

klinische psychologie

Themanummer: Beroepsethiek en deontologie

21

Het evenwicht tussen
vertrouwelijkheid en
multidisciplinaire
samenwerking

*Carl Defreyne, Marie Jenet en
Lauren Van den Berghe*

38

Minder dwang?
Over ethiek, onzekerheid
en macht in de
geestelijke
gezondheidszorg

Evi Verbeke

30

De klinische casus als
complex geval: spreken
en schrijven over wat
geheim moet blijven

Reitske Meganck

45

Vier problematische
argumenten in de
discussie over
euthanasie bij
psychisch lijden

Abe Geldhof

TIJDSCHRIFT

klinische psychologie

Tijdschrift Klinische Psychologie – TKP

56(3) | juli – september 2026

© Gompel&Svacina | ISSN 1378-8647

Initiatief

Dit tijdschrift is een initiatief van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen – VVKP.

Hoofredacteur

Johan Vereycken

johan.vereycken@hotmail.com

Eindredacteur

Jos Delimon

Redactiesecretariaat

Tin Siegers

Anna Van Ranstplein 1 bus 03.01, 2800 Mechelen

tin.siegers@telenet.be

Kernredactie

Karl Andriessen, Bart Colson, Lien Faelens,
Ernst Koster, Axel Liégeois, Eva Rens, Loes Stukken,
Giovanni Timmermans, Kasia Uzieblo, Frank Van
Holen

Redactie

Laurence Claes, Glenn Kiekens, Kris Van den
Broeck

Inzending kopij

Wilt u ook een bijdrage schrijven? Stuur dan uw kopij per e-mail naar de hoofredacteur en het redactiesecretariaat. De redactie streeft ernaar om u binnen een maand te laten weten of de bijdrage kan worden geplaatst. Een toelichting bij de verschillende rubrieken en auteursrichtlijnen kunt u downloaden op de website www.tkp-psychologie.eu/schrijf_mee/

Abonnementen

SP Abonneeservice

Postbus 105, NL-2400 AC Alphen aan den Rijn

Tel. BE: 0032 (0)25888745

Tel. NL: 0031 (0)172476085

E-mail: TKP@Spabonneeservice.nl

Tarieven 2026

- Particulier abonnement online: € 81,65
- Particulier abonnement papier: € 91,95
- Particulier abonnement papier + online: € 128,10
- Instellingsabonnement papier + IP online: € 275,85
- Los nummer: € 25,- + € 4,95 verzending

Abonneren kan door te mailen naar

TKP@Spabonneeservice.nl.

Of vul het formulier in op de website www.tkp-psychologie.eu onder 'abonneren'.

Het tijdschrift verschijnt vier keer per jaar.

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan en gelden voor de lopende jaargang, m.i.v. de reeds verschenen nummers van die jaargang (die worden nagezonden). Daarna wordt het abonnement stilzwijgend met een jaar verlengd.

Een abonnement kan jaarlijks worden opgezegd vóór 1 december van de lopende jaargang.

Rechten

Gompel&Svacina en de respectieve auteurs.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt, op welke wijze ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder de auteursnaam opgenomen artikelen of van de advertenties.

Verantwoordelijk uitgever

Stephan Svacina

Gompel&Svacina Uitgevers

Timmerwerfstraat 40, B-2000 Antwerpen

www.gompel-svacina.eu

info@gompel-svacina.eu

Inhoud

jaargang 56 – nummer 3 – september 2026



REDACTIONEEL

- 2 Beroepsethiek en deontologie voor klinisch psychologen
Axel Liégeois

ARTIKELS

- 4 Reflecties na twintig jaar werken rond ethiek en deontologie
Karel De Witte
- 13 Methodes voor moreel beraad
Axel Liégeois
- 21 Het evenwicht tussen vertrouwelijkheid en multidisciplinaire samenwerking
Informatie-uitwisseling tussen psychologen en artsen
Carl Defreyne, Marie Jenet & Lauren Van den Berghe
- 30 De klinische casus als complex geval: spreken en schrijven over wat geheim moet blijven
Reitske Meganck

- 38 Minder dwang?
Over ethiek, onzekerheid en macht in de geestelijke gezondheidszorg
Evi Verbeke
- 45 Vier problematische argumenten in de discussie over euthanasie bij psychisch lijden
Abe Geldhof
- 53 Liefde en bewustwording als fundamenteën van ethisch handelen
Mia Leijssen

BOEKBESPREKING

- 60 Wanneer trauma het verhaal van een kind breekt
Erik de Soir



Beroepsethiek en deontologie voor klinisch psychologen

Axel Liégeois, ethicus en emeritus hoogleraar KU Leuven

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 2-3

Het *Tijdschrift Klinische Psychologie* kent een lange traditie van het aanbieden van een rubriek over deontologie of beroepsethiek. Op deze manier biedt het tijdschrift ondersteuning aan klinisch psychologen wanneer ze voor moeilijke ethische keuzes komen te staan.

Dit engagement heeft geleid tot een themanummer over beroepsethiek of deontologie. Uiteraard bestaat er al een rijke literatuur over dit onderwerp, maar wat dit themanummer uniek maakt, is dat het is geschreven door Vlaamse auteurs, van wie de meesten klinisch psycholoog zijn. Wat in een internationale context is geschreven, is niet altijd zomaar toepasbaar op de Vlaamse realiteit, of moet in het licht van die context opnieuw worden geïnterpreteerd. Dit themanummer richt zich op thema's en biedt invalshoeken die relevant zijn voor de praktijk van klinisch psychologen in Vlaanderen.

Maar wat houden deontologie en beroepsethiek precies in, en wat is het verschil tussen beide? En hoe verhouden ze zich tot ethiek in algemene zin en tot het recht? Ethiek is een

kritische en methodische reflectie op wat goed, waardevol of verantwoord is in het menselijk handelen. Deze reflectie is gebaseerd op principes, waarden, deugden en dialoog. Ze is niet vrijblijvend, maar wel vrijwillig.

Het recht gaat ook uit van principes en formuleert op basis daarvan wetten die normen en gedragsregels voor het menselijk handelen voorschrijven, zodat er in de samenleving orde, veiligheid en rechtvaardigheid heersen. Een belangrijk verschil met ethiek is dat de voorschriften afdwingbaar zijn en dat er sancties staan op het overtreden van de regels.

Beroepsethiek of professionele ethiek is een toegepaste vorm van ethiek. Het gaat om een kritische en methodische reflectie op de praktijk van een specifieke beroepsgroep, zoals klinisch psychologen, en is dus ook gebaseerd op principes en waarden, deugden en dialoog. Net als ethiek in het algemeen kan beroepsethiek niet worden afgedwongen.

Deontologie is een complex begrip. In de eerste plaats verwijst het naar een stroming binnen

mia.leijssen@kuleuven.be

de ethiek die de nadruk legt op de kwaliteiten van de handeling zelf, en minder op de gevolgen of motieven. Deontologie verwijst echter in de tweede plaats naar beroepsethiek. Deontologie is in deze zin een specifieke vorm of onderdeel van de beroepsethiek die normen en gedragsregels voor de beroepsuitoefening voorschrijft. Dit is vastgelegd in een ethische code. Hier neigt deontologie naar de juridische manier van denken. De regels van de code zijn nauwkeurig omschreven en zijn niet vrijblijvend. Ze zijn afdwingbaar binnen het beroep. Een deontologische commissie, zoals de Psychologencommissie, stelt de regels van de code op, ziet toe op de naleving ervan, behandelt klachten, zet bemiddeling in gang en kan sancties opleggen. Bovendien is de ethische code voor psychologen vastgelegd in een koninklijk besluit, wat het juridische karakter en de bindende kracht ervan versterkt.

Beroepsethiek en deontologie worden vaak door elkaar gebruikt, maar beroepsethiek heeft in feite een bredere reikwijdte dan deontologie. Dat is een goede zaak: niet alles kan worden vastgelegd in gedragsregels, en niet elk soort gedrag hoeft te worden gecontroleerd. Beroepsethiek omvat deontologie in de vorm van een code, maar biedt een breder ethisch denkkader over het professioneel gedrag van klinisch psychologen. Beroepsethiek is een breed vakgebied en kan verschillende invalshoeken omvatten.

Deze breedte komt tot uiting in de verscheidenheid aan artikels in dit themanummer: ze hebben een meer algemeen ethisch karakter, of staan dicht bij de deontologische code, of verwijzen sterk naar het recht, of zijn duidelijk beïnvloed door een psychologische stroming, of bevatten een combinatie van deze accenten. Dit is de rijkdom van dit themanummer.

Het nummer begint met twee meer algemene artikels. In het eerste reflecteert Karel De Witte op de deontologische code en blikt hij terug op twintig jaar intensieve betrokkenheid bij ethiek en deontologie van psychologen. Axel Liégeois houdt een pleidooi voor moreel beraad als een methode voor ethische reflectie die klinisch psychologen in staat stelt om zelf na te denken over concrete vragen of casussen.

Dan volgen twee artikels over het delen van informatie. Carl Defreyne, Marie Jenet en Lauren Van den Berghe zoeken naar een evenwicht tussen vertrouwen en samenwerking wanneer huisartsen en klinisch psychologen informatie uitwisselen. Reitske Meganck ziet een spanningsveld tussen spreken en zwijgen wanneer psychologen klinische casussen presenteren in het kader van kennisontwikkeling. Haar benadering is gebaseerd op een psychoanalytische geïnspireerde ethiek die ook de volgende twee auteurs toepassen. Evi Verbeke stelt dat dwang niet louter verbonden is met specifieke maatregelen, maar met de manier waarop hulpverleners omgaan met onzekerheid, macht en de vraag wat goede zorg is. Abe Geldhof analyseert vier argumenten die de complexe klinische realiteit van euthanasie bij psychisch lijden te sterk vereenvoudigen en pleit voor aanwezigheid, terughoudendheid en relationele verantwoordelijkheid.

Ten slotte stelt Mia Leijssen dat normen en regels te weinig houvast bieden en adviseert om het professioneel handelen te baseren op specifieke vormen van liefde, met aandacht voor de fysieke, sociale, psychische en spirituele aspecten van het menselijk bestaan.

Reflecties na twintig jaar werken rond ethiek en deontologie

Karel De Witte

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 4-12

Inleiding

In dit artikel reflecteer ik over de laatste twintig jaar betrokkenheid bij ethiek en deontologie van psychologen. In 2004 werd ik gevraagd de cursus Beroepsethiek aan de KU Leuven over te nemen van collega Mia Leijssen. Voordeel was dat er al een degelijke cursus bestond, verschenen als boek, namelijk *Gids beroepsethiek* (Leijssen, 2005). In 2010 werd ik emeritus en werd ik aangezocht om voorzitter van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP) te worden. Vanuit die functie raakte ik tevens betrokken bij de Psychologencommissie waarvan ik een aantal jaren secretaris was. Nadien was ik nog bestuurslid van de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP) en voorzitter van het Overlegplatform Ordes en Instituten van de Federatie van Vrije Beroepen. Op dit ogenblik draag ik geen enkele verantwoordelijkheid meer, noch bij verenigingen van psychologen, noch bij de Psychologencommissie. Dit biedt mij de ruimte om vrij te reflecteren over de afgelopen twintig jaren.

Dit is geen wetenschappelijk artikel. Begin 2026 leverden de zoektermen “deontology” en “psychologist” via Google Scholar 18.000 artikelen op. Er is dus zeker voldoende literatuur en onderzoek voorhanden over deontologie. Dit artikel is eerder een afscheidsbrief of een soort erfenis voor de volgende generatie op basis van mijn ervaringen. Als organisatiepsycholoog zal ik in deze bijdrage regelmatig theoretische kaders vanuit dat onderzoeksdomein gebruiken.

Hoe deontologie en ethiek in de dagelijkse praktijk hanteren?

Tijdens mijn loopbaan als organisatieadviseur en professor werd ik nu en dan geconfronteerd met ethische problemen. Ik kon steeds terecht bij collega's om samen te bespreken wat mogelijke opties en hun gevolgen waren. Welke partijen zijn er betrokken? Hoe verhouden deze partijen zich tot elkaar? Wat speelt er allemaal?

mia.leijssen@kuleuven.be

Wat werd reeds geprobeerd? Met welke beperkingen dienen we rekening te houden?

Bij het doceren van de cursus Beroepsethiek – verplicht vak voor alle studenten van het derde bachelorjaar psychologie aan de KU Leuven – koos ik zowel tijdens de lessen als voor het examen voor casussen waarbij studenten gevraagd werd (tijdens de cursus in groep, voor het examen individueel) te reflecteren over hoe ethisch en deontologisch het best te handelen in een specifieke situatie. Door gedurende vijf jaar de cursus te doceren, verdiepte ik mij verder in deontologie en ethiek.

Binnen de BFP was er een deontologische commissie, voorgezeten door Pierre Nederlandt (tevens voorzitter Standing Committee on Ethics van de European Federation of Psychologists' Associations [EFPA]). Psychologen vroegen regelmatig advies als ze geconfronteerd werden met ethische uitdagingen en op dat domein leverde de deontologische commissie van de BFP nuttig werk. Maar als voorzitter van de BFP werd ik ook geconfronteerd met klachten (van soms wel dertig pagina's) van cliënten over het handelen van psychologen, met een duidelijke vraag tot actie. Maar welke acties kon de BFP ondernemen? Het Reglement van Inwendige Orde van de BFP voorzag onder andere in de mogelijkheid om leden te schrappen. Maar klachten gingen vaak over psychologen die geen lid waren van de BFP en een psycholoog kon na schrapping als lid van de BFP gewoon verder blijven werken en kon zich als psycholoog presenteren mits ingeschreven bij de Psychologencommissie. De impact van de besluiten van de deontologische commissie en de BFP waren erg beperkt. Klagers moesten doorgestuurd worden naar de rechtbanken om daar een burgerlijke of strafrechtelijke klacht

neer te leggen. Een formele klacht formuleren is geen gemakkelijke zaak en vergt het inschakelen van een advocaat, met de kosten daaraan verbonden.

De wijziging van de wet op de titelbescherming van de psycholoog van december 2013 (Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie [FOD EKME], 2014b) waarin voorzien wordt in tuchtinstanties is zeker een goede zaak voor de cliënten van de psychologen. De tuchtprocedure wordt duidelijk beschreven (Psychologencommissie, z.j.-c) en er is de mogelijkheid om online een klachtenformulier in te dienen (Psychologencommissie, z.j.-b). Dit gemak heeft echter een keerzijde. In de jaarverslagen van de Psychologencommissie (https://www.compsy.be/nl_BE/publications) is terug te vinden hoeveel klachten er in de loop der jaren werden ingediend. Veel klachten werden echter ongegrond verklaard. Sommige cliënten zijn onvoldoende op de hoogte van wat psychologen al dan niet mogen doen en klagen psychologen aan omdat ze zich deontologisch correct gedragen. Een voorbeeld hiervan is het niet delen van informatie over wilsbekwame kinderen met de ouders, die deze informatie wel graag willen krijgen. Het – tot nog toe – ontbreken van een onderzoeksprocedure maakt dat iedere ingediende klacht (mits aan enkele ontvankelijkheidsvoorwaarden wordt voldaan) door de tuchtraad moet behandeld worden. Met de wetswijziging in 2024 (FOD EKME) is intussen wel voorzien in de tussenkomst van een juridisch assessor om de ontvankelijkheid van een klacht in een vroeg stadium te beoordelen alvorens die wordt voorgelegd aan de tuchtraad.

Zowel in België als in Nederland is de deontologische code gebaseerd op de *Meta-code of ethics*

mia.leijssen@kuleuven.be

van de EFPA (2005), maar de klachtenbehandeling is verschillend. Het boek *Bij de psycholoog* (Van der Heijden et al., 2024, pp. 188-189) bevat informatie over klachtenbehandeling in Nederland en Vlaanderen. En op de webstie van de VVKP is uitgebreide informatie te vinden over de deontologische richtlijnen (<https://vvkp.be/dossiers/deontologie-van-klinisch-psychologen>). Dit alles moet zowel de psycholoog als zijn cliënt concrete handvatten bieden om ethisch en deontologisch verantwoord handelen te toetsen.

Inspiratiebronnen voor deontologische en ethische reflectie?

Voor de tuchtinstanties was het belangrijk dat er één duidelijke deontologische code kwam waarop zij hun uitspraken kunnen baseren. In *Tien jaar deontologische code* (De Witte, 2025) heb ik het ontwikkelingsproces van de code beschreven. Maar hoewel er maar één officiële code voor psychologen is, kan men zich veel breder laten inspireren ten behoeve van ethische reflectie en handelen. In 2021 werd een overzicht van deontologische richtlijnen voor psychologen gemaakt (zie: <https://vvkp.be/overzicht-deontologische-richtlijnen-voor-psychologen>). Deze verschillende codes leggen accenten vanuit hun specifieke benaderingen en bieden concrete hulp.

De erkenning van de klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep betekende dat wetgeving (zoals de wet patiëntenrechten en de kwaliteitswet) richtinggevend werd voor het gedrag van psychologen. Zowel Europese wetgeving (onder andere het Europees Verdrag inzake de

Rechten van het Kind) als de Belgische wetgeving bevatten veel richtlijnen waaraan psychologen geacht worden zich te houden. Daarom publiceerde de Psychologencommissie een codex, *Psychologie, recht en deontologie* (Hausman et al., 2020), die de belangrijkste wetgeving – relevant voor psychologen – bundelt.

De publicatie van de deontologische code voor psychologen in april 2014 (FOD EKME, 2014a) was slechts een eerste stap. Kort na de publicatie werd de Psychologencommissie versterkt met enkele medewerkers die vragen beantwoordden en richtlijnen op het gebied van ethisch en deontologisch handelen uitwerkten. Hiermee leverden ze een belangrijke bijdrage aan de ondersteuning van psychologen. Maar omdat het beantwoorden van vragen erg veel tijd vroeg, werd aan de beroepsverenigingen gevraagd om individuele vragen te beantwoorden, zodat de Psychologencommissie zich op de grote lijnen kon richten. In de loop van de jaren was ikzelf betrokken bij het beantwoorden van een vijfhonderdtal vragen. Sinds enkele jaren behandelt de Psychologencommissie opnieuw individuele vragen van psychologen, maar ook van cliënten, studenten, enzovoort. Op deze wijze houdt ze goed voeling met welke problemen psychologen geconfronteerd worden en kan ze op basis hiervan ondersteuning bieden via de website en webinars.

De jaarverslagen van de Psychologencommissie (https://www.compsy.be/nl_BE/publications) bevatten informatie over het aantal en het soort vragen dat door psychologen en cliënten van psychologen gesteld werden en over hoe vaak de website over deontologische vragen geraadpleegd werd. Hoewel er in de loop der jaren geen systematische rapportering heeft plaatsgevonden, laat het aantal vragen

mia.leijssen@kuleuven.be

en het almaar groeiend aantal keren dat de website geraadpleegd werd zien dat de Psychologencommissie een belangrijke ondersteuning biedt aan het ethisch en deontologisch redeneren van psychologen. Tevens weerspiegelt het aantal vragen en bezoeken aan de website dat psychologen actief op zoek gaan naar informatie om hun ethische reflectie te onderbouwen. Ik had regelmatig contact met vertegenwoordigers van ethische comités van andere verenigingen. Daaruit werd duidelijk dat ook zij een belangrijke ondersteuning op dit terrein bieden.

De vragen die aan mij gesteld werden, waren in 95% van de gevallen vragen om een second opinion. De psychologen hadden reeds de info op de website van de Psychologencommissie geraadpleegd, hadden het probleem voorgelegd tijdens supervisie, intervisie, besproken met collega's van de groepspraktijk of afdeling (met respect voor de regels betreffende het gedeelde beroepsgeheim), maar wilden zeker zijn dat ze geen elementen over het hoofd zagen. Gezien de complexiteit van de situaties was een telefonisch overleg het meest aangewezen.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er heel veel bronnen zijn waarop men het ethisch en deontologisch redeneren kan baseren. In wat volgt bespreek ik enkele zaken die vanuit mijn ervaring relevant zijn.

Tunnelvisie of helikopterblik¹

Er ontstaan problemen wanneer men dreigt meegezogen te worden in een tunnelvisie. Het kan gaan om de psycholoog zelf (bijvoorbeeld:

ik zal mij steeds strikt houden aan het ouderlijk gezag), de cliënt (bijvoorbeeld: ik wil een kopie van mijn dossier), of door een andere instantie zoals politie of advocaat (bijvoorbeeld: opvragen van een dossier). Er worden duidelijke grenzen en/of eisen gesteld en er wordt van uitgegaan dat deze gerespecteerd worden. Als behandelend psycholoog wordt men in het nauw gedreven.

Artikel 2 van de deontologische code (FOD EKME, 2014a) stelt dat "de bepalingen van deze code een verklarend en geen beperkend karakter [hebben]. Ze kunnen bij analogie worden toegepast". De richtlijnen van de code kunnen dus niet als beperking gezien worden. In datzelfde perspectief stelt artikel 25 dat de psycholoog "een middelenverbintenis [opneemt] en geen resultaatsverbintenis". Gezien de complexiteit van de situaties en de medewerking van verschillende partijen is een resultaatsverbintenis niet mogelijk. Het is daarom belangrijk de situatie zo volledig en goed mogelijk in kaart te brengen met behulp van collega's. "Als er een ethische vraag in het kader van zijn beroepsuitoefening wordt opgeworpen probeert de psycholoog een geschikte oplossing te bedenken. Indien nodig raadpleegt hij zijn vakgenoten die hem, met naleving van het beroepsgeheim, hulp zullen verlenen" (art. 36).

Enerzijds is het te begrijpen dat wanneer men onzeker is – wat soms het geval is indien men al eens voor de tuchtraad moest verschijnen – men graag duidelijke richtlijnen krijgt. Zo werd regelmatig gevraagd waarom de leeftijd van wilsbekwaamheid niet duidelijker omljnd is. Het is echter duidelijk dat sommige jongeren, geconfronteerd met een moeilijke gezinssituatie en geholpen door vrienden, leerkrachten

mia.leijssen@kuleuven.be

en/of hulpverleners, die ernstig gereflecteerd hebben over hun situatie wel degelijk wilsbekwaam zijn in vergelijking met iemand die opgegroeid is in een warm gezin waar alles goed geregeld werd en het niet levensnoodzakelijk was om zelf na te denken en de eigen wilsbekwaamheid te ontwikkelen.

Opvallend was dat het antwoord van juristen die ik raadpleegde en vroeg welke uitspraak ik van een rechter zou kunnen verwachten in een bepaalde situatie, steeds luidde: we kunnen dit geenszins voorspellen. De rechter zal het geheel bekijken en met alle aspecten van de situatie rekening houden in zijn oordeel. Alhoewel het juridisch perspectief natuurlijk anders is dan het ethisch-deontologische, is hier sprake van een helikopterblik.

