

Deontologische vragen rond het beëindigen van behandelingen¹

Koen Korevaar

Bij vrijwillige hulpverlening kunnen cliënten de begeleiding of psychotherapie beëindigen wanneer zij willen. Zo eenvoudig ligt het echter niet voor de behandelaar. Klinisch psychologen en psychotherapeuten worstelen soms met de vraag of, en onder welke voorwaarden, zij behandelingen kunnen beëindigen, zeker als de cliënt vragende partij is voor verdere behandeling. Dit artikel bespreekt beroepsethische normen over het beëindigen van de behandeling door de klinisch psycholoog. Daarbij zal blijken dat de kiem van de dilemma's vaak al in het begin van de behandeling ligt. Deze bijdrage benadrukt daarom het belang van het vragen van geïnformeerde toestemming bij de start van de behandeling. Hierbij worden rollen en wederzijdse verwachtingen geëxpliciteerd, en worden de voorwaarden voor het beëindigen van de samenwerking besproken.

Dilemma's rond het beëindigen van therapieën kunnen ontstaan als cliënten zich niet aan praktische afspraken houden (bijvoorbeeld: niet betalen), als zij gevaar opleveren voor de klinisch psycholoog, of als de behandeling niet succesvol verloopt en geen resultaat oplevert. Deze laatste situatie lijkt het vaakst voor te komen en het meeste onduidelijkheid op te leveren voor hulpverleners. Daarom staan we in dit artikel vooral stil bij deze laatste situatie. Het beëindigen van therapieën als de psycholoog van werkplek verandert of stopt met werken, levert in de praktijk weinig vragen op en zal daarom buiten beschouwing worden gelaten.

Niet-werkzame therapieën

Een psychotherapeutische behandeling leidt niet bij alle cliënten tot verbetering. In een steekproef van zo'n zesduizend cliënten bleek na het beëindigen van de behandeling slechts 14% hersteld en 21% betrouwbaar verbeterd. 57% van de cliënten verslechterde noch verbeterde, en 8% verslechterde (Hansen, Lambert, & Forman, 2002). Uit onderzoek blijkt dat therapeuten, als zij geen meetinstrumenten gebruiken, slecht zijn in het inschatten welke cliënten profiteren van de behandeling en welke niet (Hannan et al., 2005).

Hoe gaan therapeuten te werk bij niet-werkzame therapieën? Uit een enquête onder ruim vijfhonderd zelfstandig werkende psychologen bleek dat zij cliënten relatief lang blijven zien

voordat zij concluderen dat een therapie niet succesvol is (Stewart & Chambless, 2008). In deze enquête bedroeg de mediaan twaalf sessies (drie maanden, uitgaande van wekelijkse sessies) voordat de psychologen besloten dat de therapie niet succesvol was. 36% gaf aan de cliënt langer dan negentien sessies te zien alvorens te concluderen dat de behandeling niet succesvol was, en 10% zag de cliënt meer dan dertig sessies alvorens tot deze conclusie te komen.

Wanneer kan men spreken van ‘mislukte’ behandelingen? Verbraak en Hoogduin (2013) stellen dat het mislukken of slagen van een therapie eigenlijk alleen vast te stellen is als er in het begin van de behandeling een duidelijk behandelplan is geformuleerd. Dit behandelplan omvat behandeldoelen die zo zijn geformuleerd dat duidelijk is hoe vastgesteld kan worden dat deze behaald zijn of niet. Het behandelplan bevat ook tijdsindicaties, zodat duidelijk is na hoeveel weken of sessies de behandeling geëvalueerd wordt en welke acties ondernomen worden als de behandeldoelen niet behaald zijn. Het ontbreken van een behandelplan en concrete behandeldoelen maakt dat er mogelijk te lang wordt doorbehandeld, terwijl resultaten uitblijven.

Als de vraag opkomt of de behandeling beëindigd moet worden, rijst dikwijls tevens de vraag of beroepscode dit wel toelaten (zie kader). Wordt de cliënt dan niet in de steek gelaten? Mag de psycholoog de behandeling wel beëindigen? In wat volgt, bespreken we enkele normen uit de beroepscode voor psychologen die relevant zijn voor dit onderwerp.

