vergeetjezelfniet.nu blijkt niet langer bereikbaar. De boodschap om bewust zorg te dragen voor jezelf als je een beroep hebt waarin je steeds zorg hebt voor de ander, blijft echter van groot belang. Goed dat hier aandacht voor is.

#### Specialistische diagnostiek op het scherpst van de snede

Prof. dr. Paul van der Heijden, werkzaam bij Reinier van Arkel, sprak over de plaats van diagnostiek te midden van de actuele maatschappelijke, wetenschappelijke, technische en zorginhoudelijke ontwikkelingen. In de maatschappij wordt een toename van psychische klachten gezien met name onder (vrouwelijke) jongeren. In de wetenschap vindt een ontwikkeling plaats van categorale naar dimensionale diagnostiek. In een onderzoek naar wat cliënten en naasten belangrijk vin-

den bij diagnostiek, kwam de wens naar voren dat er ruimte wordt geboden om het verhaal te vertellen, dat er integraal wordt gekeken en dat er inzicht wordt geboden in de problematiek. P-opleiders lieten bij navraag weten psychodiagnostiek tijdsintensief en duur te vinden en merkten op dat veel GZ-psychologen en klinisch psychologen nauwelijks psychodiagnostiek meer doen na hun opleiding. Ook bestaan er verschillen in visie over nut en noodzaak van psychodiagnostiek onderzoek.

### *Haar boodschap is dat de KP en de KNP van de toekomst ook preventie-experts zijn*

Qua technische ontwikkeling is er veel mogelijk op het gebied van diagnostiek met behulp van dagboekstudies, biosensoren, virtual reality, ChatGPT en sociale media. Bestudering van iemands profiel op Facebook zou een even betrouwbare diagnostische uitkomst kunnen opleveren als een diagnostisch onderzoek. Op een *invitational conference* over diagnostiek met de hoofddocenten diagnostiek in Nederland en een aantal collega's en GIOS is gesproken over deze ontwikkelingen. De uitkomst was dat in diagnostiek de besliskunde centraal staat, met aandacht voor diversiteit en preventie, inhoudelijk beleid, en communicatie en relatievorming. Bij het komen tot een interpretatie van onderzoeksgegevens werden vijf aspecten als belangrijk gezien: *intellectual humility*, kritisch beschouwen, academisch denken, beslissingsmoed en perspectiefwisseling.

### Alle ballen in de lucht: van de wetenschap naar de praktijk... en weer terug

Prof. dr. Dorine Slaats-Willemse, werkzaam bij Denkkraft en Karakter, hield een ple-naire lezing over de toegenomen psychische problemen bij jongeren. Prestatiedruk in onze maatschappij lijkt een van de oorzaken te zijn. Nodig is meer zelfregulering vanuit het kind en meer kennis en vaardigheid bij leerkrachten. Vanuit de neuropsychologie weten we dat het executief functioneren heel belangrijk is om te kunnen profiteren van school. Haar boodschap is dat de KP en de KNP van de toekomst ook preventie-experts zijn. We moeten er met zijn allen voor zorgen dat er minder instroom is in de ggz. Er komt binnenkort een casusboek uit bij Boom over kinderneuropsychologie van Slaats-Willemse en haar collega's. Ze baseren zich daarin op het transactionele ontwikkelingsmodel.

### De nieuwe beroepenstructuur voor psychologen: een tussenstand

Prof. dr. Rudolf Ponds, voorzitter van het Nederlands Instituut van Psychologen, maande ons in zijn lezing tot geduld bij de vele veranderingen die geïnitieerd zijn in het beroep, als het gaat om de bijbehorende regelgeving die het nieuwe beleid ondersteunt.

## **Workshops**

### Lichamelijke hechtingspatronen; werken met het lichaam in de psychotherapie (binnen de psychosomatiek en verder)

De workshopgevers Lars de Vroege en Marjon Witmer werken beiden bij GGz Breburg, TOPklinisch centrum lichaam, geest en gezondheid.