De werkgroep die de code ontwikkelde, zocht naar een evenwicht tussen duidelijke richtlijnen en respect voor de diversiteit van situaties. Hierbij zij opgemerkt dat de deontologische code van de American Psychological Association (APA; 2017) 89 artikels, verdeeld in 10 secties telt, terwijl onze deontologische code 51 artikelen en 5 secties bevat. Tijdens de uitwerking van de code stelden we ons bijvoorbeeld de vraag of het nodig was iets op te nemen over het aangaan van een relatie door een psycholoog met iemand die eerder bij hem of haar in therapie was. We raadpleegden de APA-code. Artikel 10.08 Sexual Intimacies with Former Therapy Clients/Patients stelt dat "(a) psychologists do not engage in sexual intimacies with former clients/patients for at least two years after cessation or termination of therapy". We stelden ons de vraag: kan men hier echt een termijn voor bepalen? De werkgroep vond van niet en daarom werd er in onze deontologische code hierover geen artikel opgenomen. Eigen-

lijk blijkt ook uit de APA-code dat zo'n grens moeilijk te bepalen is, want in lid (b) van hetzelfde artikel worden zeven voorwaarden opgesomd waaraan moet worden voldaan als men na de termijn van twee jaar een relatie wil aangaan. Dit maakt duidelijk dat men het geheel moet bekijken.

De uitdagingen in onderling overleg onderzoeken

Vanuit de helikopter krijgt men zicht op de betrokken partijen en dat kunnen er soms veel zijn, zoals bij jongeren: de behandelend psycholoog, de ouders, eventueel plusouders, zussen en broers, leerkrachten, medewerkers van het Centrum Leerlingenbegeleiding en/of Centrum Algemeen Welzijn, medeleerlingen, de schooldirectie, enzovoort. Organisatiepsychologen pleiten voor multipartijenoverleg en deden onderzoek hoe dit kan werken. Volgens mij een nuttige invalshoek. In de meeste situaties blijken de betrokken partijen bereid om samen te zoeken naar wat een goede aanpak kan zijn, die zowel inhoudelijk als ethisch correct is.

Het inschatten of er acuut gevaar dreigt – iemand dreigt met zelfmoord of bedreigt iemand anders – is vaak problematisch. Er bestaan tools voor risicotaxatie, maar de meeste psychologen hebben daar onvoldoende ervaring mee. Daarom werden psychologen doorverwezen naar de Zelfmoordlijn 1813, het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling of het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. Deze centra zijn gespecialiseerd in dit soort problemen en kunnen inhoudelijk en ethisch-deontologisch psychologen ondersteunen.

mia.leijssen@kuleuven.be

Maar het moge duidelijk zijn dat er niet één algemeen aanvaard kader bestaat. In de rechtsleer bestaan er bijvoorbeeld over het beroepsgeheim heel verschillende opinies. Zo voelde ik mij na het lezen van het boek *Beroepsgeheim en hulpverlening* (Van Der Straete & Put, 2005) hulpeloos. Als er al zo'n grote meningsverschillen zijn tussen rechtsgeleerden, waarop moet ik mij dan baseren? Iedereen heeft waarden, een achtergrond en overtuigingen. Iedereen is uniek, zo werd mij vele malen duidelijk gemaakt als adviseur en onderzoeker. En elkeen verandert in de loop van de tijd en naargelang de omstandigheden. De uitdaging bestaat erin om rekening houdend met de waarden en overtuigingen van alle betrokkenen te zoeken naar oplossingen. Zo herinner ik mij een psycholoog die vertelde dat hij in een situatie strikt deontologisch misschien in de fout zou gaan en dat hij dan een probleem zou kunnen hebben, maar ethisch gezien zijn cliënt niet aan zijn lot wilde overlaten.

Zonder dat er sprake is van een formele media-tie, is het bemiddelen tussen betrokkenen het meest aangewezen. Gelukkig bieden meerdere instanties denkroutes aan die men kan hantieren in complexe situaties. Denk hierbij aan de *Wegwijzers* die het Instituut voor Sociaal Recht (z.j.) aanbiedt, de richtlijnen *Beroepsgeheim voor jeugdhulpverleners in de Integrale Jeugdhulp* van het steunpunt Mens en Samenleving (z.j.) en de *Handleiding bij de meldcode partnergeweld* (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2021). Het is natuurlijk een onmogelijke opgave om de inhoud van deze handvatten steeds paraat te hebben, maar wel is het belangrijk dat men het bestaan ervan kent, zodat men ze te gepasten tijde kan raadplegen.

Wat als onderling overleg niet meer mogelijk is?

De grootste problemen doen zich voor wanneer overleg tussen betrokkenen onmogelijk blijkt. Er wordt niet meer bemiddeld, maar gestreden voor het eigen gelijk. Sommige partijen schakelen dan advocaten in die alles uit de kast halen voor hun cliënt. Zo meldde iemand zich sterk geïntimideerd te voelen door het gedrag van een advocaat. Men moet in dit soort situaties er zeker voor zorgen dat men zelf geen betrokken partij wordt. Zo kan de brochure *Therapie voor een kind* van het Kinderrechtencommissariaat (2018), waarin beschreven wordt welke wegen men kan bewandelen om optimale kansen voor het kind te garanderen, in specifieke gevallen zeer waardevol zijn.

Verschillende keren werden psychologen geconfronteerd met het opvragen van dossiers. Op het eerste gezicht lijkt dit eenvoudig. De Wet betreffende de rechten van de patiënt (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002) vermeldt duidelijk dat een cliënt recht heeft op een kopie van zijn dossier. Zelfs de termijn en de kostprijs worden vermeld. Maar wat als de psycholoog vermoedt dat het verzoek niet van de cliënt zelf komt en de suggestie om een afspraak te maken om het dossier in te zien en een kopie mee te nemen wordt genegeerd? Dankzij de oplettendheid van de betrokken psychologen zijn in een aantal gevallen de dossiers niet in verkeerde handen terechtgekomen.

mia.leijssen@kuleuven.be

Behoeft de deontologische code een evaluatie?

Het is de vraag of een evaluatie na meer dan tien jaar nuttig zou zijn. Er zijn heel wat thema's die bij het opstellen van de deontologische code niet actueel waren, zoals grensoverschrijdende zorg (zowel binnen als buiten de Europese Unie), digitale psychologische zorg, het elektronisch patiëntendossier en transdisciplinaire samenwerking, sociale media en hulpverleners, ervaringsdeskundigen, enzovoort.

De basisprincipes van de deontologische code blijven echter overeind. Eerder dan investeren in het herschrijven van de deontologische code zou ik pleiten voor het verder uitwerken van adviezen ten aanzien van deze (nieuwe) domeinen door de Psychologencommissie en de verschillende beroepsverenigingen. Voor sommige thema's, zoals publiciteit en sociale media, ervaart de studiedienst van de Psychologencommissie dat de deontologische code en andere bronnen soms onvoldoende houvast bieden om een goed onderbouwd advies te formuleren. Is dit een teken dat de deontologische code aan 'hernieuwing' toe is, of eerder dat we – als psychologen, juristen en maatschappij – nog te weinig ervaring hebben met deze thema's?

Bij het uitwerken van adviezen is het de vraag of dit opnieuw enkel een interne aangelegenheid moet zijn op basis van zelfregulering (zoals duidelijk weergegeven in het Jaarverslag 2017 van de Psychologencommissie [z.j.-a]), dan wel dat het aangewezen is anderen hierbij te betrekken, waarbij ik denk aan het Vlaams Patiëntenplatform, ervaringsdeskundigen, de Orde der artsen, advocaten, andere beroepsgroepen zoals psychiaters, psychologisch con-

sulenten, orthopedagogen, verpleegkundigen. Zelf lijkt mij een adviesraad voor het uitwerken van deontologische adviezen, waarbij externe vertegenwoordigers (permanent of in functie van het thema) betrokken worden, aangevoerd.

Is én wettelijk, én deontologisch, én ethisch correct handelen soms een onmogelijke opdracht?

Dit is de vraag die ik mij blijf stellen na twintig jaar betrokkenheid bij het ethisch correct handelen van psychologen! De complexiteit van personen en situaties is – gelukkig niet altijd – zo groot dat het een enorme uitdaging blijft om te handelen in overeenstemming met de eigen waarden en die van andere betrokkenen. Soms vroeg ik mij af of ik niet enorm tekortschoot aangezien ik onvoldoende klinisch geschoold was en de problemen van de cliënt soms een grote rol spelen, zoals personen met een autismespectrumstoornis die zaken strikt geregeld wilden hebben. Het is altijd essentieel dat men beroep kan doen op collega's, psychologenverenigingen en andere instanties om zaken af te wegen. En naast inhoudelijke ondersteuning is in complexe situaties emotionele ondersteuning even belangrijk. Waar het eerste eerder een opdracht is voor de Psychologencommissie, is het tweede meer een opdracht voor de beroepsverenigingen. Ten slotte is het belangrijk dat in het portofolio van iedere psycholoog bijscholing op het gebied van ethiek wordt opgenomen.

mia.leijssen@kuleuven.be

Noot

1. Voor een definitie en beschrijving van ‘helikopterblik’ zie: <https://www.carrieretijger.nl/functioneren/professionele-vaardigheden/helikopterview>

Literatuur

- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics>
- De Witte, K. (2025). Tien jaar deontologische code: bouwsteen voor ethisch professioneel handelen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 55(2), 4-11.
- European Federation of Psychologists' Associations. (2005). *Meta-code of ethics*. <https://www.efpa.eu/resource/meta-code-of-ethics>
- Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2014a). 2 april 2014. Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog. *Belgisch Staatsblad*, 16 mei 2014.
- Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2014b). 21 december 2013. Wet tot wijziging van de wet van 8 november 1993 tot bescherming van de titel van psycholoog. *Belgisch Staatsblad*, 4 februari 2014.
- Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2024). 16 mei 2024. – Wet houdende wijziging van de wet van 8 november 1993 tot bescherming van de titel van psycholoog. *Belgisch Staatsblad*, 3 juni 2024.
- Hausman, J.-M., Laloo, J., Salomez, L., & Verbeke, C. (Red.). (2020). *Psychologie, recht en deontologie: regelgeving & rechtspraak*. Anthémis.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2021). *Handleiding bij de meldcode partnergeweld*. https://figvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/138_-_handleiding_meldcode_partnergeweld.pdf
- Instituut voor Sociaal Recht. (z.j.). *Beroepsgeheim en hulpverlening*. <https://www.law.kuleuven.be/isr/beroepsgeheim>.
- Kinderrechtencommissariaat. (2018). *Therapie voor een kind zonder toestemming van beide ouders?* <https://www.vlaanderen.be/publicaties/therapie-voor-een-kind-zonder-toestemming-van-beide-ouders>.
- Leijssen, M. (2005). *Gids beroepsethiek: waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening*. Acco.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (2002). 22 augustus 2002. – Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad*, 26 september 2002.
- Psychologencommissie. (z.j.-a). *Jaarverslag 2017*. https://www.compsy.be/nl_BE/publications.
- Psychologencommissie. (z.j.-b). *Klachtenformulier*. https://www.compsy.be/nl_BE/complaint.
- Psychologencommissie. (z.j.-c). *Tuchtprocedure*. https://www.compsy.be/nl_BE/for-patients-3/tuchtprocedure-6.
- Steunpunt Mens en Samenleving. (z.j.). *Beroepsgeheim voor jeugdhulpverleners in de Integratie Jeugdhulp*. https://www.samvzw.be/sites/default/files/Publicaties/SAM_affiche%20BG_2020-HR_def.pdf.
- Van der Heijden, P., Claes, L., & Witteman, C. (2024). *Bij de psycholoog: vind je weg in de psychologische hulpverlening*. Nieuwezijds.
- Van Der Straete, I., & Put, J. (2005). *Beroepsgeheim en hulpverlening*. die Keure.

mia.leijssen@kuleuven.be

Personalia

Karel De Witte is emeritus hoofddocent organisatie- en personeelspsychologie aan de KU Leuven en was voorzitter van de Belgische Federatie van Psychologen, secretaris van de Psychologencommissie en bestuurslid van de VVKP.

E-mail: karel.dewitte@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.



Methodes voor moreel beraad

Axel Liégeois

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 13–20

Inleiding

Klinisch psychologen worden in hun praktijk geconfronteerd met veel ethische vragen. Soms vinden ze snel een antwoord vanuit hun morele intuïtie. Soms leidt een vraag tot 'morele stress' als ze niet weten hoe ze het beste met een bepaalde kwestie kunnen omgaan of als omstandigheden hen verhinderen om te doen wat zij als goed beschouwen. In die situaties kunnen psychologen zoeken naar intercollegiale toetsing of intervisie, maar ze kunnen ook een beroep doen op specifieke ethische ondersteuning. Om het concreet te maken, beginnen we met een casus.

Marc vertelt aan zijn psychologe Marie over het seksueel misbruik in zijn kinderjaren. Zij meent dat hij dit misbruik nog niet heeft verwerkt en maakt zich grote zorgen over zijn houding tegenover zijn zoontje. Daarom wil ze dat Marc zijn vrouw over het misbruik vertelt, zodat ze alert kan zijn op zijn gedrag en zo nodig kan ingrijpen. Marc vindt echter dat het misbruik hem niet meer raakt en wil niet dat zijn vrouw hiervan op de hoogte is.

Hoe kan de psychologe omgaan met de spanning tussen haar moreel aanvoelen en de wil van haar cliënt? Ze kan zoeken naar ethische ondersteuning, zoals ethische advisering of 'moreel beraad' (Liégeois, 2024).

Ethische advisering en moreel beraad

De meest voorkomende vorm van ondersteuning is het vragen van ethisch advies. Dit kan bij een ethicus of, in de context van een zorgorganisatie, bij een commissie voor ethiek. De ethicus of commissie geeft dan advies aan de psycholoog, die het vrijstaat om het advies op te volgen. Het voordeel van deze aanpak is dat de ethicus of de commissie met een zekere afstand en een grote deskundigheid over de ethische kwestie nadenkt. Ze kunnen inzichten putten uit deontologische richtlijnen, wettelijke voorschriften en ethische adviesteksten. Het nadeel is dat de ethicus en de commissie slechts beperkte kennis hebben van de betrokken personen, hun levensverhaal

mia.leijssen@kuleuven.be

en context. Bovendien heeft de psycholoog die het advies ontvangt niet zelf deelgenomen aan het afwegingsproces dat ertoe heeft geleid. Dit laatste is erg belangrijk om de argumenten te begrijpen en gemotiveerd te zijn om het advies uit te voeren.

Een recentere vorm van ethiekondersteuning is moreel beraad. Dit is een gestructureerd en gezamenlijk overleg tussen zorgprofessionals, en eventueel cliënten of naastbetrokkenen, over een concrete ethische vraag uit de praktijk, meestal aan de hand van een casus. Het overleg is gebaseerd op een ethische methode en heeft als doel tot beter doordachte en moreel verantwoorde keuzes te komen. Moreel beraad kan ook worden toegepast wanneer een psycholoog met een ethische vraag worstelt. In de casus kunnen Marie, een ethicus en collega-zorgprofessionals samen een proces van ethische reflectie voeren. De ondersteuning bestaat erin dat de ethicus het proces leidt en daarbij een methode voor moreel beraad hanteert. Een dergelijk proces kan al gauw een uur tot anderhalf uur duren, afhankelijk van het aantal deelnemers en de complexiteit van de problematiek. Het welslagen van het moreel beraad hangt af van de openheid van de deelnemers en de ethische kwaliteit van de inbreng. Het voordeel van moreel beraad is dat Marie het hele proces van ethische overweging doorloopt, zelf tot ethisch inzicht komt, de argumenten voor en tegen afweegt, en gemotiveerd is om het ethisch besluit uit te voeren. Dit is een vorm van ethisch empowerment.

Het is wel essentieel dat het bij moreel beraad daadwerkelijk om een ethische vraag gaat (De Bree & Veening, 2021). Niet alle vragen zijn ethisch van aard. Kennisvragen hebben betrekking op feiten of wetenschappelijke inzichten,

zoals de vraag wat de huidige psychologische problemen van Marc zijn. Praktische vragen gaan over hoe bepaalde zaken concreet uit te voeren, zoals de vraag hoe de vrouw van Marc kan ingrijpen als zijn gedrag gevaarlijk wordt. Ethische vragen daarentegen gaan over de verantwoording van wat men doet (Liégeois, 2019). Is wat we doen goed, waardevol, verantwoord of gerechtvaardigd? Een gesloten ethische vraag onderzoekt of het goed of verantwoord is op een bepaalde wijze te handelen: is het verantwoord dat Marie de vrouw van Marc inlicht over het misbruik? Een open ethische vraag zoekt naar wat het best mogelijke is binnen een reeks handelingsopties: hoe kan Marie zo goed mogelijk omgaan met het potentieel risicovolle gedrag van Marc? Zowel open als gesloten ethische vragen kunnen zinvol zijn, zolang de vraag specifiek ethisch van aard is en geen kennisvraag of praktische vraag is.

Er bestaan veel methodes voor moreel beraad. In dit artikel stellen we er drie voor, twee Nederlandse: de Dilemmamethode en het Utrechtse stappenplan, en één Vlaamse: 'Waarden in dialoog'. Er zijn uiteraard nog veel andere methodes (Van Dartel & Molewijk, 2014). We stellen ons het moreel beraad voor met de volgende deelnemers: Marie, de ethisch gespreksleider en enkele collega's van Marie.

Dilemmamethode

In deze methode staat het dilemma centraal, de keuze of de tweestrijd tussen twee opties die elkaar uitsluiten. Er zijn verschillende varianten van deze methode, maar de meest toonaangevende is ontwikkeld in het Universitair Medisch Centrum Amsterdam onder lei-

mia.leijssen@kuleuven.be

ding van Guy Widdershoven en Bert Molewijk. De Dilemmamethode bestaat uit de volgende stappen (Stolper et al, 2014).

1. Introductie

Bij het begin van het moreel beraad geeft de ethisch gespreksleider een korte inleiding over de methode.

2. Presentatie van de casus

Dan stelt Marie de casus over Marc voor aan de hand van de feiten en handelingen, en van haar beleving. Ze bepaalt ook het zogenaamde 'hittepunt', het moment waarop het dilemma het meest speelde.

3. Formulering van het dilemma en de achterliggende morele vraag

Op basis hiervan formuleren de deelnemers de twee tegengestelde opties: informeren of niet informeren. Hieruit leiden ze een gesloten morele vraag af: moet Marie de vrouw van Marc inlichten? Ze benoemen ook de schade die ontstaat wanneer een bepaalde optie niet wordt uitgevoerd.

4. Verplaatsing door middel van verhelderingsvragen

Vervolgens stellen de deelnemers verhelderingsvragen aan Marie om zich goed te kunnen verplaatsen en in te leven in haar situatie. Ze vragen naar de feiten en handelingen, en naar haar beleving.

5. Perspectieven, waarden en normen

In de volgende stap formuleren de deelnemers de waarden en de normen die een rol spelen in het dilemma vanuit het perspectief van de verschillende betrokken partijen. Hierbij zijn er drie mogelijkheden: het perspectief van de betrokkenen in de casus, namelijk Marc, zijn vrouw en zoontje; het perspectief van de deelnemers aan het moreel beraad, dus Marie en de andere deelnemers; en beide perspectie-

ven samen. Ze brengen al deze waarden en normen in kaart, waarbij duidelijk wordt welke waarden en normen in het dilemma met elkaar in conflict komen.

6. Alternatieven

Daarna zoeken de deelnemers op creatieve wijze naar alternatieve handelingsmogelijkheden, naast de opties uit het dilemma, zoals het informeren van zijn vrouw na een grondige bespreking van de redenen hiervoor met Marc.

7. Individueel beargumenteerde afweging

In de volgende stap komen de deelnemers tot een individueel beargumenteerde afweging. Iedereen maakt een keuze uit de twee opties of kiest voor een alternatief. Daarbij geven ze duidelijk aan welke waarde of norm hun keuze motiveert, maar ook welke waarde of norm door die keuze geschaad wordt, wat ze kunnen doen om die schade te beperken en wat ze nodig hebben om die keuze te realiseren.

8. Dialoog over overeenkomsten en verschillen

Vervolgens gaan de deelnemers in dialoog over de overeenkomsten en verschillen in hun individuele afwegingen. Ze onderzoeken wat ze kunnen leren van elkaars afwegingen en argumentaties, en welke nieuwe vragen er worden opgeroepen.

9. Conclusies en acties

Op basis daarvan wordt een gezamenlijk antwoord op de morele vraag van Marie geformuleerd en bepaald welke concrete acties moeten worden ondernomen.

10. Afronding en evaluatie

Ten slotte volgt de afronding en evaluatie van zowel het antwoord als het beraad.

mia.leijssen@kuleuven.be

Utrechts stappenplan

Het Utrechtse stappenplan is ontwikkeld aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. De methode is in de loop van de tijd verder ontwikkeld, en de meest recente formulering is die van Naomi van Steenberg en Carla Kessler. De methode bestaat uit de volgende fasen en stappen (Van Steenberg & Kessler, 2025).

Fase 1: Explicitering

1. Welke feitelijke informatie ontbreekt op dit moment?
Eerst vertelt Marie haar verhaal en dan stellen de andere deelnemers vragen over feiten die relevant zijn voor een beter begrip van de casus.
2. Wat is de morele vraag?
Daarna formuleren de deelnemers een morele vraag. De vorm is steeds de vraag of een bepaalde handeling goed is. Zo komen ze tot een gesloten morele vraag: is het goed dat Marie de vrouw van Marc inlicht?
3. Welke handelingsmogelijkheden zijn er op het eerste gezicht?
De deelnemers beantwoorden de vraag; op het eerste gezicht zijn er slechts twee handelingsmogelijkheden: ja of nee. Die twee mogelijkheden zijn voldoende voor de fase van explicitering en worden tijdens het proces uitgewerkt.

Fase 2: Analyse

4. Wie zijn bij de morele vraag betrokken?
Een eerste stap in de analyse is het identificeren van de betrokken partijen die een

gerechtvaardigd belang hebben bij de te nemen beslissing. Dit zijn Marc, zijn vrouw, zijn zoontje en Marie. Het is belangrijk om rekening te houden met alle perspectieven.

5. Welke argumenten zijn relevant voor het beantwoorden van de morele vraag?

Daarna verzamelen de deelnemers alle argumenten die kunnen dienen om een bepaalde keuze als antwoord op de morele vraag te rechtvaardigen. Ze geven een zo volledig mogelijk overzicht van alle argumenten die relevant zijn voor de ja- en voor de neeoptie bij het informeren van de vrouw van Marc, en dit vanuit de verschillende perspectieven van de genoemde partijen.

Fase 3: Afweging

6. Wat is het gewicht van de argumenten in deze casus?
Vervolgens komen de deelnemers tot een afweging door het gewicht van de argumenten te bepalen. Elke deelnemer geeft aan welk argument voor hem of haar doorslaggevend is en legt uit waarom; de andere deelnemers kunnen hierop reageren. Ze kijken ook naar de argumenten die weinig of geen gewicht krijgen, en naar de kwaliteit van de argumenten.
7. Welke handelingsmogelijkheid verdient op grond van deze afweging de voorkeur?
Nu komen de deelnemers tot een gemotiveerd antwoord op de morele vraag. Ze hebben alle argumenten afgewogen. Eerst formuleren ze individueel hun antwoord en motivatie, en maken vervolgens een inventarisatie. Ze bespreken de antwoorden. In deze fase worden vaak nog relevante argumenten ontdekt en komt men tot nieu-

mia.leijssen@kuleuven.be

we creatieve inzichten. Op basis daarvan kan Marie haar beslissing nemen.