Casus: Doorbehandelen of niet?

Psycholoog Pietersen heeft cliënte Chantal twaalf keer gezien. Chantal meldde zich aan met stemmingsklachten, klachten over haar sociale relaties en boosheid. Na enkele sessies uit Chantal gedachten aan zelfdoding, hoewel zij aangeeft dat ze niet wil uitvoeren. Ze heeft in het verleden nooit een zelfmoordpoging gedaan, maar de ernst van Chantals suïcidegedachten lijkt toe te nemen naarmate de sessies vorderen. Tijdens de sessies weigert Chantal te spreken over emotioneel beladen onderwerpen en als de psycholoog hier dieper op in probeert te gaan, barst zij in tranen uit. Tweemaal is zij boos weggelopen uit een therapieessie.

Na twaalf sessies is er geen verbetering bij Chantal en krijgt Pietersen het gevoel dat hij niet de juiste hulpverlener is om Chantal te helpen. Hij bespreekt dit met haar, maar Chantal schrikt hiervan en zegt dat zij graag bij hem in therapie wil blijven. Gedurende enkele sessies stelt zij zich coöperatiever op. Maar al snel vervalt zij weer in haar oude patroon en herstel blijft uit. Pietersen voelt zich een slechte therapeut, maar blijft zijn cliënte toch zien, omdat hij het gevoel heeft dat hij haar anders in de steek laat.

(Vertaald en aangepast uit Behnke, 2009)

Continuïteit van zorg

Beroepscode voor psychologen benadrukken het belang van de continuïteit van de zorg voor cliënten (zie: artikel 29, Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog [KB], 2014; artikel 27, Gecoördineerde wet betreffende

de uitoefening gezondheidszorgberoepen [GWUG], 2015). Dat houdt onder andere in dat de psycholoog de behandeling niet zonder overleg, eenzijdig kan stopzetten. In het Nederlandse tuchtrecht, waar de uitspraken van tuchtcommissies openbaar zijn, kreeg een gezondheidszorgpsycholoog een waarschuwing nadat zij per brief een behandeling eenzijdig stopzette. De beroepsethische norm rond continuïteit van zorg stelt dat met de cliënt gezocht moet worden naar alternatieven of een passende doorverwijzing geregeld moet worden. Daarbij kan de drempel verlaagd worden door rekening te houden met de wensen en praktische omstandigheden van de cliënt, en door namen en telefoonnummers te verstrekken in plaats van organisaties op te sommen (Vasquez, Bingham, & Barnett, 2008). Continuïteit van zorg houdt ook in dat een volgende behandelaar alle informatie krijgt om goed en efficiënt van start te kunnen gaan met de behandeling van de cliënt.

Schade vermijden

Engelstalige publicaties maken onderscheid tussen *termination* (afronden) en *abandonment* (Younggren & Gottlieb, 2008). Het afronden is een intentioneel proces waarbij de professionele relatie op een passende manier wordt stopgezet. Dit gebeurt idealiter in gezamenlijk overleg als de behandeldoelen behaald zijn. *Abandonment* duidt op het ontbreken van dit proces, wat voor een cliënt in een kwetsbare positie schade kan opleveren. Als psychologen cliënten te lang blijven zien, wordt dit vaak gemotiveerd door de vrees dat de cliënt zich in de steek gelaten zal voelen (Younggren, Fisher, Foote, & Hjelt, 2011). Het vermijden van schade is een centraal principe in de medische ethiek. Dit principe (dat beschreven is in artikel 35 van de deontologische code voor psychologen [KB, 2014]) kan echter zowel argumenten voor als tegen het beëindigen van therapieën opleveren. Het beëindigen van de therapie kan een negatieve ervaring zijn voor de cliënt. Het voortzetten van niet-werkzame therapieën levert echter financieel nadeel voor de cliënt op en kan het zoeken van meer passende hulp in de weg staan.

