

Psychotherapeutische kennis en vaardigheden: essentieel in het werk als psychiater

R.A. van Grieken, J.K. Tijdink, H.D. Philipszoon

Samenvatting Psychotherapeutische vaardigheden zijn onlosmakelijk verbonden met de werkzaamheden van iedere psychiater. Wij willen de in het nieuwe opleidingsplan beschreven psychotherapeutische competenties onder de aandacht brengen. Daartoe presenteren we twee casussen vanuit de klinische praktijk waarin de psychiater psychotherapeutische vaardigheden nodig heeft om effectief te zijn in diagnostiek en behandeling. Met psychotherapeutische competenties lukt het de psychiater om veel voorkomend appel van complexe patiënten te verdragen en te begrijpen, betekenis te geven aan gedrag en hier indien mogelijk met de patiënt op te reflecteren met oog op progressie in de behandeling. De klinische psychiatrische praktijk kan niet los worden gezien van de psychotherapie, want zonder psychotherapeutische kennis en vaardigheden is behandeling niet goed mogelijk en kan deze leiden tot niet effectieve of stagnerende behandelingen, onwerkzame behandelrelaties, overdiagnostiek, regressie bij de patiënt of polyfarmacie.

Psychotherapeutische kennis en vaardigheden zijn een onlosmakelijk onderdeel van de beroepsuitoefening van de psychiater en vormen samen met kennis van farmacotherapie, somatiek en neurobiologie de kern van het werken als psychiater (Visie op Psychotherapie; NVvP 2010). Door de prominente aanwezigheid van psychotherapeutische competenties als onderdeel van de opleiding, zijn psychiaters bevoegd en bekwaam om psychotherapieën te verrichten (NVvP 2020; Generieke Module Psychotherapie 2019). Daarnaast zijn het beheersen (en onderhouden) van psychotherapeutische vaardigheden noodzakelijk voor de psychiater om elke psychiatrische patiënt effectief te kunnen behandelen. Hierdoor kan de psychiater in staat zijn om in complexe interacties tegenoverdracht te benutten en moeilijke therapeutische relaties te hanteren.

De expertise van een psychiater in gesprekstechnieken draagt bij aan de effectiviteit van onze behandelingen (Mc Kay 2006). De psychiater verwerft psychotherapeutische vaardigheden tijdens de opleiding en houdt deze bij middels bij- en nascholing. Ze moeten echter wel goed aangeleerd worden en om ze regelmatig toe te kunnen passen zijn vele vlieguren nodig. Het nieuwe opleidingsplan geeft hier een duidelijk kader voor.

In het nieuwe opleidingsplan dat per 1 juli 2020 in werking is getreden (NVvP 2020) worden deze vaardigheden aangeleerd door middel van theoretische scholing, het

uitvoeren van psychotherapieën onder supervisie en het uitvoeren van *entrusted professional activities* (EPA's). EPA's zijn gestructureerde beschrijvingen van afgebakende kernactiviteiten van de psychiater en van de kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn om de activiteit uit te kunnen voeren. Tevens zijn mentoraat en leertherapie belangrijk bij de ontwikkeling van psychotherapeutische competenties.

In dit artikel willen wij de in het nieuwe opleidingsplan beschreven psychotherapeutische competenties onder de aandacht brengen. De essentiële elementen in de psychotherapeutische competenties zijn: de behandelrelatie met de patiënt en zijn omgeving, het reflecteren op zichzelf en de patiënt en het toepassen van een verscheidenheid aan interventies (Thunnissen & Nijs 2018). In het opleidingsplan worden 18 psychotherapeutische competenties beschreven die als aanleiding voor dit artikel hebben gediend. Wij denken dat het essentieel is om meer zicht te krijgen op deze competenties om ze goed in te kunnen zetten in de spreekkamer en in de opleiding tot psychiater.

Om het belang van psychotherapeutische competenties door de psychiater te illustreren, presenteren we twee casussen die zijn samengesteld op basis van ervaringen met verschillende patiënten vanuit de klinische praktijk op een polikliniek voor persoonlijkheidsstoornissen. Bij elk van deze casussen heeft de psychiater zijn of haar

AUTEURS

Roos A. van Grieken, psychiater en onderzoeker, NPI Arkin, Amsterdam.