Fase 4: Afronding

8. Hoe voeren we de handeling waartoe we besloten hebben uit?
Ter afronding maken de deelnemers afspraken wie welke concrete handelingen uitvoert.
9. Welke nieuwe verantwoordelijkheden vloeien voort uit het morele besluit?
Ten slotte bespreken de deelnemers welke nieuwe verplichtingen en verantwoordelijkheden uit het besluit volgen. Dit is ongetwijfeld voor Marie van toepassing.

Waarden in dialoog

De methode 'Waarden in dialoog' vindt haar oorsprong in de zorgethiek en personalistische ethiek aan de KU Leuven en steunt op inzichten uit de ethische traditie. Ze werd ontwikkeld door de auteur van dit artikel en omvat de volgende fasen en vragen (Liégeois, 2019).

Vorbereiding

1. Wat is de situatie?
In de voorbereidende fase schetst Marie de situatie, stellen de deelnemers informatieve vragen en maken ze een korte, verkennende analyse.
2. Wat is je eerste intuïtie bij de situatie?
Dan spreken de deelnemers hun eerste morele intuïtie bij de casus uit, en uiten zo ook hun emoties. Die intuïtie bevat veel

wijsheid en vormt de drijfveer van het moreel beraad. Het beraad is als het ware een transformatie van de intuïtie.

3. Welke grondhoudingen zijn belangrijk?
Vervolgens nemen de deelnemers ethische belangrijke grondhoudingen aan, omdat die de kwaliteit van reflectie en handelingen bepalen: openstaan met aandacht en mildheid, zich verhouden met betrokkenheid en respect, beslissen met verantwoordelijkheid en wijsheid, handelen met integriteit en moed, en reflecteren met zelfreflectie en zingerichtheid.
4. Wie zijn de betrokkenen in de dialoog?
De voorbereidende fase eindigt met het bepalen van de betrokkenen die verantwoordelijkheid in de dialoog dragen. Dit zijn Marie, Marc, zijn vrouw, zijn zoontje en de hele maatschappij. De drie voorbereidende elementen van intuïtie, grondhoudingen en dialoog blijven het hele proces van moreel beraad beïnvloeden.

Analyse

5. Wat is de ethische vraag?
In de analytische fase formuleren de deelnemers eerst een precieze ethische vraag over de verantwoording van het handelen. Dit kan een gesloten vraag zijn, zoals of Marie de vrouw van Marc al dan niet moet inlichten. Heel interessant is een open vraag: hoe kan Marie zo goed mogelijk omgaan met het potentieel risicovolle gedrag van Marc?
6. Wat zijn de motieven, handelingsmogelijkheden en effecten?
Daarna maken de deelnemers een grondige ethische analyse. Hiervoor combineren ze twee zaken. Ze analyseren drie ethische

mia.leijssen@kuleuven.be

analyse-elementen: ze verhelderen de motieven, zoeken naar handelingsmogelijkheden en schatten de effecten in. Ze analyseren deze drie elementen vanuit het perspectief van de betrokkenen: Marie, Marc, zijn vrouw, zijn zoontje en de maatschappij. Ze kunnen de betrokkenen vooraf consulteren, of als dat niet mogelijk is, proberen ze zich gezamenlijk in hun perspectief in te leven. De combinatie van analyse-elementen en perspectieven leidt tot een grote hoeveelheid inzichten en verruimt het eigen perspectief.

Evaluatie

7. Welke intuïtie of optie past bij de ethische vraag?

Om de vele inzichten uit deze analyse opnieuw tot synthese te brengen, spreken de deelnemers in de evaluatieve fase hun morele intuïtie bij de ethische vraag uit. Ze brengen deze intuïties samen in één of meerdere opties, die kunnen bestaan uit een combinatie van onderling samenhangende acties. Elke optie evalueren ze vervolgens aan de hand van normen en waarden.

8. Hoe de normen zo goed mogelijk te respecteren?

Eerst verduidelijken de deelnemers welke juridische, deontologische, ethische en organisatorische normen in het geding zijn. Telkens als een optie botst met een norm, onderzoeken ze hoe die optie mogelijk bij te sturen is om beter met de norm rekening te houden.

9. Hoe de waarden zo goed mogelijk te bevorderen?

De belangrijkste ethische evaluatie is een waardentoets op basis van een kader

van fundamentele waarden: traditionele waarden als zorgverlening en beschermwaardigheid; emancipatorische waarden zoals autonomie, privacy en welbevinden; maatschappelijke waarden als participatie, rechtvaardigheid en duurzaamheid; relationele waarden zoals vertrouwen en solidariteit; en eventueel een cultureel-levensbeschouwelijke waarde (Liégeois, 2023). De deelnemers beoordelen individueel hoe deze waarden worden gerespecteerd of geschonden voor de betrokkenen. Dan vergelijken en beargumenteren ze hun beoordelingen. Waar waarden worden geschonden, zoeken ze hoe ze de optie kunnen bijsturen, zodat de waarden positiever kunnen worden geëvalueerd.

10. Is er een redelijke verhouding tussen de waarden?

Tot slot maken de deelnemers een globale evaluatie van alle waarden. Hoe is het onderliggende waardenpatroon van de optie? In welke mate is er een redelijke of proportionele verhouding tussen de waarden die gerespecteerd en deze die geschonden worden? Als er een waarde geschonden wordt, hoe kan dit verantwoord worden vanuit het geheel van de waarden die gerespecteerd worden?

Besluit

11. Wat is de beslissing?

Op basis van de opties en de toets aan de normen en waarden, kan Marie tot een gefundeerde beslissing komen.

12. Hoe de beslissing uit te voeren?

Marie gaat na hoe de beslissing uit te voeren en na verloop van tijd kan een nieuw proces van moreel beraad nodig zijn.

mia.leijssen@kuleuven.be

Bespreking van de methodes

De drie methodes voor moreel beraad vertonen sterke overeenkomsten in hun opbouw. Het zijn immers analytische of oplossingsgerichte benaderingen. We kunnen ze vergelijken aan de hand van drie algemene fases: beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming (De Bree & Veening, 2021).

De beeldvorming in de Dilemmamethode omvat de eerste vier stappen: introductie, casus, vraag en verplaatsing. Het Utrechtse stappenplan begint ook met vier stappen: informatie, vraag, handelingsmogelijkheden en betrokkenen. In 'Waarden in dialoog' bestaat de beeldvorming uit vijf vragen over de casus, intuïtie, grondhoudingen, dialoog en ethische vraag. Overeenkomsten zijn dat ze uitgaan van de casus of informatie, de ethische vraag stellen, en aandacht besteden aan de perspectieven van de verschillende betrokkenen partijen. Alle methodes hechten groot belang aan de dialoog, de verschillende betrokken partijen en de verscheidenheid van perspectieven. Twee methodes bevatten al een eerste verkenning, met name het Utrechtse stappenplan met het zoeken naar handelingsmogelijkheden op het eerste gezicht, en 'Waarden in dialoog' met het uitspreken van de eerste intuïtie. Een opvallend verschil is dat alleen de methode 'Waarden in dialoog' werkt met open ethische vragen, een centrale rol toekent aan intuïtie en aandacht heeft voor grondhoudingen.

De oordeelsvorming wordt in elk van de drie methodes anders ingevuld. De Dilemmamethode werkt met waarden en normen in de vijfde en zesde stap: het formuleren van waarden en normen vanuit het perspectief

van de verschillende betrokken partijen, en het zoeken naar alternatieven. Het Utrechtse stappenplan gebruikt in de vijfde en zesde stap argumenten: een overzicht maken van de argumenten voor en tegen elk van de twee opties, en het gewicht van de argumenten bepalen. 'Waarden in dialoog' werkt in de zesde vraag met drie eigen analyse-elementen: motieven verhelderen, handelingsmogelijkheden zoeken en effecten inschatten, en dit vanuit het perspectief van de betrokken partijen.

Ook de besluitvorming verschilt tussen de drie methodes. Dit gebeurt steeds in de laatste vier stappen. Bij de Dilemmamethode is er een individuele afweging van de waarden en normen in de opties, gevolgd door een gezamenlijke bespreking en afweging, om tot een besluit en evaluatie te komen. In het Utrechtse stappenplan wordt het antwoord eerst individueel en dan gezamenlijk geformuleerd en gemotiveerd, gevolgd door de uitvoering op basis van verantwoordelijkheden. In 'Waarden in dialoog' worden de intuïties samengebracht in een optie, die daarna getoetst wordt aan normen en vervolgens aan waarden aan de hand van een individuele en gezamenlijke waardentoets, om zo te komen tot een besluit. Opvallend is dat er in elke methode zowel een individuele als een gezamenlijke afweging is, wat heel verrijkend werkt.

Een cruciaal verschil tussen de methodes is het inhoudelijke houvast dat ze bieden. De Nederlandse methodes steunen volledig op de inbreng van de deelnemers: waarden en normen in de Dilemmamethode, en argumenten in het Utrechtse stappenplan. Om persoonlijke voorkeuren te beperken en blinde vlekken te voorkomen werkt 'Waarden in dialoog' met een ethisch referentiekader als een spiegel voor

mia.leijssen@kuleuven.be

het denkproces: een combinatie van drie analyse-elementen, een kader van grondhoudingen, een toets aan de bestaande normen, maar vooral een waardentoets op basis van een kader van fundamentele waarden. Dit maakt dat de methode 'Waarden in dialoog' meer ethische ondersteuning biedt, maar daardoor ook complexer is dan de andere methodes.

Besluit

Als psychologe Marie een ethische vraag heeft bij haar therapeutische praktijk, kan ze een ethisch advies vragen dat haar met grote deskundigheid wordt verstrekt. Marie kan ook vragen om een moreel beraad om samen met

een ethisch gespreksleider en collega's zelf het proces van ethische reflectie te doorlopen en tot eigen ethisch inzicht te komen. Hiervoor kan ze gebruikmaken van een verscheidenheid van methodes voor moreel beraad. Het is een taak van de Psychologencommissie en van de beroepsverenigingen om klinisch psychologen dergelijke ethische ondersteuning te bieden.

We hebben drie analytische methodes voor moreel beraad besproken. Alle drie hebben ze een vergelijkbare opbouw, maar ze verschillen in hun werkwijze: met gesloten of open vragen, met argumenten of met waarden en normen, op basis van eigen inbreng of vanuit referentiekaders. Welk methode het meest geschikt is, hangt af van de voorkeur van de deelnemers en de ethisch gespreksleider.

Literatuur

- De Bree, M., & Veening, E. (2021). *Handleiding moreel beraad: praktische gids voor zorgprofessionals*. Van Gorcum.
- Liégeois, A. (2019). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. LannooCampus.
- Liégeois, A. (2023). Waarden in de psychotherapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 53(4), 264-275.
- Liégeois, A. (2024). Ethiekondersteuning in zorgvoorzieningen. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg*, 80(3), 401-408. <https://doi.org/10.47671/TVG.80.24.013>
- Stolper, M., Widdershoven, G., & Molewijk, B. (2014). De dilemmamethode. In H. Van Dartel & B. Molewijk (Red.), *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 81-95). Boom.
- Van Dartel, H., & Molewijk, B. (Red.). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Boom.
- Van Steenberghe, N., & Kessler, C. (2025). *Ethiek in de praktijk*. Van Gorcum.

Personalia

Axel Liégeois is emeritus hoogleraar met opdracht aan KU Leuven en actief als ethicus in de geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn.
E-mail: axel.liegeois@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeeld.



Het evenwicht tussen vertrouwelijkheid en multidisciplinaire samenwerking

Informatie-uitwisseling tussen psychologen en artsen

Carl Defreyne, Marie Jenet & Lauren Van den Berghe

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 21-29

Inleiding

Ondanks de erkenning van de klinisch psycholoog als autonoom gezondheidszorgberoep in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG; Kancelarij van de Eerste Minister, 2015), blijft er een hardnekkige perceptiekloof bestaan die in de praktijk een hiërarchische ondergeschiktheid aan de arts suggereert. Dit artikel onderzoekt deze specifieke spanning binnen de multidisciplinaire samenwerking met huisartsen – een samenwerkingsvorm waarin zowel de psycholoog als de arts hun eigen methodes, perspectief en verantwoordelijkheid behouden en vanuit hun eigen invalshoek en professionele expertise een bijdrage leveren. De focus ligt

daarbij op de informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim.

Juridisch kader

Sinds de wetswijziging in 2016 staan beide vakgebieden op gelijke voet en is er in principe sprake van een gelijkwaardige wisselwerking. De klinisch psycholoog kan een beroep doen op de expertise van een huisarts, en de huisarts kan steunen op de vakkennis van een klinisch psycholoog. Het feit dat de WUG van 2015 verduidelijkt dat een klinisch psycholoog niet onderhevig is aan het toezicht van een arts, draagt bij tot een grotere toegankelijkheid

mia.leijssen@kuleuven.be

van de klinisch psychologische gezondheidszorg.

Hoewel de hervorming van 2016 de formele hiërarchische barrières heeft doorbroken, wordt de huisarts in de maatschappelijke opinie nog vaak gezien als de traditionele ‘poortwachter’ voor de toegang tot zowel de fysieke als de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daarbij rijzen een aantal vragen over fundamentele zaken, zoals het beroepsgeheim, doorverwijzingen, bijhouden van het patiëntendossier, verwerking van gezondheidsgegevens, enzovoort.

Autonome uitoefening van het beroep

De WUG definieert de uitoefening van de klinische psychologie als volgt:

Onder de uitoefening van de klinische psychologie wordt verstaan het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, bij een mens en in een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, de preventie, het onderzoek, het opsporen of het stellen van een psychodiagnose van echt dan wel ingebeeld psychisch of psychosomatisch lijden en die persoon te behandelen of te begeleiden. (Kanselarij van de Eerste Minister, 2015, art. 68/1, § 3)

Vóór deze wetswijziging kon de klinische psychologie wettelijk niet autonoom worden uitgeoefend zonder dat men beschikte over een “wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde”, en werd de autonome uitoefening ervan zonder dit diploma beschouwd als “onwettige uitoefening van de geneeskunde”. Het zelfstandig stellen of uitvoeren van een

behandeling van een psychische aandoening was voorbehouden aan personen die beschikten over voormeld diploma (Koninklijk besluit [KB] nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, 1967, zoals geciteerd in Vlaams Artsensyndicaat, z.j.). Het KB nr. 78 bepaalt ook dat het observeren, herkennen en vastleggen van de gezondheidsstatus op psychisch en sociaal vlak onder de uitoefening van de verpleegkunde valt. Hierdoor namen artsen destijds een hiërarchisch hogere positie in dan klinisch psychologen.

Wettelijk kader van het patiëntendossier

De Wet betreffende de rechten van de patiënt dateert van 2002 (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu). Eén van de belangrijkste rechten vervat in deze wet is het recht van een patiënt op alle informatie die betrekking heeft op diens gezondheidstoestand. Daarbij gaat het in deze context van persoonsgegevens over gezondheidsgegevens, die door gezondheidszorgbeoefenaars op zorgvuldige wijze moeten worden bijgehouden in een patiëntendossier. Dit is in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), die iedere persoon het recht geeft om kennis te nemen van elke verwerking van zijn of haar persoonsgegevens. Helaas bevat de wet betreffende de patiëntenrechten geen definitie van het begrip ‘patiëntendossier’ en welke gegevens daaronder vallen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017). Hoewel deze wet geen onderscheid maakt tussen medische en psychologische gegevens in het patiëntendossier, zijn er in de praktijk doorgaans meerdere dossiers over een patiënt bij verschillende zorg-

mia.leijssen@kuleuven.be

verleners, en een globaal medisch dossier bij de huisarts.

Naast het recht op inzage van het patiënten-dossier, waar binnen vijftien dagen na het indienen van het verzoek daartoe gevolg aan moet worden gegeven door de gezondheidszorgbeoefenaar, heeft de patiënt ook recht op toelichting over de inhoud ervan.

Belangrijk bij dit alles is de toevoeging dat een gezondheidszorgbeoefenaar moet weigeren een afschrift van het patiëntendossier te verstrekken aan de patiënt of een derde partij, wanneer de gezondheidszorgbeoefenaar over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier met derden te delen.

Daarnaast is er de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (kwaliteitswet; Federale Overheidsdienst [FOD] Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019). Deze wet bepaalt in artikel 33 welke elementen in het dossier verplicht moeten worden opgenomen en in artikel 35 dat de gezondheidszorgbeoefenaar het dossier ten minste dertig jaar en maximaal vijftig jaar moet bewaren. Ook bepaalt de kwaliteitswet dat een patiënt het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de gezondheidszorgbeoefenaar. De patiënt heeft evenwel altijd het recht om een tussenkomst te weigeren of om de toestemming in te trekken. Dit is ook van toepassing op communicatie tussen gezondheidszorgbeoefenaars in het kader van het gedeeld beroepsgeheim, zoals bepaald in de artikelen 36, 37 en 38 van deze wet.

Wettelijk en deontologisch kader van het beroepsgeheim en de discretieplicht

Het beroepsgeheim is een van de belangrijkste werkinstrumenten van een psycholoog en een basisvoorwaarde voor een duurzame vertrouwensrelatie. Het beroepsgeheim werd opgenomen in het Strafwetboek (1867, art. 458) en is eveneens terug te vinden in het eerste deel van de deontologische code voor psychologen (FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, 2018). Het doel van het beroepsgeheim is om het vertrouwen te bevorderen van de cliënt/patiënt in de psycholoog en in het beroep van psycholoog in het algemeen. De inhoud van het beroepsgeheim omvat alles wat de psycholoog verneemt tijdens de uitoefening van zijn beroep.

Het beroepsgeheim beschermt drie belangrijke waarden: 1. de individuele belangen en privacy van de cliënt/patiënt, 2. de beroepsbelangen die de psycholoog helpen de opdracht tot een goed einde te brengen, en 3. het publieke en maatschappelijke belang, door bij te dragen aan een zorgzame, rechtvaardige en mentaal gezonde samenleving.

Ook het gedeeld beroepsgeheim beschermt deze waarden, maar laat toe dat een psycholoog in bepaalde omstandigheden beschermde informatie kan delen met andere hulpverleners om de doeltreffendheid van de hulpverlening te verbeteren in het belang van de cliënt/patiënt (deontologische code, art.14; kwaliteitswet, art. 36, 37 en 38). Het gedeeld beroepsgeheim is vanuit deontologische invalshoek onderworpen aan een aantal cumulatieve voorwaarden. De psycholoog moet de cliënt/patiënt vooraf inlichten en de toestemming

mia.leijssen@kuleuven.be

bekomen voor het uitwisselen van informatie, de gegevensuitwisseling gebeurt in het belang van de cliënt/patiënt, de gegevensuitwisseling beperkt zich tot wat strikt noodzakelijk is, en de informatie wordt enkel gedeeld met personen die eveneens aan het beroepsgeheim gebonden zijn en handelen in het kader van dezelfde opdracht.

Ook zijn psychologen onderworpen aan de discretieplicht, die zijn oorsprong vindt in artikel 5 van de deontologische code. De discretieplicht voor psychologen houdt in dat zij vertrouwelijk omgaan met informatie die ze tijdens hun werkzaamheden over cliënten te horen krijgen. Dit betekent dat ze deze informatie niet mogen delen met derden, tenzij er sprake is van een wettelijke uitzondering (bijvoorbeeld een noodtoestand) of wanneer de cliënt hiervoor expliciet toestemming heeft gegeven.

Huisarts als poortwachter?

Een huisarts is een in de eerstelijnsgezondheidszorg gespecialiseerde arts die fungeert als eerste aanspreekpunt voor patiënten met uiteenlopende gezondheidsproblemen – zowel lichamelijk als psychisch. Als gevolg vervult de huisarts een centrale rol in het zorgtraject. Deze positie als verwijzer betekent dat de huisarts vaak degene is die klachten onderzoekt, een eerste diagnose stelt en, indien nodig, doorverwijst naar gespecialiseerde zorg.

Doordat klinisch psychologen in het KB nr. 78 van 10 november 1967 en tot 2015 in de WUG niet werden genoemd, hadden zij in een strikt

juridisch kader geen autonoom behandelingsrecht binnen de gezondheidszorg. Psychologische handelingen – zeker in een medische context – werden juridisch gezien geplaatst binnen de bevoegdheid van artsen, waardoor samenwerking of supervisie door een arts vaak noodzakelijk was. Zoals blijkt uit een rapport uit 2016 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, versterkte ook de terugbetalingsstructuur van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) dit: aanvankelijk werd psychologische zorg niet structureel terugbetaald, tenzij deze zorg kaderde binnen een specifiek medisch gecoördineerd traject, bijvoorbeeld in het kader van de behandeling van een chronisch vermoeidheidssyndroom of van rookstopprogramma's (Kohn et al., 2016).

Bij lichamelijke klachten is deze hiërarchische benadering voor veel mensen vanzelfsprekend: de huisarts bepaalt welke onderzoeken en behandelingen aangewezen zijn en verwijst door naar de juiste zorgverlener, zoals een kinesist. Maar ook bij psychische problemen fungeert de huisarts vaak als eerste filter, onder meer doordat psychologische zorg in België lange tijd beperkt of enkel via een medische doorverwijzing toegankelijk was.

De blijvende aanwezigheid van het *de facto* poortwachtersmodel beïnvloedt hoe patiënten, zorgverleners en beleidsmakers kijken naar de samenwerking binnen de gezondheidszorg. Enerzijds zorgt het voor structuur, continuïteit en coördinatie in het zorgtraject. Anderzijds kan het, zeker bij de ggz, leiden tot de perceptie dat andere professionele disciplines minder autonomie hebben. Zo riskeert hoognodige psychologische hulpverlening in veel gevallen vertraging op te lopen wegens het feit dat het

mia.leijssen@kuleuven.be

consulteren van de huisarts dikwijls een extra drempel is voor verdere, gespecialiseerde zorg, die men eigenlijk zonder tussenstap kan opzoeken. Ook impliceert een dergelijke tussenstap in veel gevallen financiële gevolgen die men zoveel mogelijk wil vermijden.

Samenwerking huisarts en klinisch psycholoog

De samenwerking tussen huisarts en klinisch psycholoog wordt vaak beïnvloed door hardnekkige percepties, maar verschilt duidelijk van andere samenwerkingsvormen (zoals in het ziekenhuis, binnen een huisartsenpraktijk of in trajecten met een psychiater).

Hoewel het gedeeld beroepsgeheim altijd geldt, variëren de modaliteiten van informatie-uitwisseling naargelang de context. In dit artikel ligt de nadruk op de informatie-uitwisseling tussen huisarts en klinisch psycholoog. Deze keuze is ingegeven door de centrale positie van de huisarts in het zorgtraject en de begeleiding van de patiënt, waardoor de interactie tussen beide beroepsgroepen bijzonder relevant is om te analyseren.

Wat houdt de uitwisseling tussen de huisarts en de klinisch psycholoog in?

De uitwisseling van informatie tussen gezondheidszorgprofessionals vindt noodzakelijkerwijs plaats binnen het kader van de deontologische code, met name het beroepsgeheim en het gedeeld beroepsgeheim. Vanuit het standpunt van de klinisch psycholoog is bijzondere

omzichtigheid geboden: de gegevens waartoe hij toegang heeft, behoren vaak tot de intieme sfeer van de patiënt en kunnen betrekking hebben op zaken die nooit eerder werden besproken. Daarom moet elke informatie-uitwisseling 'in het belang van de patiënt' worden afgewogen in het licht van de specifieke rol van de psycholoog en de bijzondere aard van de informatie waarover deze beschikt.