Reden tot beëindiging van de professionele relatie

Artikel 10.10a van de beroepscode van de American Psychological Association (2010) stelt dat psychologen de therapie dienen af te ronden als het duidelijk is dat de cliënt de dienstverlening niet langer nodig heeft, niet profiteert van de behandeling, of door voortgezette behandeling schade ondervindt. De Nederlandse beroepscode voor psychologen en voor psychotherapeuten stellen dat behandelaars de professionele relatie niet voortzetten als daar professioneel geen grond meer voor bestaat, als dat niet langer op een professioneel verantwoorde manier mogelijk is (artikel 40, Nederlands Instituut van Psychologen, 2015) of als er goede redenen zijn om te verwachten dat voortzetting van de behandeling niet zal leiden tot een verdere verbetering of handhaving van het functioneren van de cliënt (artikel II.3.1, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie [NVP], 2007). Behandelaars dienen ervoor te zorgen dat de professionele relatie in overleg met de cliënt wordt afgerond en dat daarover geen misverstanden blijven bestaan. De Belgische beroepscode voor psychologen (KB, 2014) bevat geen expliciet artikel over het beëindigen van een professionele relatie. Er wordt wel vermeld dat psychologen geen ongerechtvaardigde beroepshandelingen stellen die niet in verhouding staan tot de aangepakte problematiek, en er is sprake van een doorverwijzingsplicht wanneer de psycholoog stuit op de grenzen van procedures en methodes (zie volgend punt).

Grenzen van competentie

Bij casussen waar geen verbetering optreedt, ook na het aanpassen van de behandeling of aanvullende psychodiagnostiek, is wellicht andere of intensievere zorg aangewezen dan wat de behandelaar kan aanbieden (zie het voorbeeld in de casus). De Belgische deontologische code (KB, 2014) stelt dat psychologen hun beroep dienen uit te oefenen binnen de grenzen van hun competentie (artikel 32). Bij problematiek die buiten hun competentiegebied valt, verwijzen zij door (artikel 33; zie ook: artikel 31/1, GWUG, 2015).

Besluit

Morele dilemma's worden gekenmerkt door een conflict van morele of beroepsethische principes (Korevaar, 2016). Hoewel continuïteit van zorg inhoudt dat de behandelrelatie niet abrupt en eenzijdig stopgezet mag worden, zijn er andere beroepsethische normen die pleiten voor het afronden van niet-werkzame therapieën. Hoe deze artikelen tegen elkaar worden afgewogen, hangt af van de morele principes van de behandelaar en het concrete geval, maar Amerikaanse experts in beroepsethiek voor psychologen (Younggren et al., 2011) merken op dat bij deze afweging de angst voor het in de steek laten van de cliënt soms onterecht de overhand neemt. Daarom blijven veel psychologen cliënten te lang zien, terwijl het beëindigen van de behandelrelatie niet alleen toegestaan, maar zelfs aangewezen is volgens de beroepscodes.

Voorkomen is beter dan genezen

De Amerikaanse rechter Hjelt stelt dat in de tuchtrechtelijke praktijk het niet afronden van therapieën waar dit wel op zijn plaats is, een regelmatig terugkerend probleem is (Younggren et al., 2011, p. 168). In deze gevallen is er vaak sprake van “een afwezige of slecht uitgevoerde geïnformeerde toestemming, onduidelijkheid over de professionele rol, en een psycholoog die buiten de grenzen van zijn competentie werkt”. Dit citaat wijst erop dat de bron van deze dilemma's vaak in het begin van de behandeling ligt.

Geïnformeerde toestemming en rolverduidelijking

De therapeutische alliantie wordt bepaald door overeenstemming over de therapeutische doelen, overeenstemming over de taken die uitgevoerd moeten worden om die doelen te bereiken, en de kwaliteit van de persoonlijke band tussen cliënt en therapeut (Bordin, 1979; Hafkenscheid, 2014). Onder de therapeutische taken vallen niet alleen de taken van de therapeut, maar ook die van de cliënt. Het expliciteren van de taken houdt in dat de methoden voor het bereiken van de doelen worden besproken en de rollen worden verhelderd. Dit sluit aan bij meer algemene modellen van menselijke samenwerking, bijvoorbeeld het samenwerken in teams. Fry, Rubin, en Plovnick (1981) stellen dat optimale samenwerking wordt bevorderd door eensgezindheid over doelen, rollen, procedures, en goede interpersoonlijke relaties. Als goede samenwerking gebaat is bij duidelijkheid over de rollen, is het belangrijk dat de psycholoog kan uitleggen wat de cliënt van hem kan verwachten en wat hij van de cliënt verwacht.