Bij een veilige en voorspelbare hechting

kun je een goede emotionele ontwikkeling doorlopen. Dan leer je wat je voelt en welke behoefte daarbij hoort. Bij boosheid hoort de behoefte aan erkenning en excuus, bij verdriet en pijn hoort troost, bij angst hoort geruststelling en steun en bij blijdschap is er behoefte te vieren.

Wanneer er geen sprake is van veilige hechting maar van emotioneel tekort en trauma, ontwikkelen mensen verschillende strategieën om niet in contact te staan met hun emoties. Een cognitieve strategie gaat om niet moeilijk willen doen. Een emotionele strategie betreft emoties wegdrukken. De primaire emoties zijn minder zichtbaar, de secundaire emoties laten zich vaak zien in patronen. Bij een somatische strategie wordt de lichaamshouding aangepast. Bij een onveilige hechting, met onder meer verstoringen in lichaamswaarneming, langdurige lichamelijke symptomen en stress, kan zich een beperkt vermogen ontwikkelen tot lichaamsmentaliteit. Bij de functioneel neurologische stoornis (FNS) en somatische symptoomstoornis (SSS) gaat het erom dat cliënten emoties leren herkennen in hun lichaam; dat zij leren begrijpen wat ze voelen. Bij FNS is er geen gevoel meer in de benen en is de uitdaging te gaan staan voor zichzelf en naar de pijn toe te gaan. Vaak gaat het om het leren ervaren van boosheid om daarmee aan het werk te mogen gaan. Bij chronische pijn is de vraag hoe de pijn verdragen kan gaan worden. De Sensorimotor Psychotherapie van Pat Ogden gaat ervan uit dat hechting en trauma worden opgeslagen in lichamelijke reacties en patronen. Het lichaam is het startpunt van therapie. In veilige hechtingsrelatie leert het kind evenwicht te bewaren tussen een strategie van autoregulatie en interactieve regulatie.

Voor mensen met psychosomatische problematiek is auto-regulatie en/of co-regulatie moeilijk.

In de workshop doen we verschillende ervaringsoefeningen die duidelijk maken hoeveel invloed onze lichamelijke houding heeft op de ander en andersom. Het belang van de lichamelijke interactie in het hier en nu onderkennen we veelal te weinig. We experimenteren in het onszelf geruststellend over onze arm strijken en in hetzelfde aanbieden aan de ander. Vaak hebben onze cliënten met beide vormen van regulatie grote moeite. Door hier in therapie aandacht voor te hebben en daar op veilige wijze mee te oefenen, kunnen we hen steunen in een ontwikkeling waarin lichaam en geest dichterbij elkaar mogen komen.

#### Een Sterk Verhaal, een narratieve interventie gericht op persoonlijk herstel

Workshopgevers Andrea Hop-van der Linden en Silvia Pol werken bij Scelta in Apeldoorn, onderdeel van GGNet. Zij vertelden over de vorming van een verhalende ofwel narratieve identiteit, die een persoon een gevoel van doel geeft en betekenis aan het eigen verleden, het heden en de verwachte toekomst. In de interventie 'Een sterk verhaal' is gekozen voor een narratieve benadering om te werken aan persoonlijk herstel. Deelnemers schrijven in een drieluik over hun verleden, een belangrijk kantel- of keerpunt waarin ze zelf de regie nemen over hun leven, en het heden en de toekomst. Het resultaat is een gedrukt levensboek. Een quote van een deelnemer aan de interventie: 'Ik vond de acceptatie en verbinding [in de groep] erg prettig. Het was duidelijk en goed te doen en heeft me veel positieve feedback opgeleverd. Het voelde goed om deze tijd in mezelf te inves-

teren' (cliënte, 26 jaar). De interventie is in participatief design met cliënten en behandelaren ontwikkeld en onderzocht door Scelta Apeldoorn (TOPGGz-erkend expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek van GGNet), het StoryLab (expertise centrum voor geestelijke gezondheid en verhalen van de Universiteit Twente) en de LevensStudio (biografische werkplaats) met financiële steun van ZonMw.