Het respect voor het gedeeld beroepsgeheim

Conform de regels van het gedeeld beroepsgeheim moet de overdracht van informatie strikt beperkt blijven tot wat noodzakelijk en relevant is. Deze eis van proportionaliteit impliceert dat er bij elke stap van het proces vooraf overlegd wordt met de patiënt. De patiënt moet kunnen aangeven wat hij of zij nuttig acht om aan de huisarts te communiceren, zodat dit eventueel in het globaal medisch dossier kan worden opgenomen, en wat hij of zij liever vertrouwelijk of privé houdt. Het globaal medisch dossier bundelt alle medische gegevens van een patiënt en wordt beheerd door de huisarts (RIZIV, z.j.-a).

Aangezien artsen en andere zorgverleners niet altijd voldoende vertrouwd zijn met de problematiek rond geestelijke gezondheid, de impact ervan en de mogelijke stigmatisering, moet de psycholoog zorgvuldig nadenken over de manier waarop hij communiceert, welke woorden hij gebruikt en welk effect deze kunnen hebben. De psycholoog moet ervan op de hoogte zijn dat de gedeelde informatie hoogstwaarschijnlijk in het (globaal) medisch dossier van de patiënt zal terechtkomen, wat ook andere zorgverleners kunnen consulteren.

mia.leijssen@kuleuven.be

Het doel van het delen van informatie is niet volledigheid, maar de klinische relevantie ervan. Het delen is bedoeld om de huisarts in staat te stellen over de essentiële elementen te beschikken voor een samenhangende en kwalitatieve zorgverlening, terwijl de vertrouwelijkheid die de patiënt bij een klinisch psycholoog geniet, wordt behouden. Bovendien kan, wanneer de huisarts de verwijzer is, een gerichte terugkoppeling worden verwacht om de continuïteit van de zorg te waarborgen. De kwaliteit van de multidisciplinaire samenwerking, gebaseerd op vertrouwen en complementariteit van benaderingen (en niet op hiërarchie), is een bepalende factor voor de kwaliteit van het globale zorgtraject: iedere professional brengt zijn eigen expertise en perspectief in het belang van de patiënt in. Indien de patiënt niet wil dat informatie met de huisarts wordt gedeeld, dan is het belangrijk zijn of haar wens te respecteren.

De voorwaarden van de uitwisseling

De vorm van de uitwisseling kan variëren afhankelijk van de klinische situatie en de geïdentificeerde behoeften. Het kan gaan om een beknopt schriftelijk verslag dat aan de patiënt wordt overhandigd, zodat hij of zij zelf de houder blijft en zelf beslist of het aan de behandelend arts wordt gegeven. Deze werkwijze versterkt de autonomie van de patiënt en bevordert de transparantie.

Directe communicatie tussen professionals is relevant, vooral in geval van klinische noodzaak of om redenen van de gezondheid en veiligheid van de patiënt. Deze communicatie veronderstelt evenwel de geïnformeerde toe-

stemming van de patiënt en moet beperkt blijven tot de strikt noodzakelijke en relevante elementen voor de coördinatie van de zorg.

Als een patiënt door een huisarts wordt verwezen naar een klinisch psycholoog, is het begrijpelijk dat de huisarts op de hoogte wil worden gehouden van de evolutie van de patiënt, aangezien de huisarts een algemener medisch beeld van de patiënt heeft. In de meeste gevallen gebeurt dit via een verslag dat door de klinisch psycholoog wordt opgesteld. De RIZIV-conventie (z.j.-b) stelt in dit verband aan geconventioneerde psychologen voor te werken met een zogenaamd functioneel bilan. Aangezien dit een richtlijn is, staat het elke klinisch psycholoog vrij om de vorm van het functioneel bilan zelf te kiezen en op die manier informatie te delen met andere hulpverleners, via het gedeeld beroepsgeheim. Omgekeerd kan ook de klinisch psycholoog baat hebben bij relevante informatie van de huisarts, aangezien deze laatste bijkomende medische en contextuele gegevens kan aanreiken die belangrijk zijn voor een geïntegreerde en afgestemde begeleiding van de patiënt.

De mate van detaillering van dergelijke verslagen, met informatie-uitwisseling als primair doel, hangt af van het samenwerkingsmodel dat de klinisch psycholoog hanteert. Het valt niet te betwisten dat multidisciplinaire samenwerking en informatie-uitwisseling in de meeste gevallen een grote meerwaarde hebben voor zowel de hulpverleners als de patiënten. Niettemin blijven de regels rond het gedeeld beroepsgeheim van toepassing. Informatie-uitwisseling in een multidisciplinaire context moet beperkt blijven tot de strikt noodzakelijke en relevante gegevens die nodig zijn om de doeltreffendheid van het werk te optimaliseren.

mia.leijssen@kuleuven.be

Praktische modaliteiten van communicatie en good practices

In de klinische praktijk rijst onvermijdelijk de vraag hoe informatie-uitwisseling concreet verloopt. De verwachtingen van de huisarts kunnen variëren, en het kan zinvol zijn om deze vooraf te bespreken, omdat dit bijdraagt aan het opbouwen van een netwerk en een vertrouwensrelatie tussen professionals. In de praktijk zijn deze verwachtingen meestal gericht op helderheid, relevantie en klinische bruikbaarheid van de gedeelde informatie. De klinisch psycholoog heeft daarbij de verantwoordelijkheid om, binnen de grenzen van het gedeeld beroepsgeheim en met geïnformeerde toestemming van de patiënt, een proportioneel en zorgvuldig communicatiemodel te hanteren. Dit betekent: enkel delen wat nodig is voor de zorg van de patiënt; niet alles wat in de therapeutische context werd besproken. Het is vaak aangewezen om samen met de patiënt te overleggen welke informatie wel of niet kan worden doorgegeven aan de arts. Zeker wanneer er sprake is van een doorverwijzing door een huisarts, kan informatie-uitwisseling tussen beide professionals gewenst zijn om de zorg van de betrokken patiënt te optimaliseren.

Wat betreft de vorm van communicatie bestaan er verschillende mogelijkheden. In veel gevallen kan een schriftelijke terugkoppeling volstaan, bijvoorbeeld via een beknopt verslag of functioneel bilan, dat de patiënt desgewenst zelf kan overhandigen aan de huisarts. Ook elektronische communicatie – zoals beveiligde e-mail of het gebruik van e-healthplatformen – kan worden ingezet, op voorwaarde dat deze voldoen aan de wettelijke vereisten inzake gegevensbescherming en dat de patiënt correct

werd geïnformeerd over het gebruik daarvan. Dit is belangrijk omdat sommige patiënten niet op de hoogte zijn van dergelijke systemen of van de rechten die zij hebben inzake het geven van toestemming voor informatie-uitwisseling. Wanneer rechtstreekse professionele communicatie nodig is, blijft de voorafgaande toestemming van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde.

Samenvattend kunnen een aantal good practices worden aanbevolen om de samenwerking tussen klinisch psycholoog en huisarts kwalitatief te ondersteunen:

- het respecteren van de autonomie en toestemming van de patiënt bij elke vorm van gegevensuitwisseling;
- het beperken van de gedeelde informatie tot wat klinisch relevant en strikt noodzakelijk is;
- het hanteren van een transparante en respectvolle communicatie tussen zorgverleners, met oog voor de gevoeligheid van psychologische informatie;
- het gebruiken van veilige communicatiemiddelen die voldoen aan de geldende regelgeving inzake privacy- en gegevensbescherming;
- het bevorderen van wederzijds begrip tussen professionals, waarbij ieder zijn eigen expertise inbrengt zonder hiërarchische vooronderstellingen.

Deze praktijken dragen ertoe bij dat multidisciplinaire samenwerking niet enkel juridisch en deontologisch onderbouwd is, maar ook daadwerkelijk bijdraagt aan kwalitatieve en geïntegreerde zorgverlening.

mia.leijssen@kuleuven.be

Conclusie

De samenwerking tussen klinisch psychologen en huisartsen bevindt zich vandaag op het kruispunt van juridische modernisering, historisch gegroeide rolverdelingen en actuele klinische noden. Hoewel klinisch psychologen sinds 2016 beschikken over een autonoom statuut (WUG), blijft de hiërarchische perceptie in de praktijk aanwezig en beïnvloedt deze hoe informatie-uitwisseling en multidisciplinaire samenwerking vorm krijgen. Dit artikel toont aan dat kwalitatieve multidisciplinaire zorg

mogelijk is wanneer vertrouwelijkheid, proportionaliteit en geïnformeerde toestemming centraal staan. Het gedeeld beroepsgeheim biedt hiervoor een duidelijk, maar genuanceerd kader: informatie wordt uitsluitend gedeeld wanneer dit noodzakelijk is voor de zorg, en steeds met respect voor de autonomie van de patiënt en diens akkoord. Door bewust en gericht te communiceren, en elkaars expertise te erkennen, kunnen klinisch psychologen en huisartsen een gelijkwaardige en complementaire samenwerking uitbouwen die zowel juridisch en deontologisch correct, als patiëntgericht is.

Literatuur

- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2017). *Advies het patiëntendossier*. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/20171121-advies-het-patientendossier>
- Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2018). 4 juni 2018. – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 april 2014 tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog. *Belgisch Staatsblad*, 14 juni 2018.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2019). 22 april 2019. – Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Numac 2019041141). *Belgisch Staatsblad*, 14 mei 2019.
- Kanselarij van de Eerste Minister. (2015). 10 mei 2015. – Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. *Belgisch Staatsblad*, 18 juni 2015.
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium* (KCE Reports, 265). Health Services Research. <https://doi.org/10.57598/R265C>
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (2002). 22 augustus 2002. – Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad*, 26 september 2002.
- Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (z.j.-a). *Dankzij een globaal medisch dossier (GMD) kan u goedkoper naar de huisarts*. <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/dankzij-een-globaal-medisch-dossier-gmd-kan-u-goedkoper-naar-de-huisarts>
- Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (z.j.-b). *Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid*. <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>
- Strafwetboek. (1867, 8 juni). <https://wipo.int/edocs/lexdocs/laws/nl/be/be138nl.html>
- Vlaams Artsensyndicaat. (z.j.). 10 november 1967 - Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
- <https://www.vlaamsartsensyndicaat.be/sites/default/files/43/Wetgeving/KB-nr-78/coördinatie-kb-nr-78-uitoefening-van-de-gezondheidszorgberoepen-kb-10-11-1967.pdf>

mia.leijssen@kuleuven.be

Personalia

Carl Defreyne, klinisch psycholoog, is voorzitter van de Psychologencommissie.

E-mail: carl.defreyne@compsy.be

Marie Jenet, klinisch psycholoog, is medewerker bij de studiedienst van de Psychologencommissie.

Lauren Van den Berghe, jurist, is medewerker bij de studiedienst van de Psychologencommissie.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

De klinische casus als complex geval: spreken en schrijven over wat geheim moet blijven

Reitske Meganck

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 30-37

Inleiding

De praktijk van de klinische psychologie en psychotherapie speelt zich af in het spanningsveld tussen spreken en zwijgen. Mensen doen een beroep op een psycholoog omdat er dingen zijn die zij elders niet kunnen of durven uitspreken: ervaringen die te pijnlijk, te beschamend, te verwarrend of te intiem zijn om zonder meer te delen. Een fundamentele voorwaarde voor het psychologisch werk is dan ook dat wat in de behandelkamer wordt gezegd, daar kan blijven. Het beroepsgeheim vormt niet toevallig het eerste hoofdstuk van de deontologische code voor psychologen en is als enig ethisch principe expliciet verankerd in het strafrecht. Het is de hoeksteen van heel wat zorgberoepen en al sinds Hippocrates onderdeel van de eed die artsen afleggen. Toen al was duidelijk dat om het zorgberoep goed te kunnen uitoefenen de patiënt een veilige ruimte moet krijgen om datgene te benoemen

wat hij in de publieke ruimte verborgen houdt. Opdat de patiënt kan spreken, dient de klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog, arts of andere zorgverlener te zwijgen tegenover derden.

Tegelijk is het spreken *over* klinisch werk onlosmakelijk verbonden met het beroep. Klinische kennis wordt niet uitsluitend opgebouwd via abstracte theorie of gestandaardiseerde effectiviteitsstudies, maar ook – en misschien wel in de eerste plaats – via casussen: concrete gevalsbeschrijvingen die laten zien hoe psychopathologie, therapeutische processen en relationele dynamieken zich in de klinische situatie ontfouten. Casuspresentaties vormen een essentieel onderdeel van opleiding, supervisie, intervisie, congressen en wetenschappelijke publicaties. Zonder klinisch materiaal dreigen de klinische psychologie en psychotherapie steriel te worden en de aansluiting bij de praktijk te verliezen.

mia.leijssen@kuleuven.be

Hier tekent zich een fundamenteel spanningsveld af. Hoe kunnen psychologen spreken en schrijven over hun klinisch werk zonder het vertrouwen te ondergraven waarop dat werk rust? Onder welke voorwaarden is het verantwoord om casussen te presenteren in een onderwijscontext, op een congres of in een tijdschrift? Volstaan anonimisering en geïnformeerde toestemming om de privacy van cliënten te beschermen, of schuilen er diepere ethische problemen achter deze ogenschijnlijk duidelijke oplossingen?

In dit artikel wordt betoogd dat het presenteren van klinische casussen geen louter technische of juridische kwestie is, maar een relationele en contextuele ethische praktijk. Anonimisering en toestemming zijn formele voorwaarden, maar bieden op zichzelf geen garantie tegen herkenning, schade of verstoring van het therapeutisch proces. Het spreken over casussen vraagt een voortdurende reflectie op macht, representatie, temporaliteit en verantwoordelijkheid – een reflectie die niet kan worden herleid tot het afvinken van deontologische regels.

Beroepsgeheim en discretieplicht: het normatieve kader

Het belang van vertrouwelijkheid is expliciet verankerd in de deontologische code voor psychologen (Psychologencommissie, 2018). Artikel 5 stelt dat de psycholoog gehouden is tot het beroepsgeheim overeenkomstig artikel 458 van het Strafwetboek en bovendien te allen tijde een discretieplicht heeft, ook wanneer hij of zij activiteiten uitoefent die strikt genomen niet onder het beroepsgeheim vallen. Deze

formulering onderstreept het quasiabsolute karakter van de vertrouwelijkheid als ethisch fundament van het beroep.

In de context van het gedeelde beroepsgeheim wordt dat genuanceerd (art. 14). Met het oog op het verbeteren van zijn werk, kan de psycholoog vertrouwelijke gegevens delen met anderen die eveneens aan het beroepsgeheim gebonden zijn. Daarbij wordt verwacht dat de persoon in kwestie door de hulpverlener op de hoogte wordt gebracht en akkoord gaat, dat het enkel in het belang van de patiënt is en dat de gegevens die gedeeld worden beperkt blijven tot wat echt noodzakelijk is. Hier hebben we het over contexten als supervisie, intervisie, samenwerking in teamverband. Dat neemt niet weg dat ook dit geen makkelijk begaanbaar pad is voor psychologen. Hoe uitgebreid moeten cliënten of patiënten geïnformeerd worden? Wat betekent toestemming hier? Is een algemene en mondelinge toestemming voldoende, of moet precies omschreven worden waarvoor toestemming gegeven wordt, en moet dit herhaaldelijk en formeler? Uiteraard hebben het formaliseren en allerlei procedures ook een effect op de therapeutische relatie. En dat is eventueel een effect dat we niet wenselijk achten. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie waar iemand de veiligheid voelt om zijn binnenwereld te exploreren en de kwetsbaarheid die dat met zich meebrengt te (ver)dragen, vraagt namelijk in de eerste plaats een steunende aanwezigheid van de therapeut en geen procedures of formulieren. In een dergelijk spanningsveld navigeren vraagt van elke therapeut de nodige reflectie om dit in de eigen praktijk in te passen.

Als laatste belangrijke artikel in deze context richt artikel 18 zich expliciet tot psychologen

mia.leijssen@kuleuven.be

met een onderwijs- of vormingsopdracht en stelt dat de discretieplicht en het beroepsgeheim ook daar onverminderd gelden. De presentatie van cliënten in persoon voor louter onderwijsdoeleinden is formeel verboden; audiovisuele illustraties en directe observatie zijn slechts toegestaan onder strikte voorwaarden, waaronder het beschermen van anonimiteit.

Hier lijkt vooral verwezen te worden naar directe presentaties, zoals het tonen of laten horen van opnames. Daarbij wordt ook verwezen naar het belang van het volgen van deontologische regels en dus het handhaven van het beroepsgeheim door alle deelnemers. In die zin kunnen studenten of professionals die een opleiding volgen hier beschouwd worden als gebonden aan een bijzondere vorm van het gedeelde beroepsgeheim.

Opvallend is echter wat *niet* expliciet wordt vermeld. Over het presenteren van casussen in ruimere publieke contexten – congressen, studiedagen, publicaties – zwijgt de deontologische code grotendeels. Dit betekent niet dat deze praktijken deontologisch onprobleematisch zijn, maar wel dat psychologen hier aangewezen zijn op interpretatie, professionele oordeelsvorming en ethische reflectie voorbij expliciete regels.

In de *Ethical principles of psychologists and code of conduct* van de American Psychological Association (2017) wordt hier wel explicieter op ingegaan: in sectie 4.07 wordt gesteld dat psychologen geen identificeerbare informatie over hun patiënten, studenten, onderzoeksparticipanten of wie van hun diensten gebruikmaakt, mogen delen in publicaties, lessen, lezingen of andere publieke media. Dit kan enkel als ze voldoende maatregelen nemen om de identiteit te

verbergen, de persoon of organisatie in kwestie toestemming gaf of waar er een wettelijke grond voor is. Het gebruik van het woord 'of' in de opsomming doet uitschijnen dat één van deze maatregelen voldoende kan zijn.

Als we de Belgische deontologische code extrapoleren, lijken toestemming en het verbergen van identiteit (anonimiseren of pseudonimiseren in General Data Protection Regulation [GDPR]-termen) beide noodzakelijk. Maar dat hiermee de ethische dilemma's rond gevalsbesprekingen in welke context of op welke manier dan ook niet opgelost zijn, moge duidelijk zijn. In al deze richtlijnen wordt hierover slechts in heel algemene termen gesproken. Waar het uiteraard onmogelijk is om allerlei concrete en specifieke situaties in dergelijke richtlijnen op te nemen, probeert men hiermee een complexe situatie af te dekken. Want vanaf wanneer spreken we bijvoorbeeld over het presenteren van casusmateriaal? Betreft dat enkel de volledige uitwerking van een casus en het therapeutisch proces of gaat het ook om een kort vignet waarmee iets geïllustreerd wordt?

De casus als fundament van klinische kennis

Het spreken over casussen is geen randfenomeen, maar raakt aan de kern van de klinische psychologie. Historisch gezien vormen klinische gevalsstudies de grondslag van vrijwel alle therapeutische stromingen. Van Freud tot hedendaagse psychotherapeutische modellen: theorieën zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met het singuliere klinische geval. Ook vandaag blijven casussen onmisbaar in opleiding en vorming. Ze maken abstracte

mia.leijssen@kuleuven.be

concepten concreet, tonen de complexiteit van therapeutische processen en confronteren studenten en professionals met de ambiguïteit en onzekerheid die inherent zijn aan het klinisch werk. Daarnaast zijn ze ook een manier voor de clinicus om over het eigen werk te reflecteren.

Deze centrale plaats van de casus verklaart waarom het spreken en schrijven over eigen klinisch materiaal zo vanzelfsprekend is geworden binnen het beroep. Tegelijk schuilt hierin een paradox. Wat pedagogisch of wetenschappelijk noodzakelijk lijkt, kan ethisch en klinisch problematisch zijn. Deze paradox voelde Freud al scherp aan. Zo schrijft hij in het voorwoord van Dora, één van zijn grote gevalsstudies het volgende:

De publicatie van mijn ziektegeschiedenissen blijft voor mij een moeilijk oplosbaar probleem. (...) Het staat vast dat de patiënten nooit zouden hebben gesproken als ze hadden gedacht aan de mogelijkheid dat hun bekentenissen ten behoeve van de wetenschap zouden worden gebruikt, en het staat evenzeer vast dat het volstrekt vergeefse moeite zou zijn henzelf om toestemming tot publicatie te verzoeken. Fijngevoelige, waarschijnlijk ook vreesachtige naturen zouden onder deze omstandigheden de plicht tot medische discretie op de voorgrond plaatsen en het betreuren dat zij de wetenschap niet de dienst kunnen bewijzen haar op dit punt opheldering te verschaffen. Ik ben evenwel van mening dat de arts niet alleen tegenover de individuele patiënt, maar ook tegenover de wetenschap verplichtingen op zich heeft genomen. (Freud, 1905/2006, pp.124-125)

Freud wijst hier het vragen van toestemming aan de patiënt als mogelijke manier om met dit spanningsveld om te gaan af, maar beschrijft verder wel de maatregelen die hij nam om de

vertrouwelijkheid te beschermen (namen wijzigen, wachten tot de behandeling geruime tijd afgelopen is, patiënt die geen bekende is in zijn omgeving, publiceren in vaktijdschrift). Voor Freuds patiënten bleek dat op lange termijn vergeefse moeite, wat ongetwijfeld samenhangt met zijn bekendheid, maar bij heel wat andere gevalsstudies wordt de identiteit van de patiënt op die manier inderdaad beschermd. Toch rest de vraag of dat voldoende is en wat de implicaties zijn voor de therapeutische relatie en het therapeutisch proces.

De cliënt verschijnt in de casus niet als deelnemer aan een dialoog, maar als object van beschrijving, interpretatie en conceptualisering. Zijn of haar verhaal wordt herordend, geselecteerd en vertaald in een professioneel discours, vaak met een publiek dat de cliënt niet kent en nooit zal ontmoeten. Dit roept fundamentele vragen op over eigenaarschap en representatie. Van wie is het verhaal dat in een casuspresentatie wordt verteld? Wie beslist welke elementen relevant zijn en welke weggelaten worden? En welke effecten kan deze representatie hebben op de cliënt, zowel tijdens als na de therapie?

Geïnformeerde toestemming: een relationeel probleem

In het huidige juridische en ethische landschap wordt geïnformeerde toestemming vaak gezien als de hoeksteen van ethisch verantwoorde publicatie van klinisch materiaal. Ook in het kader van de GDPR-wetgeving geldt informed consent als de meest aangewezen rechtsgrond voor het verwerken van persoonsgegevens in gevalsstudies. Steeds meer tijd-

mia.leijssen@kuleuven.be

schriften verwachten de expliciete toestemming voor publicatie van de persoon over wie de gevalsstudie handelt. Maar er worden ook meer genuanceerde richtlijnen gehanteerd, waarbij beroep wordt gedaan op de verantwoordelijkheid en integriteit van de therapeut of auteur om de meest geschikte maatregelen te nemen om de patiënt te beschermen.

Toch roept deze focus op toestemming complexe vragen op (Mosher & Berman, 2015; Thomas-Antilla, 2015). Wat betekent 'geïnformeerd' in een context waarin de cliënt onmogelijk kan overzien waar, door wie en met welke gevolgen een casus gelezen zal worden? Kan toestemming ooit volledig vrij zijn binnen een therapeutische relatie die per definitie gekenmerkt wordt door afhankelijkheid en machtsasymmetrie? Terwijl Freud dacht dat patiënten nooit toestemming zouden geven, blijkt het omgekeerde vaak het geval: ze zijn blij of trots dat de therapeut iets over hen wil presenteren of schrijven. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat we ook gebruik moeten maken van het feit dat iemand zich gestreeld voelt door de vraag. In de eerste plaats moeten we voor ogen houden wat de impact is op het proces en de therapeutische relatie, ook na het beëindigen van de hulpverleningsrelatie. Want het is in die emotionele en relationele context dat toestemming gegeven wordt en waarop het effect zal hebben.