Van cliënten kan bij aanvang van de behandeling niet verwacht worden dat zij weten wat psychotherapie inhoudt, wat zij van de behandelaar kunnen verwachten, en wat van hen verwacht wordt in de samenwerking. Dit dient aan de cliënt uitgelegd te worden. Daarom is het basisprincipe van de geïnformeerde toestemming, dat belangrijk is bij de aanvang van de behandeling, ook relevant voor het voorkomen, ter sprake brengen en in sommige gevallen beëindigen van een niet goed verlopende samenwerking.

De rol van de klinisch psycholoog, met bijbehorende taken en verantwoordelijkheden, staat onder andere omschreven in de beroepscode voor psychologen. De taken en plichten van cliënten zijn echter minder duidelijk. Sommige taken of verantwoordelijkheden van de cliënt betreffen het nakomen van praktische afspraken, bijvoorbeeld het betalen voor de geleverde diensten of het tijdig afzeggen van afspraken. Maar de verwachtingen van de therapeut gaan vaak verder dan het respecteren van praktische afspraken. Appelo (2013) stelt voor om niet aan een behandeling te beginnen als de cliënt niet voldoet aan drie criteria voor veranderingsbereidheid:

- Er is een innerlijke drang tot veranderen: de cliënt ervaart lijdensdruk en ziet een alternatief.
- De cliënt heeft de discipline om gewoontes en denkpatronen te veranderen.
- Er is sprake van interne attributie, zodat de cliënt (een gedeelte van) de oorzaken van de problemen bij zichzelf legt.

Naast deze drie criteria van veranderingsbereidheid verwacht de psycholoog mogelijk het volgende van de cliënt:

- Het verschaffen van voldoende en eerlijke informatie over de klachten en de achtergronden daarvan.
- Het aandacht hebben voor intra- of interpersoonlijke processen.
- Het actief deelnemen aan sessies.
- De bereidheid tot het verdragen van negatieve emoties tijdens de sessies, voor zover dit nodig is voor het behalen van de behandeldoelen.
- De bereidheid tot het maken van huiswerkopdrachten die voortvloeien uit de samen afgesproken behandeldoelen.
- En indien relevant, het uiten van twijfels over of bedenkingen bij de behandeling of de voortgang daarvan.

De doelgroep, setting en therapievorm zullen invloed hebben op datgene wat de psycholoog verwacht van zijn cliënten. Bij sommige cliëntengroepen of in sommige contexten kan veel van de cliënt verwacht worden, van andere minder. Zelfs binnen één behandeling kan dit veranderen. Geïnformeerde toestemming houdt echter wel in dat voor de cliënt de relatie met het resultaat duidelijk is. Van vrijblijvende gesprekken waarin de cliënt vooral ruimte krijgt om te klagen en waarbij verder weinig van de cliënt verwacht wordt, kan de cliënt niet verwachten dat dit hem van zijn psychische klachten verlost.

Om duidelijkheid over de rollen te kunnen scheppen, is het essentieel dat de psycholoog de rol van zowel cliënt als therapeut voor zichzelf kan expliciteren, om deze vervolgens op een vriendelijke en heldere manier met de cliënt te bespreken. Het bespreken van doelen, rollen en procedures kan het beste zowel mondeling als schriftelijk gebeuren.

Als de rollen, doelen en taken zijn verhelderd, kunnen diagnostiek en behandeling opgestart worden. Hieronder valt tevens het opstellen van een behandelplan met duidelijke doelstel-

lingen. Deze behandeldoelen worden op gezette tijden geëvalueerd. Zorgen over het niet behalen van de doelstellingen kunnen dan in een vroeg stadium besproken worden.