De workshopdeelnemers maakten kennis met de interventie en er werden enkele biografische oefeningen aangeboden. Vier deelnemers vertelden over de betekenis van hun naam, alle deelnemers schreven in vijf regels over een belangrijk moment uit hun jeugd waarvan er twee werden voorgelezen, en allen boden een woord van steun of herkenning. De groep was groot, maar alle deelnemers was betrokken en er ontstond een gevoel van oprechte nieuwsgierigheid en verbinding.

#### Relatiehulp in de GGZ: het op EFT gebaseerde programma 'Houd me vast'

In deze workshop, gegeven door de bij Altrecht werkende Pieter Dingemanse, werd de vraag opgeworpen 'Waarom relatiehulp in de GGZ?' Ruzies tussen partners zijn een belangrijke onderhoudende factor van psychische klachten. Geruzie tussen ouders is ook de grootste voorspeller van klachten en probleemgedrag bij kinderen. Je kunt een nog zo goede cognitieve gedragstherapie aanbieden (bootje), maar als de partner thuis zegt dat het allemaal onzin is (anker) wordt verandering bemoeilijkt. Het 'Houd me vast'-programma is gebaseerd op het zelfhulpboek van Sue Johnson, en volgt het boek in zeven sessies met oefeningen en huiswerk. Het kan groepsgewijs worden aangeboden. Het

doel is het vergroten van de emotionele verbinding tussen partners door a) het verminderen van negatieve patronen en b) het verdiepen van de verbinding. In het programma wordt geoefend met het doorbreken van een negatieve cirkel en het leren bespreken van onderliggende emoties/angsten/behoeften. Aan de hand van een casus onderzoeken we

## *Het 'Houd me vast'- programma is breed bruikbaar binnen en buiten de ggz*

in een oefening wat er in de communicatie gebeurt onder de waterlijn. Daar immers gaat het om behoeften en angst. Een voorbeeld. Zij zegt: 'Ga je alweer naar een congres?' Hij zegt niets. Onder water: zij heeft de angst niet gezien te worden; ben ik wel belangrijk? Er is de angst de ander te verliezen, verbinding te verliezen. De behoefte is contact, gezien worden. Hij ervaart de angst het niet goed genoeg te doen. De behoefte is te voelen dat hij voldoet, okay is. Boven water: hij voelt zich boos en dat laat zich zien in een lichte geïrriteerdheid en terugtrekgedrag. Zij voelt zich boos en dat laat zich zien in een teleurgestelde houding – zie je wel, ik ben niet belangrijk. Varianten op deze uitwisseling kunnen in relaties oplopen tot haat en doodslag. Cliënten melden zich bij spanningen in hun relatie met pijnklachten, angstklachten etc. Het is belangrijk om dit soort patronen te herkennen en te stoppen, eerst op gedragsniveau en dan op het niveau van gevoelens.

Het 'Houd me vast'-programma is heel breed bruikbaar binnen en buiten de ggz, en kent naast een groep ook een online- en een weekendvariant. Het gaat om het versterken van mentale gezondheid. Het programma is gericht op mensen die meer emotionele verbinding willen en destructieve patronen willen stoppen. Er bestaat een contra-indicatie als heftige ontregeling in psychiatrische zin op de voorgrond staat. Voor tieners en jongvolwassenen en hun ouders bestaat er de variant 'Houd me vast – laat me los'. Wat een belangrijk en goed toegankelijk aanbod! Ik hoop dat het zijn weg breder vindt in de ggz.

### Leiderschap... hoe doen we dat eigenlijk (buiten onze comfortzone)?

Stefan van Herpen en Liesbeth Horstman, klinisch psychologen werkzaam bij Defensie, staan klaar in legerkleding. We lopen met onze groep naar het strand en stoppen bij een busje. De deur wordt open geschoven en in de bus liggen autobanden, ijzeren kisten van dertig kilo en touw. De opdracht: dit moet allemaal in één keer naar het strand. Het is net alsof we in Kamp van Koningsbruggen zijn beland. Aangekomen op het strand komen we tot het besef dat dit meteen de eerste opdracht was en wordt er gereflecteerd op hoe het als groep is gegaan. Hierna volgen andere opdrachten, iedere keer met een nieuwe leider en steeds weer met een inspirerende les, terwijl de wind hard waait en regen en hagelbuien over ons heen storten.