Toestemming is bovendien geen statisch gegeven. Ze wordt verleend op een bepaald moment, binnen een specifieke relationele en emotionele context. De effecten van een publicatie kunnen zich echter pas jaren later manifesteren, wanneer de therapeutische relatie veranderd of beëindigd is. De temporaliteit van toestemming staat in die zin haaks op de duurzaamheid van publicaties.

Daarnaast speelt de overdracht een cruciale rol. De vraag om toestemming wordt altijd gehoord binnen de therapeutische relatie en kan gevoelens van loyaliteit, erkenning of druk oproepen. Zelfs wanneer een patiënt expliciet instemt, blijft de vraag in hoeverre deze instemming los kan worden gezien van de relationele dynamiek waarin ze tot stand kwam. Toestemming vragen voor er sprake is van een therapeutische relatie is niet haalbaar; toestemming vragen eens er vertrouwen en een stevig geïnstalleerde therapeutische relatie is, impliceert dat de vrijheid om neen te zeggen beperkt wordt door loyaliteit en andere machtsdynamieken. Uiteindelijk is de patiënt afhankelijk van de therapeut voor zijn therapie en welzijn.

We merken hierbij op dat er opvallend weinig aandacht gaat naar of geschreven wordt over hoe en wanneer we toestemming kunnen vragen aan patiënten om iets over hen te presenteren. Ondanks de steeds grotere nadruk op geïnformeerde toestemming, ontbreekt het aan concrete inzichten. Gevalsstudies over de dynamiek rond de vraagstelling aan patiënten, en hun reacties op korte en lange termijn, zouden best wat meer ruimte mogen krijgen. Want ook hier volstaan formele kennis of procedures niet om op dit terrein te navigeren.

Anonimisering: noodzakelijk, maar onvoldoende

Anonimisering wordt vaak voorgesteld als de primaire oplossing om de privacy van cliënten te beschermen. Namen worden gewijzigd, herkenbare details aangepast, contextuele gege-

mia.leijssen@kuleuven.be

vens vervaagd. In veel richtlijnen voor auteurs en tijdschriften geldt anonimisering als minimale vereiste. In GDPR-termen moeten we echter spreken van pseudonimisering, omdat dergelijke narratieve gegevens nooit volledig geanonimiseerd kunnen worden. De bottom-line blijft echter altijd dat we de identiteit van diegene waarover we spreken niet onthullen en actief verbergen.

Maar anonimisering is niet altijd waterdicht. In kleine gemeenschappen, gespecialiseerde zorgcontexten of unieke klinische situaties kan een casus herkenbaar blijven, zelfs wanneer expliciete identificerende gegevens ontbreken. Collega's, familieleden of de cliënt zelf kunnen zich herkennen in een combinatie van details die op zichzelf onschuldig lijken, maar samen een herkenbaar profiel vormen.

Bovendien is anonimisering geen neutrale ingreep. Het wijzigen van details kan onbedoeld de klinische dynamiek vertekenen of de betekenis van bepaalde interventies veranderen. De vraag wanneer een casus 'voldoende' aangepast is zonder haar klinische waarde te verliezen, kent geen objectief antwoord. Elke keuze impliceert een afweging tussen bescherming en getrouwheid aan de klinische realiteit. Zo wordt er soms gesuggereerd om materiaal uit meerdere casussen te combineren tot één gevalsbeschrijving. Uiteraard is elke casus een constructie waarbij meestal één perspectief aan bod komt – dat van de therapeut of van de onderzoeker(s) – maar hierbij wordt het fictiegehalte misschien wel erg groot (Goldberg, 1997).

In richtlijnen van tijdschriften – bij mondelinge presentaties op studiedagen en congressen worden zelden expliciete richtlijnen gehan-

teerd – wordt wel gesteld dat derden de patiënt niet mogen herkennen, soms zelfs dat de patiënt zichzelf niet mag herkennen. Maar de vervorming kan zodanige vormen aannemen dat het problematisch wordt, zeker bij een uitgebreide gevalsstudie. Met de steeds grotere toegankelijkheid van wetenschappelijke publicaties is het ook moeilijk uit te sluiten dat de persoon in kwestie de gevalsbeschrijving onder ogen krijgt. En zelfs al zou die kans klein zijn, de toekomst is niet te voorspellen. Bovenal is het dus zaak om respectvol te formuleren, zodat de tekst indien nodig bespreekbaar is met en te verantwoorden is aan de (voormalige) patiënt.

Casuspresentatie als performatieve praktijk

Het presenteren van een casus is geen neutrale verslaggeving, maar een performatieve handeling. De psycholoog positioneert zichzelf als deskundige, reflectieve practicus of theoretisch denker, en positioneert de patiënt als drager van een probleem, illustratie van een concept of voorbeeld van een therapeutisch proces. Deze positioneringen zijn nooit neutraal.

In publieke contexten – zoals congressen en tijdschriften – krijgt de casus bovendien een performatief karakter. Hij wordt gepresenteerd aan een publiek, binnen een discursief kader waarin originaliteit, helderheid en overtuigingskracht worden gewaardeerd. Hierdoor kan er een subtiele druk ontstaan om het verhaal te stroomlijnen, te dramatiseren of theoretisch te laten renderen, met mogelijke gevolgen voor de manier waarop de cliënt wordt gerepresenteerd. Een vraag die hierbij relevant is, betreft de subjectieve positie van de therapeut.

mia.leijssen@kuleuven.be

Waarom wil men een casus presenteren, welke motieven spelen bij de therapeut? Het is eigen aan het beroep dat veel van wat men doet in de beslotenheid van de behandelkamer blijft, wat best wat vraagt van de therapeut. Spreken of schrijven over het werk kan daar een tegenwicht aan bieden, maar ook dan dient het belang van de patiënt steeds voorop te staan en is reflectie op de eigen beweegredenen essentieel.

Naar een relationeel-ethisch kader

De voorgaande beschouwingen maken duidelijk dat er geen eenvoudige oplossingen bestaan voor de ethische dilemma's rond casuspresentatie. Al gaat het meestal goed, toch sluit anonimisering, noch geïnformeerde toestemming mogelijke schade volledig uit. Dit betekent echter niet dat spreken en schrijven over casussen vermeden moet worden. Wel vraagt het om een verschuiving: van een ethiekchecklist naar een relationeel-ethisch kader.

Een dergelijk kader benadrukt:

- de context waarin een casus wordt gepresenteerd (opleiding, congres, publicatie);
- de (relationele) implicaties voor de cliënt, ook op lange termijn;
- de minimale noodzakelijkheid van wat verteld wordt;
- de bereidheid om verantwoordelijkheid te nemen voor onvoorziene effecten.

Een mogelijke toetsvraag hierbij is: *zou ik deze casus kunnen verantwoorden tegenover de patiënt, nu en in de toekomst?* Het gaat hierbij niet om juridische criteria, maar om een ethisch kompas.

Deze ethische reflectie heeft implicaties voor verschillende domeinen van de klinische psychologie. In opleidingen en vormingen is het belangrijk expliciet stil te staan bij de ethische dimensies van casuspresentatie, en niet enkel bij de technische of procedurele aspecten. Supervisie en intervisie kunnen fungeren als plaatsen waar deze spanningen besproken en gedragen worden.

Voor congressen en tijdschriften impliceert dit een gedeelde verantwoordelijkheid. Richtlijnen voor auteurs kunnen explicieter aandacht besteden aan ethische reflectie, zonder te vervallen in louter juridische vereisten. Reviewers kunnen ruimte maken voor de vraag *hoe* en *waarom* een casus wordt gepresenteerd, niet enkel *wat* geïllustreerd wordt.

Conclusie

Het spreken en schrijven over klinische casussen confronteert psychologen met een fundamentele paradox. Wat noodzakelijk is voor opleiding, kennisontwikkeling en professionele reflectie, raakt aan datgene wat beschermd moet worden om het therapeutisch werk mogelijk te maken. Deze spanning kan niet worden opgelost, maar wel reflexief gedragen.

Misschien ligt de kern van professionele verantwoordelijkheid niet in het vinden van sluitende antwoorden, maar in het vermogen om deze paradox in gedachten te houden en telkens opnieuw af te wegen wat in een concrete context verantwoord is. Casuspresentatie is dan geen routinehandeling, maar een vorm van ethisch vakmanschap, gekenmerkt door terughoudendheid, reflectie en bescheidenheid.

mia.leijssen@kuleuven.be

Zoals in de klinische praktijk zelf, vraagt ook dit domein dat we het ongemak niet afdekken met regels en procedures – die uiteraard wel hun relevantie hebben – maar er samen bij

blijven stilstaan (Patterson, 1999). En dat is wat deze tekst beoogt, niet dat we hieruit besluiten geen casussen meer te presenteren, maar wel dat we er reflectiever en bewuster mee omgaan.

Literatuur

- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/>.
- Freud, S. (2006). Fragment van een geval van hysterie ('Dora'). In S. Freud, *Werken 4* (pp. 119-225). Boom. (Origineel werk gepubliceerd 1905)
- Goldberg, A. (1997). Writing case histories. *International Journal of Psychoanalysis*, 78(3), 435-438.
- Mosher, P.W., & Berman, J. (2015). *Confidentiality and its discontents: Dilemmas of privacy in psychotherapy*. Fordham University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt16f8c6x>.
- Patterson, A. (1999). The publication of case studies and confidentiality: An ethical predicament. *Psychiatric Bulletin*, 23(9), 562-564. <https://doi.org/10.1192/pb.23.9.562>.
- Psychologencommissie (2018). *Deontologische code*. https://www.compsy.be/nl_BE/le-code-de-deontologie.
- Thomas-Anttila, K. (2015). Confidentiality and consent issues in psychotherapy case reports: The Wolf Man, Gloria and Jeremy. *British Journal of Psychotherapy*, 31(3), 360-375. <https://doi.org/10.1111/bjp.12157>.

Personalia

Reitske Meganck, klinisch psycholoog en psychoanalytisch therapeut, is als hoofddocent verbonden aan de vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie van de Universiteit Gent en is daarnaast werkzaam in eigen praktijk.

E-mail: reitske.meganck@ugent.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Minder dwang?

Over ethiek, onzekerheid en macht in de geestelijke gezondheidszorg

Evi Verbeke

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 38-44

Inleiding

In de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn dwang en vrijheidsbeperking geconstateerde onderwerpen (Berring et al., 2024; Whittington et al., 2023). Onderzoek wijst uit dat maatregelen, zoals een gedwongen opname, isolatie en fixatie, patiënten schade kunnen toebrengen en weinig veiligheid bieden (Cusack et al., 2018; Kontio et al., 2012; Wilson et al., 2017). Daarnaast komt er de laatste jaren steeds meer kritiek op zogenaamde 'informele' dwang. Denk aan het moeten volgen van regels, een verplicht therapieprogramma of dreigen met ontslag als men het programma niet volgt. Mensen met ervaring verklaren dat dit verkleuterend aanvoelt en soms even nefast is als de klassieke vormen van dwang (Larsen & Terkelsen, 2014; Norvoll & Pedersen, 2016).

Ook hulpverleners worstelen met vragen rond dwang. Wanneer is ingrijpen verantwoord? Op

welke manier moeten we dit doen? Hoe vinden we houvast in richtlijnen? De laatste jaren staat het vraagstuk steeds vaker op de agenda. Mijns inziens is een reflectie over dwangreductie alleen zinvol als *ethiek* het uitgangspunt vormt en het dus geen technische kwestie is. Daarbij sta ik stil bij de manier waarop hulpverleners omgaan met onzekerheid, macht en de vraag wat goede zorg is.

Ethiek

In onze dagelijkse praktijk worden we voortdurend geconfronteerd met ethische vragen. Vragen over seksualiteit, het overnemen van lichamelijke zorg, over veiligheid, risico en autonomie, en patiënten die ons vragen hoe ze het moeten rooien in hun relaties. Het zijn veelal geen technische kwesties, maar ethische. Ethiek houdt zich bezig met vragen over goed

mia.leijssen@kuleuven.be

en kwaad. In de ggz gaat het dan bijvoorbeeld over vragen als: wat is goede zorg of hoe te handelen wanneer iemand zegt zelfmoord te zullen plegen. In dit artikel spits ik de term nog veder toe en wil ik ethiek begrijpen als de vraag hoe we moeten handelen wanneer regels, kennis en protocollen niet volstaan om te bepalen wat goede zorg is.

Waarom is dit zo belangrijk bij dwang en vrijheidsbeperking? Situaties waarin patiënten agressief worden, zichzelf verwaarlozen of waarin hulpverleners het gevoel hebben de controle over de situatie te verliezen, vragen om een antwoord. Het volstaat dan dikwijls niet om af te wachten. Vaak wordt het antwoord gezocht in regels en structuren die al vastliggen voordat er iets gebeurt. Bijvoorbeeld, patiënten worden verplicht mee te doen aan alle therapieën, of er wordt bij dreigende agressie teruggevalLEN op isolatie. Zo'n structuur kan veiligheid en voorspelbaarheid bieden, maar wordt door patiënten vaak als dwangmatig ervaren. Ethisch denken probeert hierin openingen te creëren. Op momenten dat er moet worden gehandeld, is het misschien niet nodig om vast te houden aan strakke richtlijnen, maar moeten we eerst een ethische vraag centraal stellen: wat is in dit specifieke geval goede zorg en hoe kunnen we daarover nadenken, voorbij aan vaste regels?

Dit idee staat in verschillende stromingen binnen de psychologie centraal. Hier benader ik het vanuit de psychoanalyse. Daar stelt men niet dat alle antwoorden even goed zijn of dat alles toegelaten is. Wel kan geen enkel systeem of protocol op voorhand volledig bepalen wat goede zorg is in een concrete ontmoeting tussen mensen. Wie we zijn, wat we willen van anderen, wat als normaal geldt en wat niet:

het zijn altijd beladen vragen, doordrongen van subtiele normen en waarden. Elke maatschappij biedt een kader om over goed en kwaad na te denken, vaak gegrond in belangrijke principes, maar tegelijk is dat kader nooit compleet en raakt het altijd wat verstoord. Psychisch lijden gaat vaak over worstelingen hiermee, over vragen over de zin van het leven, over vastlopen in existentiële kwesties (Vanheule, 2021).

Het is algemeen erkend in de psychologie dat men geen moraalridder kan zijn. Ook al stellen patiënten – of hun omgeving – soms expliciet de vraag hoe ze het leven moeten leiden, we kunnen daar geen antwoord op geven. Toch zien we geregeld in de praktijk dat normen en waarden doordringen in het klinisch werk. Denk aan verplichte diëten die nog steeds voorkomen in de psychiatrie, of het spanningsveld waarin we enerzijds zeggen vrij te staan ten opzichte van seksualiteit, maar anderzijds niet-heteronormatieve praktijken pathologiseren, zoals bij seksuele interessestoornis bij vrouwen of premenstruele stemmingsklachten, beide opgenomen in de DSM-5. Hoewel deze klachten zeer reëel kunnen zijn, is het een keuze om ze primair vanuit een psychiatrisch of psychologisch kader te benaderen, waarbij bovendien vaak een klassieke blik op vrouwelijke seksualiteit meespeelt, waardoor de diagnoses impliciet normen in zich dragen (Ussher, 2013).

Met andere woorden, ideologische denkbbeelden spelen al snel een rol in de dagelijkse klinische praktijk en dat kan leiden tot dwang zonder dat dit nog opgemerkt wordt. Mensen verplichten om zich dagelijks te wassen – hoe nodig dat ook kan zijn – wordt daardoor bijvoorbeeld niet meer gezien als een vorm van dwang, omdat het wordt benoemd als 'noodzakelijk, want goede zorg'. Maar de reden waarom we zo voor-

mia.leijssen@kuleuven.be

zichtig dienen te zijn met het invullen van wat goed is voor een medemens is nog complexer. Was het puur een kwestie van ideologie dan zou men nog kunnen denken dat elke persoon maar voor zichzelf moet beslissen hoe het leven eruit moet zien en dan komt het goed. Maar zo werkt het niet. De psychoanalyse toont aan hoe de mens zichzelf vaak tegenwerkt in het goede (Lacan, 1986). Ik denk aan een patiënt in een psychiatrisch verzorgingstehuis met diabetes die toch overvloedig suiker blijft eten, ook al zegt hij in elk gesprek met een begeleider dat hij dit niet wil en dat hij het ook vreselijk vindt van zichzelf dat hij maar blijft eten. Dat roept de vraag op in hoeverre deze man al dan niet moet worden begrensd. Enerzijds kan men stellen dat hij vrij moet zijn om zelf keuzes te maken. Anderzijds lijkt nietsdoen ook een vorm van verlating. Als psychologen weten we dat mensen verdeeld zijn tussen wat ze willen, wat ze doen, wat ze voelen in hun lichaam en wat ze denken.

De vraag wordt dan: hoe kunnen we die verdeeldheid beluisteren zonder ze meteen te willen invullen? Hoe kunnen we mensen bijstaan zonder inhoud te geven aan wat goed zou zijn? Maar evengoed: hoe kan wat goede zorg is, ook in crisissituaties, zich onvouwen tijdens de band die wordt opgebouwd in plaats van bij voorbaat vast te liggen in regels en protocollen? Volgens mij situeert het risico op machtsrelaties zich vaak precies op dit punt. Het kan gaan van een psycholoog die verwacht dat een patiënt een bepaald behandelplan volgt en iemand uitsluit wanneer die met te veel 'alternatieve' ideeën komt voor herstel (Wilson et al., 2018), tot de manier waarop we iemand ontmoeten die midden in een waan chaotische dingen zegt en dreigt weg te lopen. Gaan we dan over tot isolatie en stellen we het gesprek

uit tot de patiënt 'bijkomt'? Of proberen we in dialoog te blijven, zonder verwachtingen, en durven we een beetje mee te gaan in de waan, hoe vreemd dat ook is? Dat laatste is wat veel mensen met ervaring met psychose aangeven als een cruciale stap om minder dwang te ervaren.

Hierbij moeten we ook opletten voor de veronderstelling dat psychologie een neutraal kader zou zijn, los van normen en waarden. De Vos (2011) situeert de psychologie als een hedendaags dominant discours waarlangs mensen zichzelf, de wereld en anderen begrijpen. Mensen denken en beschrijven zichzelf vaak in psychologische termen. Maar die termen zijn niet zomaar concepten die we uitdachten en de werkelijkheid beschrijven zoals ze is. Volgens De Vos is het eerder zo dat met deze concepten, de psychologie een mediërende rol heeft ten opzichte van de realiteit, met andere woorden: we denken ons leven via de psychologie. Dat is op zich geen probleem, maar volgens De Vos presenteert psychologie zichzelf als waardevrij en beseft daarbij niet altijd dat ze een metapectief inneemt dat het veld dat ze beschrijft ook verandert. Concepten zoals hechting, diagnoses enzovoort veranderen de blik die mensen hebben op zichzelf.

Wanneer de erkenning voor die mediërende rol van de psychologie niet plaatsvindt, kan de psychologie zélf een vorm van machtsrelaties installeren. Dwang sluipt binnen in de veronderstelling dat psychologie losstaat van normen en waarden, en dat we dus op een waardevrije manier kunnen spreken over de waarheid van hallucinaties, de onzin van wanen, of kritiek van een patiënt gaan herkaderen als 'manipulatie vanuit borderline-problematiek'. Zo geven mensen met psycho-

mia.leijssen@kuleuven.be

tische ervaringen aan dat herstel niet alleen betekent een narratief hebben over wat er is gebeurd, maar ook het actief zélf construeren van dat verhaal en daarin erkenning krijgen. Wanneer hulpverleners voorschrijven hoe dat narratief eruit moet zien – bijvoorbeeld door te hameren op ziekte-inzicht en het aanvaarden van vermeende beperkingen vanuit hun eigen theoretische kader – blijft de persoon in een passieve positie (Moernaut, 2022).

Ethiek van de leegte

Juist daarom is het zo belangrijk om ethiek centraal te stellen in ons klinisch werk. Als psychologie en zorg altijd waarden en normen in zich dragen, kan ethiek ruimte bieden voor een andere kijk. Want ethische vragen komen altijd de kamer binnen, precies daarvoor zoeken mensen hulp. Het is niet de bedoeling om daarvan weg te lopen. Integendeel: het gaat erom mensen bij te staan in hun vragen en zoektocht, zonder die meteen in te vullen. Bijvoorbeeld, in een interviewstudie over dwang (Verbeke et al., 2019) gaven verschillende vrouwen aan dat hun onzekerheden over moederschap snel inhoudelijk werden ingevuld door hulpverleners. Een vrouw mocht haar kinderen lange tijd niet meer zien, een andere moest werken aan een 'gezonde relatie' volgens het perspectief van de hulpverleners, nog een andere merkte dat het steeds ging over verstoorde hormonen en weinig over haar subjectieve beleving. Wat hen wel hielp, waren hulpverleners die het niet altijd begrepen, maar samen met hen uitzochten wat ouderschap voor hen persoonlijk betekende. Voor elke vrouw kreeg dat een andere invulling. We zouden dus kunnen zeggen dat ethiek een *leegte* moet mogelijk

maken, door de zaken niet per se te begrijpen en te weten wat te doen. Met leegte bedoel ik niet de afwezigheid van zorg, maar een open plaats waarin iets van het verlangen, de vragen en de oplossingen van de patiënt kan verschijnen. Een ethiek die zwijgt op het punt waar we anders een morele spiegel zouden voorhouden (Miller, 1983). Een ethiek van de leegte betekent niet dat de hulpverlener zich terugtrekt of niets zegt. Ze betekent dat men ruimte laat voor wat de patiënt zelf nog moet uitvinden, zonder die vooraf in te vullen met professionele antwoorden.

De definitie die Derrida geeft aan ethiek, is verhelderend in deze context. Hij stelt dat "ethiek bestaat precies omdat er geen regel is. Ethiek bestaat omdat ik de regel moet uitvinden. Er zou geen verantwoordelijkheid zijn mocht ik de regel kennen. Daar start verantwoordelijkheid: wanneer ik niet weet wat ik moet doen" (Derrida, 2003, pp. 31-31). Ethiek verschijnt dus daar waar regels tekortschieten en waar we durven stilstaan bij wat we doen. Het klassieke voorbeeld van het verbod op seksuele relaties tussen patiënten illustreert dit goed. Zo'n verbod is een morele code die handelen vastlegt. Wanneer de regel wordt overtreden, hoeft men niet meer na te denken: er volgt een sanctie. Maar brengt zo'n regel vaak geen schade toe door als imperatief te gelden? Kan het ook niet zonder regel, waarbij we wanneer er problemen zijn de vraag stellen hoe het antwoord luidt voor deze specifieke persoon? Ethiek is in die zin een oneindig proces, instabiel en steeds opnieuw bevraagd (Neill, 2011). Ze probeert open te breken waar dwang (bijvoorbeeld in de vorm van regels) de zaken vastzet.

mia.leijssen@kuleuven.be

Dwang en ethiek

Als ethiek start daar waar er geen regel is om op terug te vallen, brengt dat onvermijdelijk onzekerheid en onwetendheid met zich mee. Meestal proberen we die zo veel mogelijk te beperken of te ontkennen. We schuilen in onze expertise. Kan een hulpverlener een adept zijn van onzekerheid en twijfel (Ansermet & Sorrentino, 2013)? Toch kan een doordachte en georiënteerde onzekerheid juist cruciaal zijn wanneer we nadenken over dwangreductie.