Overleg met collega's

Vastgelopen behandelingen voelen niet altijd slecht aan. Ook prettig verlopende contacten waarbij cliënt en therapeut elkaar al tientallen sessies hebben gezien, kunnen vastgelopen behandelingen zijn. Het is daarom raadzaam om alle langlopende behandelingen in intervisie of supervisie te bespreken, ook als, in tegenstelling tot het voorbeeld in de casus, de contacten op een prettige manier verlopen.

Voor de procesbewaking van kortdurende ambulante behandeling bespreken Verbraak en Hoogduin (2013) de methodiek van het 'outtake-team'. Dit team ziet erop toe dat de behandelingen het beoogde resultaat hebben en cliënten niet langer in behandeling blijven dan nodig is. Langer lopende behandelingen worden standaard in dit team besproken. Niet in alle settings is het mogelijk om volgens een dergelijke methodiek te werken, maar bij behandelingen die langer duren dan gewoonlijk terwijl resultaat uitblijft, lijkt overleg met collega's aangewezen. Na deze bespreking kan het behandelplan aangepast worden of kan besloten worden de behandeling af te ronden. Andere strategieën die ingezet kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het inlassen van een therapiepauze (de volgende sessie pas na bijvoorbeeld zes maanden inplanen), een grotere spreiding van sessies als voorbereiding op het afronden, het stopzetten van de behandelrelatie met mogelijkheid tot heraanmelding na een bepaalde tijdsperiode, of telefonische nazorg (Verbraak & Hoogduin, 2013).

Afronden van behandelingen in andere gevallen

Er zijn ook andere situaties waardoor er een onwerkbaar situatie kan ontstaan. Bijvoorbeeld cliënten die niet betalen voor de sessies. Volgens het Amerikaanse tuchtrecht kan de behandeling in zo'n geval stopgezet worden, tenzij het om een crisissituatie gaat (Younggren et al., 2011). Ook bij agressie en onveiligheid voor de psycholoog mag deze de behandeling direct stopzetten (zie ook: art. II.3.1. lid c, NVP, 2007).

Zoals hierboven aangegeven, geeft de Belgische beroepscode (KB, 2014) psychologen weinig sturing betreffende het stopzetten van de behandeling. De Belgische plichtenleer voor artsen (Orde der Artsen, 2016) stelt dat artsen een behandeling mogen weigeren of afzien van een opdracht om persoonlijke of beroepsredenen. Zij dienen de patiënt van deze beslissing op de hoogte te stellen, de continuïteit van zorg te verzekeren en aan de arts die de taak overneemt alle nuttige inlichtingen te verstrekken. Ook Nederlandse artsen kunnen de behandeling stopzetten als de patiënt frequent weigert te betalen of zich onheus of agressief opstelt naar de arts (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2005).

Conclusies

Soms wordt continuïteit van zorg geïnterpreteerd als een regel die stelt dat de behandeling niet beëindigd kan worden tegen de wens van de cliënt. Deze interpretatie kan in conflict ko-

men met andere artikelen uit de beroepscode, namelijk behandelen binnen de grenzen van de eigen competentie, en doorverwijzen of beëindigen van niet-werkzame behandelingen. Voor psychotherapie is samenwerking noodzakelijk, en samenwerking veronderstelt duidelijkheid over de rollen van beide partijen. Het is belangrijk dat beroepsbeoefenaren voor zichzelf kunnen benoemen wat zij verwachten van cliënten, bijvoorbeeld op het vlak van praktische afspraken, therapietrouw, openheid, huiswerkopdrachten, actieve deelname of veranderingsbereidheid. Dat vergemakkelijkt het bespreken van de doelen en taken, en zorgt ervoor dat de cliënt weet wat hij zelf kan doen om de samenwerking tot een succes te maken. Bij eventuele problemen kan hierop teruggegrepen worden om te bekijken hoe de samenwerking te verbeteren is.