Uit deze hartverwarmende groep, die ik twee uur daarvoor nog niet kende, neem ik mee om goed helder te hebben wat de taak is en goed zicht te hebben op wie welke kennis heeft en die in positie te zetten.

Patroondiagnostiek: transdiagnostisch, de mens in haar omgeving, met behoud van specialistische kennis

Annemarie Mulder en Marloes Verhaar presenteerden een door hen ontworpen app waarmee een holistische theorie kan worden opgesteld volgens het psychosociale model in interactie met de cliënt. In de app kiest de client allerlei 'kaartjes' waarop problemen/kenmerken/situaties staan die meer of minder op de eigen situatie van toepassing zijn. De kaartjes zijn voorzien van een toelichting. In gesprek met de onderzoeker wordt het ingevulde besproken en op deze manier bouwt de onderzoeker in interactie met de cliënt aan een transdiagnostisch beeld van diens probleem in de eigen sociale context. Het was een heel inspirerende workshop, waarbij het aansprak dat de cliënt actief betrokken wordt in de holistische schets van de eigen situatie.

Heeft ineens iedereen autisme? Hoe voorkom je overdiagnostiek en wat is nu eigenlijk goede autismediagnostiek?

De workshop werd gegeven door Annelies Spek, hoofd van het Autisme Expertise Centrum.

## *Neurodivers zijn heeft tegenwoordig status*

De prevalentie van autisme in de algehele bevolking is 1%, gelijk aan schizofrenie. Dan verwacht je twee tot drie kinderen per school met autisme. De diagnose wordt echter vaker gesteld; er is sprake van overdiagnostiek. Dit heeft te maken met verruiming van de criteria – vooral bij de introductie van DSM IV

– waardoor de diagnose gesteld wordt bij mildere cases, het feit dat er minder taboe rust op de diagnose, en door zelfdiagnostiek via bijvoorbeeld TikTok. Neurodivers zijn heeft tegenwoordig status. De maatschappij is veeleisender geworden en soms kan er alleen een beroep op zorg worden gedaan als er een autismediagnose is. Bij herdiagnostiek in de Verenigde Staten bleek bij slechts 47% van de onderzochten daadwerkelijk sprake te zijn van autisme. Verondersteld wordt dat er te veel naar het nu gekeken wordt en te weinig naar de hele levensloop. Er is daarmee te weinig aandacht voor alternatieve verklaringen van de problematiek.

Autisme heeft een biologische oorsprong (vooral genen en een beetje omgeving: baarmoeder), met gevolgen voor de informatieverwerking van de hersenen (*theory of mind*, centrale coherentie en executief functioneren), en laat zich zien in gedrag (sociale communicatie en beperkte interesses en repetitief gedrag). De diagnose stel je op basis van gedragskenmerken. Er bestaat een gedeeltelijke overlap met een aandachtdeficiëntie (ADHD) en hyperactiviteit, de vermijdende, dwangmatige en borderline persoonlijkheidsstoornis en een hechtingsstoornis. De differentiaaldiagnostiek vraagt om een uitvragen van specifieke kenmerken. Bij ADHD vormt sociale verandering geen probleem, maar praktische verandering brengt chaos te weeg. Bij vermijdende problematiek is angst voor afwijzing een reden voor het vermijden van oogcontact. Bij hechtingsproblematiek vormt het aanvoelen en troosten van anderen een probleem wanneer angst op de voorgrond staat. De vraag is dan of het ook speelt in een contact waarin de persoon zich wel veilig voelt. Bij PTSS gaat het niet

om aangeboren primaire alexythymie maar om secundaire alexythymie als gevolg van traumatische ervaringen. Bij burn-out en depressie zijn er nu klachten aanwezig, maar de vraag is of deze er altijd al waren. Autisme gaat echt over het leven niet begrijpen en gebrek aan zelfinzicht. Aan het einde van de intake weet je of er sprake is van een toestandsbeeld en beschik je over differentieel diagnostische hypothesen. Daarmee houd je rekening tijdens het interview en de observaties. Als autisme is uitgesloten, zijn de klachten nog niet verklaard. Waarom zijn deze klachten aanwezig en waarom slaat behandeling niet aan? Vanuit de gesprekken ontstaan vermoedens die je verder kunt onderzoeken.