Dat betekent niet dat we stuurloos moeten handelen. Alternatieven voor afzondering, zoals *rooming-in* (waarbij een vertrouwenspersoon aanwezig mag blijven in de isolatieruimte), de-escalatiemethodes, Geweldloos Verzet of *Open Dialogue* (een methode waarbij men tijdens de crisis praat met de patiënt en het netwerk zonder meteen in te grijpen), bieden houvast en theorie, en zijn bijzonder belangrijk gebleken voor dwangreductie. Tegelijk moeten we opletten dat zulke benaderingen niet verworden tot technieken die automatisch worden toegepast. Hun waarde ligt niet enkel in de methode zelf, maar ook in het feit dat ze hulpverleners uitnodigen om te blijven nadenken over wat deze specifieke situatie en deze specifieke persoon vragen.

De ander kan niet weten hoe het is voor deze ene persoon om wanen te beleven of te willen sterven, ondanks de theorieën en technieken om ermee om te gaan. Dat dwingt ons om te luisteren en om na te denken hoe de ontmoeting met deze specifieke persoon kan verlopen. Men kan niet alles weten, men kan niet alles controleren, men kan niet iedereen veranderen. In plaats van dat toe te dekken door bijvoorbeeld mensen die minder gemakkelijk

veranderen niet meer toe te laten in de zorg of mechanismen te installeren die een illusie van controle oproepen, kunnen we dat ook erkennen. Mag een team bijvoorbeeld risico's nemen in momenten van crisis? Ik denk aan een verpleegkundige die bij een jongen die niet spreekt en steeds zijn kleren scheurt, gaat zitten en mee begint te scheuren, maar op een rustiger tempo, wat de jongen doet bedaren en contact zoeken. Zo'n interventie kan niet in een protocol beschreven worden en vooraf is onzeker hoe ze uitpakt. Juist daarom is ze misschien zo waardevol.

Georiënteerde onzekerheid kan zich bijvoorbeeld ook uiten door niet op voorhand te bepalen wat de doelstellingen moeten zijn van een opname of therapie. Hierdoor laten we in het hart van het project een leegte, een x, die niet wordt ingevuld langs de kant van de hulpverlening, maar waar patiënten ruimte krijgen om zelf iets mee te doen (Zenoni, 2009). Het wordt dan minder logisch om patiënten te dwingen allerhande programma's te volgen en evidenter om naar het individu te luisteren, naar wat voor hem op het spel staat en hoe die persoon een therapie of opname wil invullen – ook als die ideeën soms veraf staan van die van de hulpverleners. Ik denk aan iemand die woont in een psychiatrisch verzorgingstehuis en bijna nooit contact zoekt met het personeel, wel vaak met medebewoners. Een confronterende casus voor het team, omdat het veraf staat van wat zij impliciet toch als doel hebben: contact hebben met bewoners. Moeten we dan vasthouden aan de verwachting dat die bewoner af en toe moet spreken met de begeleiding? Of is het aan het team om die verwachting los te laten en de bewoner zijn eigen weg te laten vinden, waarbij onze hulp veel meer achter de schermen gebeurt?

mia.leijssen@kuleuven.be

Onzekerheid betekent niet zomaar iets doen of louter op intuïtie handelen. Dat zou ons snel in het domein van goede bedoelingen brengen, die weinig helpend zijn. Het gaat om reflectief denken, steeds opnieuw openstaan, georiënteerd door de singulariteit van elke patiënt. Dat vraagt een cultuur van spreken, tijd om stil te staan bij handelen, en ruimte voor externe reflectie, bijvoorbeeld met supervisors. En om het systeem zelf in vraag te stellen: niet alleen de patiënten behandelen, maar ook de afdeling zelf (Oury, 2001), omdat die altijd dreigt een mechanisme te worden dat onzekerheid, reflectie enzovoort toedekt via regels en protocollen.

Mensen met ervaring geven vaak aan dat interventies als dwingend worden ervaren wanneer ze vertrekken vanuit vastgeroeste systemen die moeilijk in vraag te stellen zijn en weinig rekening houden met individuele verschillen (Verbeke et al., 2019). Het toelaten van onzekerheid en twijfel opent daarentegen mogelijkheden om tot creatieve interventies te komen en vraagt van hulpverleners de verantwoordelijkheid om te denken, iets uit te vinden in het moment en nadien te reflecteren over wat er gebeurd is.

Psychologen kunnen teams ondersteunen om ruimte te maken voor reflectie over ethiek. Als een team bijvoorbeeld opmerkt dat een

patiënt zich niet meer verzorgt en de collega's zich afvragen hoe daarmee om te gaan, heeft een psycholoog dat niet te laten passeren als 'geen deel van mijn job'. Het kan juist een kans voor reflectie zijn: waarom stopt die zelfzorg? Omdat die persoon bang is voor water, of omdat het lichaam verbrokkeld aanvoelt, of uit angst voor vermeend misbruik? En als de verzorging moet overgenomen worden, welke manieren zijn er dan om dat draaglijk te maken voor die persoon (liedjes zingen in de douche, een spel maken voor een kind met angst voor water, een gesprek in een andere taal aangaan tijdens de verzorging, enzovoort), en hoe betrekken we de patiënt zelf bij deze vragen?

Besluit

Dwangreductie in de ggz kan niet herleid worden tot het afschaffen van bepaalde interventies of het invoeren van nieuwe technieken. Dwang is ingebed in relaties, contexten en mensbeelden. Een ethische benadering die onzekerheid toelaat, opent ruimte voor zorg die minder dwingend aanvoelt en herstel bevordert. Niet door antwoorden vast te leggen, maar door vragen open te houden. Ethiek verschijnt precies daar waar men het niet zeker weet, en waar men toch bereid is verantwoordelijkheid te nemen.

Literatuur

- Ansermet, F., & Sorrentino, M.-G. (2013). *Malaise dans l'institution: le soignant et son désir* (3e ed.). Economica Anthropos.
- Berring, L.L., Georgaca, E., Hirsch, S., Bilgin, H., Akik, B. K., Aydin, M., Verbeke, E., Galeazzi, G.M., Vanheule, S., & Bertani, D. (2024). Factors and processes facilitating recovery from coercion in mental health services: A meta-ethnography. *Health-care*, 12(6), 628. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060628>

mia.leijssen@kuleuven.be

- Cusack, P., Cusack, F.P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162-1176. <https://doi.org/10.1111/inm.12432>
- Derrida, J. (2003). Following theory Jacques Derrida. In M. Payne & J. Schad (Eds.), *Life after theory* (pp. 1-51). Continuum.
- De Vos, J. (2011). *Psychologiseren in tijden van globalisering: een kritische analyse van psychologie en psychologiseren*. Acco.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>
- Lacan, J. (1986). *Le séminaire: Livre VII. L'éthique de la psychanalyse, 1959-1960*. Seuil.
- Larsen, I.B., & Terkelsen, T.B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Miller, J.A. (1983). Pas de clinique sans éthique. *Actes de l'ECF*, 5, 65-68.
- Moernaut, N. (2022). *Broken narratives: Subjective experiences of psychosis*. Universiteit Gent, faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen.
- Neill, C. (2011). *Lacanian ethics and the assumption of subjectivity*. Palgrave Macmillan.
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2016.03.033>
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ Social Éditions.
- Ussher, J.M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69. <https://doi.org/10.1177/0959353512467968>
- Vanheule, S. (2021). *Waarom een psychose niet zo gek is: het verhaal achter hoop en herstel*. Lannoo.
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Whittington, R., Aluh, D.O., & Caldas-de-Almeida, J.-M. (2023). Zero tolerance for coercion? Historical, cultural and organisational contexts for effective implementation of coercion-free mental health services around the world. *Healthcare*, 11(21), Article 2834. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212834>
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Ray, M.K. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500-512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
- Wilson, L., Crowe, M., Scott, A., & Lacey, C. (2018). Psychoeducation for bipolar disorders: A discourse analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 349-357. <https://doi.org/10.1111/inm.12328>
- Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique: psychanalyse et institution thérapeutique*. érès.

Personalia

Prof. dr. Evi Verbeke is als klinisch psycholoog en psychoanalytisch therapeut verbonden aan de vakgroep Psychoanalyse & Raadplegingspsychologie van de Universiteit Gent en is werkzaam in het psychiatrisch verzorgingstehuis De Wadi (Psychiatrisch Centrum Karus).
E-mail: evi.verbeke@ugent.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.



Vier problematische argumenten in de discussie over euthanasie bij psychisch lijden

Abe Geldhof

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 45-52

Inleiding

In het debat over euthanasie bij psychisch lijden als gevolg van een ernstige psychische of psychiatrische aandoening circuleren een aantal hardnekkige vanzelfsprekendheden. Ze worden doorgaans gepresenteerd als humane inzichten en als evidenties die het ongemak dat deze praktijk onvermijdelijk oproept moeten neutraliseren. Het gaat om formules die zo vaak herhaald zijn dat ze hun statuut van veronderstelling hebben verloren en daardoor vaak als onbetwifelbare waarheden gaan functioneren. Precies daarin schuilt hun problematisch karakter. Ze verhullen meer dan ze verhelderen en verhinderen een ernstige reflectie over wat er in de klinische praktijk werkelijk op het spel staat.

In dit artikel bespreek ik vier van deze argumenten. Niet om ze polemisch te ontmaskeren, maar om te laten zien hoe ze volgens mij het

denken *vernauwen* en de klinische complexiteit *reduceren*. Elk argument functioneert als een soort afsluitmechanisme: het sluit vragen af die eigenlijk opgehouden zouden moeten worden. Het zijn geen onschuldige misverstanden, maar discursieve knopen waarin ethiek, kliniek en ideologie op een ongemakkelijke manier samenkomen. In mijn boek *Dood op verzoek: bestaat de psychiatrie nog wanneer ze euthanasie toelaat?* heb ik deze argumenten vanuit nog een andere invalshoek besproken en ben ik ook uitgebreider ingegaan op de context waarin het euthanasie als discours vorm kreeg (Geldhof, 2021). Hier beperk ik mij ertoe enkel deze terugkerende argumenten onder de loep te nemen om van daaruit een ander ethisch kader te formuleren dat volgens mij veel meer recht doet aan de kliniek.

Ik wil benadrukken dat mijn redenering enkel opgaat voor euthanasie bij *psychisch* lijden als gevolg van een ernstige psychische of psychia-

mia.leijssen@kuleuven.be

trische aandoening. Fysiek lijden betreft een volstrekt andere logica en daar wens ik hier dan ook geen uitspraken over te doen.

Het recht op zelfbeschikking

Het meest gehoorde en wellicht meest invloedrijke argument in het euthanasiedebat is dat euthanasie bij psychisch lijden een rechtstreeks gevolg zou zijn van het recht op zelfbeschikking. Het individu, zo luidt de redenering, heeft het fundamentele recht om over zijn eigen leven en dood te beslissen. Wie dat recht ernstig neemt, kan het verzoek tot euthanasie niet weigeren zonder in paternalisme te vervallen.

Deze redenering lijkt op het eerste gezicht coherent en aantrekkelijk. Ze appelleert aan een breed gedeeld liberaal mensbeeld, waarin autonomie en keuzevrijheid centrale waarden zijn. Toch is het precies deze vanzelfsprekendheid die problematisch is. Want wat betekent zelfbeschikking wanneer het gaat over de vraag om gedood te worden door een ander?

Zelfbeschikking veronderstelt dat een subject in staat is zichzelf als handelend subject te positioneren, keuzes te maken en verantwoordelijkheid te dragen voor de gevolgen daarvan. In die zin is het onbetwistbaar dat mensen sinds mensenheugenis over zichzelf beschikken om uit het leven te stappen. Zelfdoding is een tragische, maar onmiskenbaar menselijke mogelijkheid. Psychische hulpverlening heeft zich historisch precies ontwikkeld rond de vraag hoe met die mogelijkheid om te gaan: hoe het lijden dat eraan ten grondslag ligt

te verstaan, te verdragen en, waar mogelijk, te transformeren.

Euthanasie introduceert echter een fundamenteel andere logica. Het gaat hier niet om een subject dat zelf handelt, maar om een subject dat een ander vraagt om de daad te stellen. De kernvraag is dus niet of iemand over zijn leven mag beschikken, maar waarom en hoe die beschikking door een ander gerealiseerd moet worden. Dat verschil is cruciaal, maar het wordt toegedekt door de idee van de zelfontplooiing (Hoornaert, 2015, 2016).

Wanneer euthanasie wordt gelegitimeerd via het zelfbeschikkingsrecht, ontstaat een paradoxale situatie. Het individu krijgt formeel het recht om over zijn dood te beslissen, maar kan dat recht alleen effectueren door het onmiddellijk weer uit handen te geven. De uiteindelijke beslissing en de uitvoering ervan liggen bij de arts. De vrijheid die men zegt te beschermen, wordt dus tegelijk opgeheven. Het is precies deze spanning die in het discours zelden expliciet wordt gemaakt.

Daarbij komt dat psychisch lijden de autonomie van het subject kan aantasten. Niet in de zin dat de patiënt wilsonbekwaam zou zijn, maar in de zin dat zijn verlangen, zijn oordelen en zijn toekomstperspectief structureel worden gekleurd door dat lijden. Het subject dat zegt: "Ik wil niet meer leven", is geen abstract, autonoom beslissend individu, maar een gesitueerd subject dat spreekt vanuit een specifieke psychische positie. Dat spreken vraagt om interpretatie, niet om onmiddellijke uitvoering.

Het beroep op zelfbeschikking functioneert hier als een stoplap. Het maakt van een complexe klinische vraag een juridisch-ethisch

mia.leijssen@kuleuven.be

probleem en onttrekt haar zo aan de klinische logica. Wat verloren gaat, is precies datgene wat psychische hulpverlening kenmerkt: de bereidheid om het spreken van de patiënt niet letterlijk te nemen, maar ernstig te nemen. Letterlijk nemen betekent hier: de uitspraak 'Ik wil dood' behandelen als een transparante wens die geen verdere duiding behoeft. Ernstig nemen daarentegen betekent dat men er de vraag van een mens in hoort die zich tot een ander richt met zijn lijden en daaruit wil raken en uitwegen zoekt.

Het idee van de zelfbeschikking depolitiseert bovendien de rol van de arts. De arts verschijnt als een neutrale facilitator van een keuze die elders al gemaakt zou zijn. Daarmee wordt ontkend dat de arts door zijn positie, zijn woorden en zijn bereidheid om al dan niet mee te werken, zelf een actieve rol speelt in de totstandkoming van die keuze. Neutraliteit bestaat hier niet. Elke houding is een stellingname en heeft effecten.

Therapeutische hardnekkigheid

Een tweede argument stelt dat het weigeren van euthanasie door hulpverleners neerkomt op therapeutische hardnekkigheid. De patiënt heeft, zo luidt het, alles geprobeerd. De hulpverlening op zijn beurt heeft gefaald. Volharden in behandeling zou dan getuigen van een hardnekkige ontkenning van de realiteit en van een gebrek aan respect voor het lijden van de patiënt.

Ook dit argument lijkt op het eerste gezicht empathisch. Het positioneert zich expliciet

aan de kant van de patiënt en zijn lijden. Toch berust het op een problematische vereenvoudiging van wat psychische hulpverlening is en kan zijn.

Psychisch lijden laat zich niet reduceren tot een optelsom van behandelingspogingen. Het idee dat men op een bepaald moment kan vaststellen dat 'alles geprobeerd is', veronderstelt een lineair en cumulatief behandelingsmodel dat voorbijgaat aan de specifieke dynamiek van psychische processen. Therapie is geen uitputtingsslag waarbij men na de laatste optie noodgedwongen de handdoek in de ring gooit. Het gaat om een open proces, gekenmerkt door discontinuïteit, toeval en soms onverwachte verschuivingen.

Het verwijt van therapeutische hardnekkigheid miskent bovendien dat volhouden niet hetzelfde is als doorduwen. Hardnekkigheid suggereert een blinde volharding, een weigering om grenzen te erkennen. Maar in de klinische praktijk gaat het vaak precies om het tegendeel: om het verdragen van niet-weten, van impasses, van periodes waarin er geen duidelijke vooruitgang is. Dat verdragen is geen vorm van geweld, maar een essentieel onderdeel van het therapeutisch werk.

Wanneer euthanasie als alternatief wordt gepresenteerd voor vermeende therapeutische hardnekkigheid, verschuift de norm. Niet langer wordt gevraagd wat nog mogelijk is binnen de relatie, maar wanneer men het recht heeft om te stoppen met proberen. Die verschuiving is allesbehalve neutraal. Ze impliceert dat het niet beantwoorden van een doodswens als falen wordt gezien, terwijl het beantwoorden ervan als respectvol en realistisch wordt voorgesteld.

mia.leijssen@kuleuven.be

Daarmee wordt een impliciete norm ingevoerd: goede hulpverlening is hulpverlening die weet wanneer ze moet opgeven. Die norm is bijzonder problematisch in een veld dat per definitie werkt met kwetsbaarheid, regressie en herhaling. Het risico bestaat dat de hulpverlener zijn eigen onmacht, vermoeidheid of angst voor falen projecteert op de patiënt en die projectie legitimeert via het euthanasie-discours.

Het argument van therapeutische hardnekkigheid fungeert zo als een morele omkering. Wat traditioneel als zorg en betrokkenheid werd gezien, wordt nu ineens gezien als dwang, bemoeienis en ontkenning van het lijden. Omgekeerd wordt het beëindigen van elke therapeutische inzet voorgesteld als een ultieme vorm van erkenning. De vraag of men hier werkelijk nog spreekt over hulpverlening, blijft buiten beeld.

Euthanasie als paradoxale interventie

Een derde argument stelt dat euthanasie in sommige gevallen een paradoxale therapeutische interventie zou zijn. Het idee is dat het openstellen van de mogelijkheid tot euthanasie een bevrijdend effect kan hebben: de patiënt voelt zich eindelijk ernstig genomen, de druk vermindert en paradoxaal genoeg kan hij opnieuw aan het leven beginnen.

Dit argument wordt vaak ondersteund door klinische anekdotes waarin patiënten, na het verkrijgen van een goedgekeurde euthanasieaanvraag, plots opnieuw levenslust ontwikkelen. Deze verhalen circuleren volop en oefenen een

grote aantrekkingskracht uit. Ze suggereren dat euthanasie niet zozeer een einde is, maar een middel.

Toch is deze redenering uiterst problematisch. Ze berust op een gok met extreem hoge inzet. Het is de vraag of men een dergelijke 'black box'-interventie ethisch en professioneel kan verantwoorden. Men zet letterlijk het leven van de patiënt op het spel in de hoop dat de dreiging van de dood het leven opnieuw zal doen oplichten.

Belangrijker nog is dat euthanasie als mogelijke interventie alle andere interventies overschaduwt. Zodra de dood als optie op tafel ligt, verandert het hele therapeutische veld. Woorden krijgen een ander gewicht, stiltes een andere betekenis. De hulpverlener die euthanasie faciliteert, ondergraaft per definitie zijn eigen therapeutische aanbod. Hij introduceert een uitweg die alle andere uitwegen relativeert.

Zelfs wanneer het initiatief van de patiënt komt, blijft deze dynamiek bestaan. Het feit dat euthanasie maatschappelijk en juridisch beschikbaar is, impliceert dat er ergens een Ander is die bereid is de dood van het subject te realiseren. Die suggestieve kracht mag niet onderschat worden, zeker niet bij mensen die dwalen en zich existentieel verloren voelen.

Euthanasie als paradoxale interventie mist bovendien een fundamenteel klinisch principe: dat men nooit mag interveniëren op een manier die het spreken afsluit. De dood is de ultieme afsluiting. Ze maakt elke verdere betekenisgeving onmogelijk. Het idee dat men via die afsluiting het leven zou kunnen openen, is op zijn minst theoretisch incoherent.

mia.leijssen@kuleuven.be

Het idee dat mensen dankzij een goedgekeurde euthanasieaanvraag eindelijk aan het leven kunnen beginnen, keert de klinische logica om. In werkelijkheid verzwakt het elke therapie. De hulpverlener zaagt de poten onder zijn eigen stoel weg en elimineert zelf elke mogelijkheid tot verdere hulpverlening.

Euthanasie als suïcidepreventie

Het vierde argument beschouwt euthanasie als een vorm van suïcidepreventie. In deze redenering wordt euthanasie voorgesteld als een minder gewelddadig, waardiger alternatief voor zelfdoding. Men hoort dan vaak dat mensen ‘anders toch zelfmoord zouden plegen’.

Deze stelling veronderstelt dat suïcide en euthanasie communicerende vaten zijn, dat ze dezelfde logica volgen en dezelfde groep mensen aanspreken. Klinische ervaring leert echter dat dit allerm minst evident is. Sterven door zelfdodingen sterven door euthanasie zijn geen inwisselbare opties, noch psychisch, noch relationeel.

De idee dat euthanasie suïcides zou voorkomen, miskent bovendien de paradox waarin hulpverleners steeds vaker terechtkomen. Teams worden enerzijds aangesproken op hun verantwoordelijkheid om suïcide te voorkomen, en anderzijds op hun bereidheid om euthanasievragen te begeleiden. Dat leidt tot surrealistische situaties waarin dezelfde instelling tegelijk wordt verweten te weinig te doen om de dood te vermijden en te weinig om haar te faciliteren.

Wanneer euthanasie wordt gepresenteerd als suïcidepreventie, ontstaat er een gevaarlijke

verschuiving. De dood wordt genormaliseerd als oplossing voor psychisch lijden. Wat bedoeld is als preventie, dreigt zo een suggestie te worden. Zeker bij kwetsbare patiënten kan het idee postvatten dat hun dood niet alleen begrijpelijk, maar zelfs wenselijk en maatschappelijk aanvaard is.

Suïcidepreventie veronderstelt tijd, vertraging en het verdragen van crisis. Het veronderstelt dat men de haast van de patiënt opvangt en niet versterkt. Euthanasieprocedures daarentegen zijn per definitie gericht op een act, op een beslissing en op een uitvoering. Die logica staat haaks op wat men in crisissituaties nodig heeft.

De idee van euthanasie als suïcidepreventie verhuult zo een fundamentele spanning. Het maakt van twee onverenigbare logica's – die van het voorkomen van de dood en die van het organiseren ervan – één schijnbaar coherent verhaal. In de klinische praktijk laat die spanning zich echter niet ‘weg-discussiëren’. Ze keert telkens terug, in de vorm van morele verwarring, handelingsverlegenheid en uiteindelijk ook cynisme bij de hulpverleners en instellingen.

Naar een ethisch-klinisch kader voor het debat

De analyse van de vier problematische argumenten maakt duidelijk dat het huidige debat over euthanasie bij psychisch lijden te vaak wordt gevoerd binnen een vernauwd discours. Dat discours reduceert complexe klinische vragen tot juridische of morele slogans en laat daarbij weinig ruimte voor twijfel, interpretatie

mia.leijssen@kuleuven.be

en professionele verantwoordelijkheid. Wie het debat ernstiger wil voeren, zal zich eerst moeten losmaken van die reducties en opnieuw aansluiting moeten zoeken bij de specifieke logica van psychisch lijden en psychische hulpverlening.