Het feit dat psychologen, wellicht in tegenstelling tot andere beroepsgroepen waarbij samenwerking ook een belangrijke rol speelt, hun verwachtingen naar de cliënt toe niet altijd expliciteren, komt misschien voort uit angst voor een afkeurende of eisende houding naar de cliënt, waardoor deze laatste zich onveilig of niet geaccepteerd zou voelen in de therapiekamer. Een attitude van onvoorwaardelijke positieve gezindheid betekent echter niet dat een therapeut niet op een betrokken manier kan confronteren of bijvoorbeeld negatieve emoties naar de cliënt kan uiten (Gundrum, 2011). Dergelijke interventies zijn belangrijk voor het onderhouden van een goede werkrelatie en veronderstellen terechte verwachtingen naar de cliënt toe. Deze bijdrage wil zeker geen pleidooi zijn voor het overvallen van de cliënt met een waslijst van verwachtingen tijdens de eerste sessie. Het is een pleidooi voor het expliciteren van de eigen, in sommige gevallen impliciete, vooronderstellingen, om deze transparant met de cliënt te kunnen bespreken, zodat deze laatste meer kan profiteren van de behandeling.

Noot

1. Dit artikel bevat geen voorbeeld van schriftelijke informatie over de rol van cliënt en therapeut, omdat deze per werkcontext te veel verschillen. Een voorbeeld kan echter per e-mail worden opgevraagd bij de auteur van dit artikel.

Literatuur

- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Amended June 1, 2010). Geraadpleegd via <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Appelo, M. (2013). Socratisch motiveren bij vastgelopen behandelingen. In P. Emmelkamp, & K. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 47-68). Amsterdam: Boom.
- Behnke, S. (2009). Termination and abandonment: A key ethical distinction. *Monitor on Psychology*, 40, 70.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Fry, R., Rubin, I., & Plovnick, M. (1981). Dynamics of groups that execute or manage policy. In R. Payne, & C. Cooper (Eds.), *Groups at work* (pp. 41-58). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (10 mei 2015). *Belgisch Staatsblad*, 18-06-2015. Geraadpleegd via <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2015/05/10/2015A24141/justel>

- Gundrum, M. (2011). Hoe negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt uit te spreken? Een handleiding voor therapeutische communicatie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, 102-123.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog (2 april 2014). *Belgisch Staatsblad*, 16-05-2014. Geraadpleegd via <https://www.compsy.be/de/node/36>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (2005). *Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Standpunt. Utrecht: Auteur.
- Korevaar, K. (2016). Morele besluitvorming in de klinische psychologie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 46, 148-157.
- Nederlands Instituut van Psychologen. (2015). *Beroepscode voor psychologen 2015*. Utrecht: Auteur.
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. (2007). *Beroepscode voor psychotherapeuten*. Utrecht: Auteur.
- Orde der Artsen. (2016). *Code van geneeskundige plichtenleer*. Geraadpleegd via <https://www.ordomedic.be>
- Stewart, R.E., & Chambless, D.L. (2008). Treatment failures in private practice: How do psychologists proceed? *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 176-181. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.176>
- Vasquez, M.J.T., Bingham, R.P., & Barnett, J.E. (2008). Psychotherapy termination: Clinical and ethical responsibilities. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64, 653-665. doi:10.1002/jclp.20478
- Verbraak, M., & Hoogduin, K. (2013). Management van de behandeling. In P. Emmelkamp, & K. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 93-112). Amsterdam: Boom.
- Younggren, J.N., Fisher, M.A., Foote, W.E., & Hjelt, S.E. (2011). A legal and ethical review of patient responsibilities and psychotherapist duties. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 160-168. doi:10.1037/a0023142
- Younggren, J.N., & Gottlieb, M.C. (2008). Termination and abandonment: History, risk, and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 498-504. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.5.498>

Personalia

Koen Korevaar werkt als klinisch psycholoog en gedragstherapeut voor The Human Link (Antwerpen). Hij doceert beroepsethiek en klinische psychologie binnen de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Thomas More-hogeschool.

E-mail: koen.korevaar@thomasmore.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.