De Zorgstandaard Autisme rekent 12-14 uur voor een heteroanamnese, de uitwerking van de gesprekken, en een uitslaggesprek, en nog eens 8 uur of meer voor aanvullend onderzoek. Het uitvoeren van het onderzoek vraagt een uitgebreide kennis van en ervaring met autisme. Soms is er sprake van een andere, gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis met kenmerken van een autismespectrumstoornis maar onvoldoende voor deze diagnose. Soms wordt het nooit duidelijk en kan het gaan om niet-aangeboren hersenletsel op jonge leeftijd, schizofrenie, mengbeelden zonder heteroanamnese, anorexia op jonge leeftijd die chronisch geworden is, een fors toestandsbeeld zonder heteroanamnese. Blijf je onzeker? Betrek nog een ander perspectief erbij van iemand die de persoon goed kent. Soms is het beter een diagnose uit te stellen en later opnieuw onderzoek te doen.

Bij het diagnostisch onderzoek gaat het vooral om het in kaart brengen van de gedragskenmerken. Dat wordt gedaan met

behulp van de anamnese, de hetero-anamnese en de observaties tijdens het onderzoek. De autisמעriteria zijn 1) beperkingen in de sociale communicatie (ten aanzien van wederkerigheid, non-verbale communicatie en vriendschappen en relaties), 2) beperkt, repetitief gedrag (stereotype spraak, motoriek, gebruik van objecten, routines, rituelen, moeite met veranderingen, beperkte stereotype interesses, sensorische over- of ondergevoeligheid). Neuropsychologische tests kunnen en mogen geen rol spelen in de classificerende diagnostiek, maar zijn wel relevant bij een sterkte-zwakke analyse. Meldt een cliënt zich bij wie al onderzoek naar autisme is gedaan? Uit de tekst van het onderzoek moet echt duidelijk worden hoe tot de diagnose autisme gekomen is, en anders dient opnieuw onderzoek te worden gedaan. Zie ook de website [www.anneliespek.nl](http://www.anneliespek.nl) voor whitepapers over differentiaal-diagnostiek.

## Symposium

### De schaduwzijde van psychotherapie: wat kunnen we leren van uitdagingen in de therapie?

Brechje Dandachi-FitzGerald, Roos Verkooyen, Ger Keijsers en Kim de Jong droegen bij aan het symposium, waarin vragen werden gesteld bij de effectiviteit en veiligheid van psychotherapie. Als psychotherapie positieve effecten kan hebben, kan deze tenslotte ook negatieve effecten sorteren. Het gaat om een ingrijpende interventie. Wat zijn nadelige reacties op psychotherapie? In een van de 295 artikelen over dit onderwerp wordt een instrument geïntroduceerd om positieve en negatieve effecten van psychotherapie te meten (Dandachi-

FitzGerald et al., 2024). Positieve ervaringen die cliënten rapporteren op deze vragenlijst zijn: ik voelde dat de behandelaar mij accepteerde; ik was er trots op dat ik therapie heb geprobeerd; ik begreep mijzelf beter; ik leerde mijzelf meer te accepteren; ik heb

## *Er is nog weinig bekend over de impact van negatieve therapie-ervaringen*

nieuwe hoop gekregen (gemiddeld 18, range 3-33). Negatieve ervaringen die cliënten melden zijn: ik werd overweldigd door emoties; ik had meer last van negatieve gedachten en herinneringen; ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd; ik had meer moeite met slapen; ik schaam me ervoor dat ik in psychologische behandeling ben (gemiddeld 2,7, range 0-13).