Een eerste noodzakelijke stap bestaat erin het onderscheid te herstellen tussen juridische toelaatbaarheid en klinische wenselijkheid. Dat euthanasie wettelijk mogelijk is, betekent niet dat zij daarmee ook klinisch aangewezen is, noch dat zij zonder meer kan worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Wetgeving kan randvoorwaarden scheppen, maar kan nooit bepalen hoe men in een concrete therapeutische relatie met doodswensen omgaat. Wie dat onderscheid niet maakt, schuift de klinische verantwoordelijkheid ongemerkt door naar het juridische kader en onttrekt zo het professionele handelen aan reflectie (Emanuel, 2002).

Een professioneler debat vereist vervolgens dat men psychisch lijden niet langer voorstelt als een statisch en objectief vaststelbaar gegeven (Bazan et al., 2018). Zoals in dit artikel herhaaldelijk werd betoogd, is psychisch lijden per definitie dynamisch, relationeel en contextgevoelig. Het kent geen eenduidige causaliteit en geen voorspelbaar verloop. Elke poging om het te objectiveren tot een toestand die 'uitsichtloos' genoemd kan worden, miskent deze dynamiek en creëert een valse zekerheid. Een ethisch verantwoord debat moet die onzekerheid niet wegwerken, maar expliciet erkennen en dragen.

Dat impliceert ook dat men afziet van de illusie van objectieve beslissingscriteria. In tegenstelling tot wat soms wordt gesuggereerd, bestaat

er geen neutraal beoordelingspunt van waaruit men kan vaststellen dat psychisch lijden definitief en onomkeerbaar is. Elke beoordeling gebeurt vanuit een subjectieve positie: die van de hulpverlener, met zijn theoretische oriëntatie, zijn mensbeeld, zijn ervaring en zijn grenzen. Professionalisering betekent hier niet het uitschakelen van die subjectiviteit, maar het expliciteren ervan. Een ethische praktijk vraagt niet om waarde vrije beslissingen, maar om beslissingen die hun eigen voorwaarden erkennen.

Een derde pijler van een professionelere benadering is het herwaarderen van de therapeutische relatie als primaire context waarin doodswensen betekenis krijgen. In het huidige discours worden euthanasieverzoeken vaak behandeld als autonome uitspraken die losstaan van de relatie waarin ze geformuleerd worden. Daarmee wordt miskend dat dergelijke verzoeken altijd ingebed zijn in een relationele dynamiek. Ze zeggen niet alleen iets over het lijden van de patiënt, maar ook over zijn verhouding tot de ander, tot afhankelijkheid, tot erkenning en tot verlaten worden.

Een ethische houding impliceert dat men deze relationele dimensie ernstig neemt en niet te snel overgaat tot daden. Het vraagt dat men doodswensen kan verdragen zonder ze onmiddellijk te bevestigen of te ontkennen. Die tussenpositie – noch toegeven, noch afwijzen – is klinisch gezien vaak de meest vruchtbare, maar ethisch ook de meest veeleisende. Ze veronderstelt tijd, beschikbaarheid en de bereidheid om onzekerheid uit te houden, zowel bij de patiënt als bij zichzelf.

Daarmee samenhangend moet ook het begrip zorg opnieuw inhoudelijk worden bepaald. In

mia.leijssen@kuleuven.be

het huidige debat dreigt zorg te worden herleid tot het respecteren van keuzes en het uitvoeren van verzoeken. Die opvatting doet geen recht aan de kern van psychische hulpverlening, die niet bestaat uit het volgen van de wens van de patiënt, maar uit het werken met die wens. Dat werken kan confronterend zijn, vertragend, soms zelfs frustrerend, maar het is precies daarin dat zorg haar specifieke betekenis krijgt. Zorg betekent niet: iemand geven wat hij vraagt, maar: bij iemand blijven wanneer wat hij vraagt niet zomaar kan worden gegeven.

Een professioneler debat vergt bovendien dat men de positie van de hulpverlener opnieuw doordenkt. De hulpverlener is geen neutrale uitvoerder, maar een actor die door zijn aanwezigheid en zijn handelen mede richting geeft aan het proces. Wanneer euthanasie als optie wordt ingebracht, verandert zijn positie fundamenteel. Hij verschuift van interpreteerder en begeleider naar beslisser en uitvoerder. Die verschuiving heeft niet alleen ethische, maar ook klinische implicaties. Ze verandert de aard van de therapeutische relatie en kan niet worden voorgesteld als een louter technische stap.

Daarom is het essentieel dat men ruimte creëert voor professionele weigering zonder die onmiddellijk te herleiden tot ideologische weerstand. Een hulpverlener die een euthanasieverzoek niet kan of wil beantwoorden, doet dat niet noodzakelijk uit morele rigiditeit, maar vaak vanuit een klinische logica. Het debat professionaliseren betekent dat men deze weigering erkent als een legitieme positie binnen het veld, en niet als een tekort dat via procedures moet worden gecorrigeerd.

Ten slotte vraagt een ethisch debat om een hernieuwde aandacht voor tijd. Psychisch lijden

speelt zich af in een subjectieve tijd, die vaak wordt gekenmerkt door urgentie en verstarring. De roep om snelle beslissingen en duidelijke antwoorden komt daar rechtstreeks uit voort. De taak van de hulpverlener bestaat er juist in die haast niet te volgen, maar te vertragen. Tijd creëren is geen uitstelgedrag, maar een actieve therapeutische handeling. Het is vaak de eerste voorwaarde opdat er iets anders kan ontstaan dan herhaling van het lijden.

Besluit

Wanneer men deze verschillende elementen samenbrengt, tekent zich een ander perspectief af op het debat over euthanasie bij psychisch lijden. Niet een debat dat draait om rechten, procedures en uitzonderingen, maar een debat dat vertrekt vanuit de klinische realiteit en de ethiek van de relatie. Een debat dat onzekerheid niet beschouwt als een tekort, maar als een constitutief gegeven van het werken met psychisch lijden. En vooral: een debat dat de dood niet inzet als oplossing voor wat in essentie een vraag naar betekenis, erkenning en verbondenheid is.

Een dergelijke heroriëntatie garandeert geen eenvoudige antwoorden. Ze biedt geen sluitend kader dat alle dilemma's oplost. Maar ze maakt het mogelijk om het gesprek te voeren op een niveau dat recht doet aan de complexiteit van het onderwerp en aan de verantwoordelijkheid van wie ermee werkt. In die zin is professionalisering geen kwestie van meer regels of scherpere criteria, maar van een grotere bereidheid om het niet-weten te dragen dat aan psychisch lijden inherent is. Dat niet-weten is geen zwakte van de hulpverlening, maar haar ethische kern.

mia.leijssen@kuleuven.be

Literatuur

Bazan, A., Lemmens, W., & Van de Vijver, G. (2018, 28 mei). 'Niemand kan ooit zeggen dat het nooit meer goed komt'. *De Standaard*.

Emanuel, E.J. (2002). Euthanasia and physician-assisted suicide: A review of the empirical data from the United States. *Archives of Internal Medicine*, 162(2), 142-152. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.142>

Geldhof, A. (2021). Dood op verzoek: bestaat de psychiatrie nog als ze euthanasie bij psychisch lijden toelaat? Mamoet.

Hoornaert, G. (2015). Euthanasie en psychiatrie belge: The Belgian way of death. *Lacan Quotidien*, 532. <https://www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2015/07/LQ-532.pdf>

Hoornaert, G. (2016). Euthanasie en ondraaglijk psychische lijden. *Via Lacan* 1, 153-162.

Personalia

Abe Geldhof is professor in de klinische psychologie, verbonden aan de vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie van de Universiteit Gent.

E-mail: abe.geldhof@ugent.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.



Liefde en bewustwording als fundamenteën van ethisch handelen

Mia Leijssen

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 53-59

Inleiding

Terugkijkend op meer dan vijftig jaar praktijk merk ik dat de regelgeving in de beroepsethiek zich heeft uitgebreid. Het weerspiegelt zorg voor duidelijkheid omtrent gewenst en ontoelaatbaar professioneel handelen. Verantwoorde keuzes in een specifieke situatie gaan gepaard met afwegen van regels en wetten. Bij professionele dilemma's vragen collega's vaak om mijn supervisie als (voormalig) docent beroepsethiek.¹ Dat motiveert mij om te zoeken naar een bodem waarin goed handelen zich kan wortelen en ontwikkelen. Zo kom ik uit bij liefde. Daarbij is bewustwording en uitzuivering van persoonlijke gevoeligheden noodzakelijk.

Aan de hand van twee casussen² maak ik abstracte principes concreter.

Casus 1

Agnes is een jonge vrouw in ambulante begeleiding bij Erik, zelfstandig gevestigde therapeut. Erik maakt zich sinds enige weken zorgen over Agnes nu ze overspoeld lijkt door "het kwaad in de wereld". Agnes heeft vrijwel geen sociaal vangnet. Erik stelt een consult bij een psychiater voor en drukt Agnes op het hart om in nood naar de spoeddienst van een ziekenhuis te gaan. Bij hun volgende afspraak blijkt dat Agnes langsgedaan is op de spoeddienst; enkele uren later stond ze weer op straat met een doorverwijzing naar een psychiater die haar pas over vier weken kan zien. Wanneer Agnes spreekt over haar "roeping om het kwaad aan te pakken", vreest Erik dat Agnes niet bestand is tegen de druk van psychotische gedachten. Met een verlengd weekend in het vooruitzicht stelt Erik aan Agnes voor om bij hem te logeren totdat er een veilige opvang is. Twijfelend over die aanpak vraagt Erik mijn supervisie.

mia.leijssen@kuleuven.be

Casus 2

Abdil heeft na een lang therapeutisch traject aan zijn psycholoog Ilse verteld dat hij vanaf zijn kleutertijd seksueel misbruikt is door een oom. Na veel doorvragen komt Ilse te weten dat andere kinderen in de familie hetzelfde ondergaan hebben en dat het misbruik vermoedelijk nog doorgaat. Als systeemtherapeut kiest Ilse voor een familiegesprek om verschillende betrokkenen te beluisteren. De moeder van Abdil en twee tantes, zussen van Abdils oom, gaan in op Ilse's uitnodiging. De toonzetting in deze familiebijeenkomst is dat er "geen bewijzen" zijn van het misbruik; naar buiten brengen van dit familiegeheim zou desastreus zijn. Het blijkt dat deze vrouwen al vele jaren geld ontvangen van hun rijke broer. In de daaropvolgende sessie verneemt Ilse dat Abdil anonieme doodsbedreigingen gekregen heeft. Ilse weet niet meer wat te doen en roept mijn hulp in.

Liefde

Liefde is veel beschreven en bezongen, maar woorden zaaien ook verwarring. De oude Grieken erkenden meerdere grondvormen van liefde. Die nuances zijn in het westerse denken doorgedrongen als: *eros*, begeerige liefde waarin passie en verlangen aanwezig zijn; *philia*, vriendschappelijke gevoelens die men koestert in wederzijdse relaties; *agapè*, onbaatzuchtige betrokkenheid op medemensen; en minder bekend *nomos*, gehoorzaamheid aan het goddelijke.

Wetenschappers belichten met behulp van factoranalyse verschillende componenten in liefde. De meeste vormen bestaan uit com-

binaties: *passie* waarin fysieke aantrekkelijkheid en romantische motieven samengaan; *intimiteit* die gekenmerkt wordt door gevoelens van nabijheid en verbondenheid; *engagement* of de keuze om een relatie aan te gaan en te onderhouden (Sternberg, 1986).

Door verschillende vormen van liefde te erkennen kan men *existentieel welzijn* ontwikkelen (Leijssen, 2013). Daarin is liefde het *verbindende* element voor menselijk leven; een wijze van zijn en doen waarmee men fysieke, sociale, psychische en spirituele aspecten van het bestaan in hun onlosmakelijke interacties opmerkt en vormgeeft. Liefde wordt in de fysieke dimensie uitgedrukt in hoe men omgaat met materiële en lichamelijke behoeften, appreciatie voor schoonheid, respect voor de natuur. Liefde in de sociale dimensie toont zich op zijn best in goede mensen die er zijn voor elkaar. In de psychische dimensie doet verbinding met zichzelf kiezen om persoonlijke talenten te ontwikkelen, ruimte te maken voor waarheid omtrent zichzelf en het bestaan. Vanuit spiritueel perspectief gaat het om het besef dat er zoveel meer is dat uiteindelijk zingevend is; daarbij is verbinding met wat het beperkte zelf overstijgt kenmerkend.

Liefde in professionele context

Een hulpverlenend beroep brengt voortdurend interacties mee met mensen in een kwetsbare positie. Liefde betekent hier dat men net dat tikkeltje meer zorg draagt dan wat de beroepscode voorschrijft; dat men soms kiest om 'buiten de lijnen te kleuren' om het best mogelijke antwoord te geven in een concrete situatie.

mia.leijssen@kuleuven.be

Vanuit de aandacht voor existentieel welzijn is bijvoorbeeld de inrichting van de werkruimte niet louter functioneel. Aangepast aan de werksituatie zorgt men voor fysiek comfort. De omgeving straalt iets van warmte uit. Er zijn dingen die schoonheid, licht en een vleugje natuur binnenbrengen. In de kledij communiceert men respect voor de mensen die men ontvangt.

Erik is met Agnes vaker in ongewone situaties terecht gekomen. Zo arriveerde Agnes op een van haar wekelijkse afspraken totaal doorweekt, nadat ze door de stortregen gefietst had. Erik heeft er zijn vrouw bij geroepen om Agnes te voorzien van droge kleding en ze hebben eerst warme chocolademelk gedronken vooraleer de therapiesessie te starten.

Ilse weet dat Abdils familieleden gehecht zijn aan de islamitische dresscode. Voor het familiegesprek kiest zij een outfit die niet aanstootgevend is in dat gezelschap.

Liefde vertaalt zich in hoe men extra bewust is van de machtsverhouding die inherent is aan een professionele relatie. Erotische aantrekking en romantische gevoelens kan men met mildheid erkennen en uiterst zorgvuldig hanteren. Dat impliceert dat men op geen enkele manier ruimte geeft aan *acting out*; tegelijkertijd blijft men stevig vormgeven aan het professioneel engagement. Daarbij kan men intimiteit, nabijheid en verbondenheid verwelkomen in hoe ze bijdragen aan ontwikkeling en heling in gezonde sociale interacties. Wanneer empathie doordrongen is van liefde, heeft men mededogen en toont men onbaatzuchtige betrokkenheid op de medemens. Men neemt verantwoordelijkheid om het welzijn van cliënten te behartigen, rekening houdend met de ruimere socioculturele context, mogelijkheden en risico's voor andere mensen.

Agnes heeft een universitair diploma en werkt als leerkracht. Na het overlijden van haar ouders beschikt ze over veel financiële middelen. Single zijnde, voelt ze zich vrij om haar job op te zeggen en te reizen. Ze heeft geen vaste huisarts en eerdere pogingen van Erik om een psychiater te consulteren heeft Agnes afgewezen. Met zijn voorstel om Agnes in dit crisismoment bij hem te laten logeren, beweegt Erik zich ver buiten het professionele kader. Wanneer ik in de supervisie vraag wat er in hem omging, antwoordt hij: "Ik kreeg het niet over mijn hart om deze kwetsbare vrouw zo te laten vertrekken." De zorgvuldigheid van Erik weerspiegelt zich in zijn reflex om direct met zijn partner te bespreken hoe ze dat verblijf concreet zullen organiseren. Wanneer ik daarop doorvraag komt hij bij: "Het voelt riskant om met deze cliënt in zo'n interactie buiten mijn therapieruimte te belanden." Erik is zich bewust van een erotische lading die soms voelbaar is tussen hen. Hij vreest dat het verlaten van de vaste therapiestructuur onbeheersbare gevoelens en onvoorspelbaar gedrag zou kunnen uitlokken, niet alleen bij Agnes, maar misschien ook bij hem. Verder verwoordt Erik dat hij ongerust was dat Agnes zichzelf of andere mensen in een vlaag van waanzin iets zou aandoen. Hij vond het in deze crisissituatie zijn verantwoordelijkheid om hier en nu de nodige veiligheid te bieden.

Ilse beseft hoe het voor Abdil bijzonder moeilijk is om te spreken over thema's die in zijn socioculturele omgeving extra gevoelig liggen. Het heeft lang geduurd vooraleer Abdil zijn homoseksuele geaardheid kon verkennen. Wanneer Abdil het aandurft om te spreken over seksueel misbruik door zijn oom, is Ilse opgelucht dat Abdil zich veilig genoeg voelt om dit taboe aan te raken. Ze kiest voor een familiegesprek om samen te overleggen hoe ze de problematische situatie kunnen aanpakken. Wanneer die samenkomst anders uitdraait, zoekt ze hoe haar verantwoordelijkheid

mia.leijssen@kuleuven.be

nu vorm te geven. Samen met Abdil exploreert ze wat realistisch en helpend is in deze context. Ze spreken af dat hij naar de politie stapt om beveiliging voor zichzelf te vragen. Abdil zal er bij de ouders van kinderen in de familie op aandringen dat ze waakzaam zijn en kinderen niet alleen in het gezelschap van de (groot)oom laten. Ilse volgt Abdil in zijn voorkeur om zich in hun relatie nu verder toe te leggen op het herstel van de wonden die hij opgelopen heeft in zijn leven, zonder zijn familie daarbij nog te betrekken.

Bewustwording

Liefde die als pure verbindingen vorm krijgt in fysieke en sociale interacties, veronderstelt een intens proces van bewustwording. Dit is de psychische component waarbij men weet wat de persoonlijke gevoeligheden, sterktes en kwetsbaarheden zijn. Diepgaande zelfkennis veronderstelt dat men verwrongen drijfveren bij zichzelf durft verkennen en onbewuste schaduwkanten belichten. Dat moeizame proces kan alleen slagen in een liefdevolle verhoudingswijze met zichzelf.

In een hulpverlenend beroep is het bovendien belangrijk om zich bewust te zijn van de universele betekenis of het bovenpersoonlijke karakter van de rol die men belichaamt. In het collectief onbewuste van mensen huizen oerbeelden/archetypen die een extra lading toevoegen aan persoonlijke interacties. Als therapeut kan men bijvoorbeeld voor de cliënt een verpersoonlijking zijn van 'de vader, de moeder, de gids, de redder ...'. Therapeut en cliënt voegen daar eigen betekenissen aan toe naargelang de persoonlijke ervaringen met concrete representanten van een archetype.

Erik komt uit een warm nest en heeft een natuurlijk talent om goed te moederen en te vaderen. Vanuit zijn persoonlijke ervaringen heeft hij het voordeel dat hij de archetypische ouderrollen op betrouwbare wijze kan vormgeven in zijn therapeutische interacties. Het gegeven dat hij en zijn partner na vele vruchteloze pogingen geen kinderen konden krijgen, is een groot pijnpunt. Erik is zich bewust dat hij die leegte deels invult in zijn bijzondere manier van zorg dragen voor zijn cliënten. Het impliceert ook dat hij geneigd is om vooral oog te hebben voor 'het kind' in Agnes. In onze supervisie tracht ik Erik in voeling te brengen met een schaduwkant die schuilt onder zijn mededogen. Zo komt Erik op het spoor van zijn tendens om vooral het problematische te zien in iedere situatie. Zijn bezwaard gemoed vindt rust in problemen zo snel mogelijk oplossen. Ik nodig hem uit om eens af te tasten hoe het zou zijn om een 'lijdensweg' ook als een 'groeipad' te beschouwen. Daarbij merkt hij een andersoortige energie: lichter, speelser, uitdagender. Hij voelt dat de keuze voor een positieve invalshoek vertrouwen wekt dat er onverwacht zich iets nieuws kan ontwikkelen. Hij ziet nu hoe hij Agnes weinig aanspreekt op haar krachtbronnen en haar onvoldoende stimuleert om haar sociale leefwereld steviger op te bouwen.

Ilse ervaart tijdens ons supervisiegesprek dat het moeilijk is om haar vooroordelen tegenover de islamitische gemeenschap te onderscheiden van de problemen waarmee Abdil worstelt. Ze merkt dat ze snel ten strijde trekt tegen 'de patriarchale cultuur'. Ze herkent haar eigen frustraties en kwaadheid tegenover haar dominante vader en volgzaam moeder. Daarbij stoot ze op pijnlijke ervaringen waarin ze beknot werd in het ontwikkelen van haar talenten. Ze ziet dat ze soms overdrijft in hoe ze anderen stimuleert in 'opkomen voor jezelf en ten volle gaan voor je talenten'. Wanneer ik op

mia.leijssen@kuleuven.be

sommige aspecten in de situatie rond Abdil doorvraag, erkent Ilse haar neiging om details die niet passen in haar verhaallijn weg te laten en andere dingen die haar vooroordelen bevestigen te vergroten. Bovendien voelt ze dat ze een wereldbeeld koestert waarin je alles kunt bereiken als je hard werkt. Daarin is weinig mildheid voor menselijke zwakheden en misstappen, ook niet wat haarzelf betreft.

Een archetype dat in ons beroep extra voeding krijgt, is identificatie met ‘de helper’. Daarbij negeert men eigen behoeften. Wanneer men blind is voor diepere noden in zichzelf, projecteert men die op anderen. Dan gaat men onder het mom van zorgen voor anderen eigen behoeften aan verbinding, belangrijk zijn, controle hebben enzovoort verpakken in iets doen voor anderen. Wanneer ‘helpen’ een onbewuste verslaving is, riskeert men de dunne lijn naar subtiel machtsmisbruik geruisloos te overschrijden.

Grensoverschrijdingen door een vertegenwoordiger van een archetype zijn van een andere orde dan hetzelfde gedrag door iemand die geen archetype verpersoonlijkt. Bovenop aanwijsbare kwetsuren in de fysieke, sociale en persoonlijke sfeer, zijn er diepere kwetsuren die raken aan een universele laag; het vertrouwen in ‘het leven’ wordt aangetast. Een van mijn cliënten noemde haar ervaringen van misbruik door een vertrouwensfiguur “zielsverkrachting”.

Essentie

Hedendaagse beroepscodes spreken niet over de ziel. In een gesecculariseerde samenleving klinkt het Griekse woord *nomos* – letterlijk ver-

taald: wet, gerechtigheid – met verwijzing naar het goddelijke, als een echo uit een ver verleden. Aristoteles noemde het minst waarneembare element van leven *ether*, naar de Griekse god van de atmosfeer Aether. Na vier duidelijk waarneembare elementen, zijnde aarde, water, vuur en lucht, sprak hij over *quintia essentia*, het meest subtiel als de essentie van alles wat bestaat. De ziel situeert zich daarin als het puur energetische beginsel van een specifiek levend wezen en de onzichtbare kracht die dat organisme verder beweegt. Woorden en symbolen die mensen gebruiken om te verwijzen naar de ziel, het goddelijke, het bestaansmysterie, verschillen in diverse culturen en in andere tijden (Leijssen, 2007, 2025).

Wat mensen ten diepste raakt en beweegt, toont zich in diverse belevingen. Het zijn ervaringen waarin allesdoordringende pure energie aanwezig is. Zoals in het dagelijks leven natuurervaringen of momenten van schoonheid, goedheid of waarheid iemand kunnen raken; en men in uitzonderlijke grotere transformatiemomenten – geboorte en dood zijn daarvan archetypen – in contact komt met ervaringen die een beperkte leefwereld overstijgen.

Diepgaande persoonlijke ervaringen met een transpersoonlijk karakter kunnen zo ingrijpend zijn dat ze in de loop van de geschiedenis mensen geïnspireerd hebben om er een specifieke levensbeschouwing rond te ontwikkelen. Wanneer zich daaruit een gemeenschap ontwikkelt, nemen ook de kansen toe dat er een hiërarchische structuur ontstaat, waarin een organisatie met regels en wetten het overneemt van de oorspronkelijke inspiratie. Dat geldt niet alleen voor verschillende religies; elk systeem dat mensen groepeerd rond een levensbeschouwing, een beroep of een hobby

mia.leijssen@kuleuven.be

loopt het risico dat de essentie overschaduwd wordt door menselijke behoeften en minder edele drijfveren.

Onze beroepsethiek roept op tot respect voor elke levensbeschouwing. Iedere beroepsbeoefenaar beaamt dat principe. In de dagelijkse praktijk is het niet eenvoudig om dit op een pure wijze vorm te geven.

Agnes voelt zich aangetrokken tot esoterische praktijken. Ze zoekt houvast in “tekens van het universum”. Ze spreekt enthousiast over goeroes van wie ze iets gelezen heeft of die ze ergens ontmoet heeft. Erik heeft een grote openheid voor diverse zingevingsystemen. Hijzelf is gevormd in een christelijke traditie, maar praktiseert niet meer in die geloofsgemeenschap. Jezus blijft hem inspireren als een man die in zijn tijd opkwam voor waarden waarmee Erik zich kan identificeren. Bijbelse verhalen leest hij als uitbeeldingen en verwoordingen van menselijke ervaringen in verhouding met het goddelijke mysterie. In zijn therapiepraktijk ervaart Erik hoe zijn spirituele bagage hem beïnvloedt in zijn aandacht voor kleine rituelen zoals even aarden, een meditatief moment waarin hij zichzelf leegmaakt en verankert in een liefdevolle bodem. Hij merkt daarbij dat hij puurder aanwezig is. Wanneer hij tijdens een gesprek niet meer weet hoe te reageren, herinnert hij zich soms Bijbelse woorden zoals “waar twee of meer aanwezig zijn in mijn naam, ben ik in hun midden”. Voor Erik betekent dat door alles heen liefdevol verbinding maken met de cliënt, in het vertrouwen dat er zich dan mogelijk iets van een andere orde aandient. Hij spreekt met Agnes nooit over zijn spirituele achtergrond. In zijn interacties met haar neemt hij haar zoektocht naar zin en betekenis in alternatieve benaderingen ernstig én hij probeert met haar uit te klaren wat daarin betrouwbaar is én hoe ze in haar kwetsbaarheid

misleid wordt door zweverige ideeën of waanvoorstellingen.

Abdil vindt veel steun in zijn islamitisch geloof. Hij ervaart goddelijke aanwezigheid en bescherming die hij Allah noemt; hij leest de heilige geschriften als praktische adviezen voor zijn dagelijks leven en wijsheid die hem helpt om zich te verhouden met grote levensvragen. Hij haalt er inspiratie uit om in concrete situaties voorrang te geven aan het grotere belang in plaats van zijn eigenbelang. Ilse heeft kritische bedenkingen bij het geloof van Abdil, maar zwijgt respectvol. In die stiltes ervaart Abdil afkeuring en in de woorden die Ilse verder gebruikt voelt Abdil dat Ilse hem op andere gedachten probeert te brengen. Wanneer Ilse reflecteert op wat haar ten diepste drijft, verwoordt ze: “Bijdragen aan een beter leven voor de mensheid.” Ik vraag haar om zich eens in te beelden hoe zij, stevig verankerd in haar eigen ideaal, haar blikveld zou kunnen verruimen en zoeken hoe ze een oprechte verbinding met Abdil op zijn eigen bestaansgrond kan maken. Daarop volgt een lange stilte, maar dit is een stilte waarin Ilse terecht komt in een diepere laag in zichzelf waarvoor ze weinig woorden heeft. Het ontroert haar om zich nu verwant te voelen met Abdil in het zoeken om ‘het beste’ in hun leven vorm te geven, ieder op de eigen manier. In hun volgende gesprek merkt Ilse dat ze met meer zachtheid en openheid aanwezig is en ze Abdil onbevooroordeeld kan ondersteunen in zijn zoekproces naar zijn identiteit.

Besluit

Liefde als fundament in beroepsethiek veronderstelt dat men kan vertrouwen op iets heel krachtig en puur in zichzelf. Dat impliceert een

mia.leijssen@kuleuven.be

uitzuiveringsproces waarbij men een toenevend bewustzijn ontwikkelt in interactie met diverse levenssituaties en anderen die daarbij vragen stellen. Het betekent ook dat men gepokt en gemazeld is om in meer extreme probleemsituaties uit te zoeken hoe men verantwoordelijkheid vormgeeft, rekening houdend met de ruimere context. Om zich authentiek te verhouden met de menselijke perikelen en het vele lijden in het aardse bestaan, is het helpend dat men vanuit eigen ervaringen weet wat valkuilen en krachtbonnen zijn. Verbindende bruggen leggen naar andere leefwerelden veronderstelt dat men stevig verankerd is in het eigen bestaansveld; dat men het eigen levensterrein kent met de eigen (kronkel)wegen; en dat men beschikt over een goed kompas om zich te (her)oriënteren. Tegelijkertijd moet men kunnen werken met landkaarten waarop andere routes zichtbaar zijn en zich bewust zijn van vele wegen waarover mensen zich kunnen

bewegen. Om verbindingen te vinden is het vaak noodzakelijk dat men vanuit liefdevolle aanwezigheid kan bijlichten. Een beroepscode, hoe goed ze ook uitgewerkt is, kan iemand nooit voorzien van alle nodige bagage om zich veilig te bewegen over een complex en aanhoudend evoluerend werkveld. Daarom hoop ik dat elke collega steeds opnieuw onuitputtelijke bronnen van liefde en wijsheid weet te vinden.

Noten

1. Leijssen, M. (2005). *Gids beroepsethiek: waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening*. Acco. Gratis te downloaden via <https://existentieelwelzijn.be/boeken/gids-beroepsethiek>
2. In de casussen worden schuilnamen gebruikt en zijn gegevens geanonimiseerd.

Literatuur

Leijssen, M. (2007). *Tijd voor de ziel*. Lannoo.

Leijssen, M. (2013). *Leven vanuit liefde: een pad naar existentieel welzijn*. Lannoo.

Leijssen, M. (2025). *Verbinden met je Essentie: een weg naar bewustwording en heling*. Lannoo.

Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>

Personalia

Mia Leijssen is emeritus hoogleraar psychotherapie aan de KU Leuven. In haar kleinschalige privépraktijk begeleidt ze cliënten live of online.

E-mail: mia.leijssen@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Wanneer trauma het verhaal van een kind breekt



Erik de Soir

Tijdschrift Klinische Psychologie, 2026, 56 (3), p. 60-63

Geraakt door levensverhalen van kinderen met complex trauma: een inblik in het werk van kinderpsychotherapeuten
Vliegen, N. (2025)

Pelckmans

Nicole Vliegen heeft met *Geraakt door levensverhalen van kinderen met complex trauma* een boek geschreven dat je niet 'even' leest, maar dat je eerder binnenlaat. Het is een werk dat tegelijk professioneel en menselijk wil zijn: een gids voor wie met kinderen werkt die vroeg en langdurig beschadigd raakten, én een uitnodiging om te blijven voelen wat die verhalen met je doen. De titel is daarin programmatisch. Je wordt als lezer niet alleen geïnformeerd, maar ook aangesproken in je betrokkenheid. Dat is meteen de grootste verdienste van het boek: het weigert de afstandelijke toon die in hulpverleningsliteratuur soms als bescherming fungeert, en kiest expliciet voor nabijheid – zonder naïef te worden.

Het boek is opgebouwd in verschillende lagen: eerst schetst Vliegen hoe complex trauma ingrijpt op ontwikkeling, hechting, emotieregulatie en verhaalvorming. Vervolgens verbindt ze deze inzichten met klinische praktijkervaringen en reflecties over therapeutische aanwezigheid. In het boek staat telkens de vraag centraal hoe kinderen, via veiligheid en afstemming, hun ervaringen opnieuw in een draaglijk verhaal kunnen integreren.

mia.leijssen@kuleuven.be

Complex trauma als relationeel en ontwikkelingspsychologisch gegeven

Wat vooral opvalt, is hoe Vliegen het fenomeen 'complex trauma' niet reduceert tot een etiket, maar het benadert als een relationeel en ontwikkelingspsychologisch gegeven. Complex trauma is hier niet simpelweg 'veel ergs meegemaakt', maar een kluwen van ervaringen die het lichaam, het brein, het hechtingssysteem en het verhaalvermogen van een kind vormen en vervormen. Die brede benadering maakt het boek relevant voor psychologen en therapeuten, maar ook voor leerkrachten, opvoeders, pleegzorgbegeleiders en iedereen die met ontregelde kinderen werkt.

De auteur legt helder uit waarom gedrag bij complex trauma vaak 'onlogisch' lijkt voor de buitenwereld, maar vanuit het perspectief van overleving juist betekenisvol is. Het kind reageert niet alleen op het heden, maar op een verleden dat telkens opnieuw in het heden binnenvalt.

Een van de krachtigste elementen is de centrale plaats die Vliegen toekent aan verhalen – niet als literair ornament, maar als psychologisch fundament. Traumatische ervaringen gaan vaak gepaard met een gebroken narratief: herinneringen zijn fragmentarisch, zintuiglijk, ongerijmd of nauwelijks beschikbaar. Kinderen vertellen dan niet altijd in woorden, maar via spel, lijf, stilte, drift, controle, vermijding of extreme afhankelijkheid. Wie verwacht dat een kind 'gewoon eens vertelt wat er is gebeurd', mist waar het bij complex trauma om gaat. Verhaalvorming vraagt veiligheid, afstemming en tijd.

Verbinding tussen theorie en praktijk

Vliegen schrijft empathisch, zonder sentimenteel te worden. Ze neemt de lezer serieus, veronderstelt vakmatige nieuwsgierigheid, maar blijft toegankelijk. Waar sommige trauma-boeken vervallen in een overdaad aan theorie of juist in losse praktijkverhalen zonder kader, bewaart ze hier een evenwicht. Ze bouwt een conceptualisering op en verbindt die telkens met de klinische realiteit: wat zie je, wat voel je als begeleider, wat kan helpen, waar loop je vast?

Het boek erkent dat het werk met deze kinderen niet lineair is. Terugval is normaal, vooruitgang soms klein: één moment minder paniek, één verschuiving in vertrouwen, één ervaring waarin een kind niet opnieuw wordt opgegeven. Juist daardoor voelt het boek realistisch en betrouwbaar aan.

Een sterk punt is de aandacht voor de hulpverlener als instrument. Vliegen verdoezelt niet dat werken met complex trauma je kan raken – en soms overspoelen. Secundaire traumatisering, machteloosheid, boosheid of aversie kunnen opduiken en maken deel uit van het proces. Dit boek doet niet alsof de professional boven de materie staat, maar toont hoe belangrijk het is om beschikbaar te blijven zonder jezelf te verliezen.

De relationele invalshoek is overtuigend. Herstel draait zelden om één interventie, maar om herhaalde ervaringen van betrouwbaarheid: voorspelbaarheid, heldere kaders, congruente volwassenen en een houding waarin het kind niet herleid wordt tot probleemgedrag. Therapie verschijnt hier niet alleen als

mia.leijssen@kuleuven.be

een setting, maar als een manier van aanwezig zijn.

Het boek benoemt ook de spanning tussen bescherming en autonomie. Kinderen met complex trauma zijn vaak hyperalert, wantrouwig en controlerend omdat ze ooit niet konden rekenen op bescherming. Volwassenen reageren daarop soms met meer controle, waardoor het kind bevestigd wordt in zijn wereldbeeld. Vliegen pleit voor een subtiel evenwicht: begrenzen zonder te breken, sturen zonder overnemen, nabijheid aanbieden zonder invasief te worden. Dat vraagt klinische finesse én teamafstemming.

Toch is het boek niet alleen een warm pleidooi; het is ook confronterend. De verhalen leggen bloot hoe diep de beschadiging kan gaan en hoe hardnekkig patronen kunnen zijn. Herstel betekent hier niet noodzakelijk een happy end, maar meer ruimte: minder overleving, meer keuze. Die realistische hoop voorkomt zowel cynisme als overoptimisme.

Ook maatschappelijk stelt het boek een belangrijke vraag. Onze samenleving wil vaak dat kinderen functioneren: naar school gaan, meedoen, rustig zijn, zich aanpassen. Kinderen met complex trauma tonen de breuklijnen van dat ideaal. Hun gedrag is niet enkel storing, maar communicatie. Vliegen nodigt uit om niet te vragen 'hoe krijgen we dit kind stil?', maar 'wat probeert dit kind ons te vertellen?'

Enkele kanttekeningen voor de lezer

Een mogelijke kanttekening is dat lezers die op zoek zijn naar een strak protocol of stappenplan, het boek misschien te verhalend of te reflectief zullen vinden. De kracht van het werk zit juist in de verweving van narratieve gevoeligheid, klinische ervaring en theoretische duiding. Wie concreet wil weten 'wat te doen in sessie drie', zal zelf de vertaling naar de eigen context moeten maken. En dat is precies wat bij complex trauma onvermijdelijk is: standaardisering botst vaak met de unieke geschiedenis van elk kind.

Daarnaast kan de emotionele intensiteit sommige lezers overweldigen, zeker wie zelf onverwerkte ervaringen met zich meedraagt. Door zijn nabijheid kan het boek iets ontsluiten in de lezer. Dat hoeft niet negatief te zijn, maar het vraagt wel ruimte, reflectie en het bewaken van eigen grenzen.

Een boek dat je als lezer raakt

Stilistisch is het boek helder en betrokken. De taal is niet gratuit ingewikkeld, maar ook niet simplistisch. Vliegen schrijft alsof ze in gesprek is met de lezer – een gesprek waarin ze je meeneemt, stilzet en soms een spiegel voorhoudt. Voor studenten en beginnende hulpverleners helpt het boek een professioneel kompas ontwikkelen; voor ervaren professionals legitimeert het de complexiteit die zij vaak al lang ervaren.

mia.leijssen@kuleuven.be

Als geheel biedt *Geraakt door levensverhalen van kinderen met complex trauma* een rijke combinatie van kennis, klinische wijsheid en menselijkheid. Het boek helpt om gedrag te lezen als communicatie, trauma te begrijpen als iets dat zich in relaties nestelt, en verhaalvorming te zien als een weg naar herstel. Bovenal herinnert het eraan dat werken met deze kinderen vraagt om een bijzondere kwaliteit van aanwezigheid: niet perfect, wel betrouwbaar; niet alleswetend, wel afgestemd; niet reddend, wel dragend.

Wie met kinderen met complex trauma werkt, weet dat het niet alleen gaat om wat je doet, maar om wie je bent in het contact. Vliegen slaagt erin precies dat zichtbaar te maken, zonder het mystiek te maken. Daarmee is dit boek geen snelle oplossing, maar een duurzame metgezel: een tekst waar je naar terugkeert wanneer je vastloopt, moed nodig hebt of opnieuw wilt begrijpen waarom je dit werk doet.

Personalia

Erik de Soir is doctor in de psychologie en doctor in de sociale en militaire wetenschappen. Hij is werkzaam als psychotraumatherapeut bij De Weg Wijzer – Expertisecentrum voor Trauma- en Rouwbegeleiding te Leopoldsborg en doceert psychotraumatologie aan universiteiten in binnen- en buitenland; zijn onderzoek richt zich op de gevolgen van acute en chronische traumatisering.

E-mail: erik.de.soir@telenet.be

Wordt verwacht in de volgende nummers van het *Tijdschrift Klinische Psychologie*

De bange therapeut: wanneer angst bezit neemt van de therapeut – Van Paassen, F.

Het Freud museum in Londen – Vereycken, J.

Misverstanden over validiteitstests – Dandachi-FitzGerald, B. & Merckelbach, H.

Van autoritaire vader naar overbeschermende moeder? – Krols, A.

Digitale preventieve interventies voor jongeren met beginnende psychische klachten – Van Doorn, M., Hellegers, F., & Struijs, S.

Ethiek en deontologie van het gedeeld beroepsgeheim bij interprofessionele samenwerking: een enquête onder klinisch psychologen in België – Willemsen, J., Hausman, J.-M., & Zech, E.

De kwetsbare psychotherapeut: de mens achter de behandelaar – Van Paassen, F.

Zelfbeschadiging bij ouderen: klinische handvatten voor preventie en vroeginterventie – Van Hove, L.

Betere psychosociale ondersteuning voor personen met kanker en hun mantelzorgers: een studie in zes Europese landen – De Vleminck, A. & Cohen, J.

Van de therapiekamer naar het dagelijks leven: nieuwe inzichten in assessment en interventie bij zelfverwondend gedrag bij jongeren – Aleva, A., Van Bentum, J., & Kiekens, G.

Boekrecensies

- 📖 De la Rie et al. (2025). *Handboek migratie en psychotrauma*
- 📖 Meganck, R. (2025). *Nooit meer alleen: opvoeden en opgroeien in een wereld vol schermen*
- 📖 Werkhoven, S. et al. (2025). *Labellen met ADHD en ASS. Wetenschap, nut en risico van psychiatrische classificaties*
- 📖 Bohlmeijer, E. (Red.). *Positieve psychologie in de praktijk*
- 📖 Kissi, A. (2025). *Witte zorg, zwart leed: waarom onze mentale gezondheidszorg faalt voor mensen van kleur*

mia.leijssen@kuleuven.be



Bianca Vosters

Mijn levensverhaal

Invulboek

Ontdek de kracht van jouw verhaal.

Dit invulboek biedt een veilige ruimte om je levensverhaal te verkennen – voor jezelf, je naasten of binnen de zorg. Het nodigt je uit om stil te staan bij wie je bent, herinneringen te koesteren of verbinding te maken.

Jouw levensverhaal brengt gesprekken op gang die ertoe doen en helpt je omgaan met verandering, verlies en nieuwe perspectieven. Er is ruimte voor kwetsbaarheid én kracht. Je kunt het alleen invullen, samen met een naaste of hulpverlener, of voor iemand anders. Bewaar het thuis voor jezelf of neem het mee in een zorgcontext zodat hulpverleners jou leren kennen als mens, niet enkel als cliënt.

Bianca Vosters bedacht dit invulboek. Ze is praktijklector bij Hogeschool PXL People & Society Maatschappelijk Werk, Orthopedagogische Begeleiding en Toegepaste Psychologie. Ze werkte jarenlang als moreel consulent in Jessa Ziekenhuis vanuit ikwilpraten vzw en in de thuiszorg. Ze zette het levensverhaal in bij patiënten en naasten, zodat het mee kon reizen binnen en buiten de zorg. Vanuit haar ervaring met zingeving, veerkracht en persoonsgerichte zorg ontwikkelde ze deze tool om mensen te helpen hun verhaal te verwoorden, verwerken en bewaren – met focus op wat echt telt.

ISBN 978-94-6371-620-8

52 blz.

€ 16

Per 5 exemplaren betaalt u slechts € 49,95.

Bestel nu



Philippe Quetin

Weg van pijn?

Een pijnkompas

Chronische pijn laat zich niet reduceren tot één defect of één oorzaak. In dit boek wordt pijn benaderd als een dynamisch, multidimensioneel fenomeen: het resultaat van voortdurende interacties tussen neurobiologische, immunologische en endocriene processen, gedrag, context en betekenis. Vanuit recente inzichten in de pijnwetenschap, *predictive processing* en complexiteitsdenken maakt de auteur inzichtelijk hoe pijn ontstaat en vaak een beschermend, maar soms hardnekkig patroon kan zijn – geen 'fout' op één plek, maar een systeemtoestand.

Het boek vertaalt deze visie naar de klinische praktijk. Het biedt professionals een hanteerbaar kompas voor triage, het inschatten van draagkracht en fase, het doseren van evidence-informed interventies en het vermijden van diagnostische en therapeutische escalatie zonder meerwaarde. Daarnaast reikt het handvatten aan om multidisciplinaire samenwerking te versterken en zorg te organiseren rond één gedeelde richting, met levenskwaliteit als centrale uitkomstmaat.

Dit werk is bedoeld voor zorgprofessionals die hun begrip van chronische pijn willen verdiepen en hun handelen willen verfijnen – met meer precisie, samenhang en menselijkheid.

ISBN 978-94-6371-609-3

345 blz.

€ 49,95

Bestel nu





Harald Merckelbach

Klopt die klacht?

Over het verbergen, vergroten en verzinnen van klachten

Patiënten laten in de beslotenheid van de spreekkamer lang niet altijd het achterste van hun tong zien. Psychologen en psychiaters beschikken over een bont arsenaal aan termen om dat te beschrijven: dissimuleren, aggraveren, malingeren, Münchhausen, onderpresteren etc. De begripsverwarring die daaruit voortvloeit, bemoeilijkt de diagnostiek en staat behandeling geregeld in de weg.

ISBN 978-94-6371-617-8

204 blz.

€ 29,95

Bestel nu



In dit boek schept Harald Merckelbach orde in de terminologische chaos rond symptoomvaliditeit. Aan de hand van sprekende voorbeelden laat hij zien hoe validiteitstests kunnen helpen om scherper onderscheid te maken tussen psychopathologie, misleiding en alles wat zich daartussen bevindt. Daarmee werpt hij nieuw licht op een onderwerp dat zowel de klinische praktijk als de rechtszaal raakt.



Erik de Soir (Red.)

Handboek klinische en medische hypnose

Dit handboek laat zien hoe klinische hypnose kan uitgroeien tot een krachtig, geïntegreerd instrument binnen moderne zorg – waar regulatie, veiligheid en therapeutische afstemming het verschil maken. Het biedt zorgprofessionals een helder en evidence-informed kader om hypnose doelgericht en met vertrouwen in te zetten.

Van traumatherapie en paniek tot medische procedures en zelfzorg bij zorgverleners: de bijdragen maken zichtbaar hoe hypnose directe toegang biedt tot processen die vaak buiten bereik blijven van louter cognitieve interventies. Door gerichte aandacht, taal en verbeelding te benutten, opent zij een weg naar herstel, veerkracht en betekenisgeving – precies daar waar ontregeling het grootst is.

ISBN 978-94-6371-610-9

299 blz.

€ 49,95

Bestel nu



Het handboek is uniek in zijn verfijnde combinatie van klinische diepgang en praktische toepasbaarheid. Het toont niet alleen *dat* hypnose werkt, maar vooral *hoe* en *wanneer* zij impact heeft – binnen gefaseerde behandelmodellen, in acute situaties en in medische settings. Tegelijk staat een uitgesproken ethische en relationele benadering centraal.

Voor psychologen, artsen, psychotherapeuten, verpleegkundigen en andere hulpverleners die hun klinisch handelen willen verdiepen met een subtiele maar bijzonder effectieve interventievorm.