Er is nog weinig bekend over de impact van negatieve therapie-ervaringen. En wat als het gesprek gaat over deze olifant in de kamer? De Work Alliance Inventory (Horvath et al., 1989; Vertommen & Vervaecke, 1990), laat zien dat therapeuten wel een beetje, maar zeker niet precies weten hoe cliënten de werkrelatie ervaren. De cliëntbeleving van de werkalliantie laat nauwelijks samenhang zien met geobserveerd therapeutengedrag, en cliënten zijn duidelijker positiever over de relatie dan therapeuten.

Op grond van wetenschappelijk onderzoek wordt gedacht dat ongeveer 66% van de cliënten verbetert door psychotherapie.

De klinische praktijk schat dat minder optimistisch in met 35 tot 50% die verbetert.

Als cliënten niet on track zijn, blijkt er vaak

sprake van problemen met betrekking tot de therapeutische relatie, motivatie, sociale steun en/of negatieve gebeurtenissen. Het advies is te vragen op welke punten de cliënt wil verbeteren, en de papieren versies te gebruiken van de Outcome Rating Scale (ORS) en Session Rating Scale (SRS). Het kost twee minuten afnametijd, is praktisch en heeft een goed effect op de werkrelatie. Het symposium vormde al met al een pleidooi om alert te zijn op mogelijke negatieve bijeffecten van behandeling en behandelings-technieken, en aandacht te hebben voor het bespreekbaar maken van de werkrelatie met de cliënt.

### **Tot slot**

Het congres werd afgesloten met gastspreker Sinan Can, journalist en programmamaker, in gesprek met Annette van Schagen over waarheid en perspectief. Jarenlang heeft Can verslag gedaan van oorlogen en conflicten in het Midden-Oosten. Hij werd geconfronteerd met wreedheden en met de onnoemelijk pijn en het verdriet dat oorlog met zich meebrengt. Can hield niet van zijn werk maar vond het vooral nuttig. Na terugkomst had hij steeds moeite te wennen aan het gewone leven. Recent heeft hij besloten dat het genoeg is geweest en dat hij wat anders gaat doen. In de documentaire *Op zoek naar het Paradijs* laat hij de schoonheid zien van het gebied tussen de Eufraat en de Tigris en laat hij mensen aan het woord over de liefde. Het gaat om de zachte kant van het Midden-Oosten en deze documentaire is zijn favoriet.

Het was een goed congres. Het voelde voor ons als thuishomen in onze discipline. Wat



is er veel kennis aanwezig en bereidheid om van en met elkaar te leren! In de workshops was er betrokkenheid en veel gezamenlijk oefenen. Ook was er ruimte voor de blik naar buiten, in contact met de politiek, en in het

luisteren naar verhalen uit oorlogsgebieden. En natuurlijk waren er nieuwe ontmoetingen, leuke gesprekken, en een gelegenheid om te wandelen, te bowlen en te dansen. Geweldig. Volgend jaar hopen we weer van de partij te zijn!

**Silvia Pol** is klinisch psycholoog/psychotherapeut, p-opleider bij GGNet en supervisor bij NVGP en NVP. **Lisette Wittkamp** werkt als klinisch manager en klinisch psycholoog bij Pro Persona en is supervisor bij VGCT. **Linda Jonker** is klinisch psycholoog, waarnemend p-opleider bij GGNet en supervisor bij NVGP en NVP.

### Refereren aan:

.....  
Pol, S., Wittkamp, L. & Jonker, L. (2024). Thuiskomen in je discipline. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(3), p. 49-57.

### Literatuur

.....  
Dandachi-FitzGerald, B., Houben, S.T.L., Broers, N.J. & Merckelbach, H. (2024). A scale for measuring positive and negative experiences of psychotherapy (PNEP): First psychometric findings of a new instrument for monitoring clients' experiences. <https://doi.org/10.1002/cpp.3014>

Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), p. 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

Vertommen, H. & Vervaeke, G.A.C. (1990). *Werkalliantievragenlijst (WAV)*. Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg, 1986). Departement Psychologie, K.U. Leuven.  
.....