Joeri K. Tijdink, psychiater en onderzoeker, afd. Ethiek, recht en humaniora, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam, en afd. Filosofie, VU Universiteit, Amsterdam.

H. Dorien Philipszoon, psychiater en psychoanalytisch psychotherapeut, afd. Psychiatrie, Zaans Medisch Centrum en eigen praktijk te Amstelveen.

Correspondentieadres

Roos van Grieken, Overschiestraat 55, 1055 HN Amsterdam.

E-mail: Roos.van.Grieken@npsai.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-9-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):374-378

psychotherapeutische vaardigheden nodig om effectief te zijn in diagnostiek en behandeling. Bij iedere psychotherapeutische interventie die in de casussen wordt besproken, hebben we de bijbehorende competentie beschreven (zie **tabel 1** met een volledig overzicht van alle 18 competenties). Wij denken dat deze casussen de noodzaak voor meer aandacht voor deze facetten van het vak laten zien en psychiaters kunnen stimuleren om meer bij- en nascholing te volgen op het gebied van psychotherapie.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A was een 25-jarige student fysiotherapie die als kind in meerdere pleeggezinnen gewoond had. Hij was bekend wegens suïcidaal gedrag en had meerdere keren een tentamen suïcidii (TS) gedaan, onder andere met medicatie. Recent deed hij een poging tot verhangen in een boom, waarbij hij door een politiehelikopter uit de boom gehaald moest worden. De crisisdienst diagnosticeerde een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Het intake-team van een tweedelijns ggz-instelling besloot dat de start met ofwel schematherapie (SFT) ofwel een mentaliserenbevorderende therapie (MBT) passend was. Patiënt koos voor SFT (*competentie 17: beoordeelt de geschiktheid van de patiënt voor de verschillende vormen van psychotherapie en kent de indicatiecriteria; en competentie 18: geeft over de verschillende vormen van psychotherapie psycho-educatie en informatie zodat een geïnformeerd proces van gezamenlijke besluitvorming tot stand komt*).

Patiënt gebruikte geregeld veel alcohol, automutileerde en had chronisch suïcidale gedachten. De schematherapeut voelde zich al gauw onmachtig vanwege het wanhopige en afhankelijke gedrag van de patiënt en vroeg de psychiater in consult om iets te 'doen', omdat het zo niet langer ging. De schematherapeut en de patiënt konden allebei niet meer mentaliseren en leken

in de zogenaamde teleologische modus te functioneren (Philipszoon 2018). In deze modus interpreteert de patiënt het gedrag van de ander uitsluitend in termen van rechtstreeks zichtbare, fysieke gevolgen, bijvoorbeeld wanneer deze betrokkenheid van de psychiater alleen kan ervaren als die zichtbaar is in acties, bijvoorbeeld langere gesprekken of extra medicatie.

De psychiater twijfelde, want hoewel een harde indicatie voor medicatie ontbrak, adviseert de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen indien noodzakelijk het kortdurende gebruik van affectregulerende stabiliserende medicatie zoals een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) of antipsychotica bij borderlinepersoonlijkeitsstoornissen (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen 2008). Deze wordt frequent offlabel voorgeschreven in de klinische praktijk.

In het geval van deze patiënt was medicatiegebruik relatief gecontraïndiceerd mede omdat hij eerder benzodiazepinen bleek te hebben meegenomen van zijn stageplek en vanwege het ontbreken van een depressieve, angst- of psychotische stoornis in engere zin. Daarnaast bleek hij eerder de huisarts en betrokken crisisdienst-behandelaars te hebben voorgelogen over het feit dat hij de door hen voorgeschreven medicatie niet innam, maar opspaarde om een TS mee te doen (*competentie 11: herkent de psychotherapeutische aspecten bij het voorschrijven van psychofarmaca*). Echter, vanwege het forse appel haperde nu ook het mentaliserend vermogen bij de psychiater. Ze kon niet meer goed nadenken vanwege de druk die ze ervoer te moeten 'handelen' om zelfdestruc-tief gedrag of een nieuwe TS te voorkomen.

Omdat zij zich dit realiseerde, waakte de psychiater ervoor te handelen in deze niet-mentaliserende teleologische modus door iets te 'doen' in plaats van het gedrag te 'begrijpen' (*competentie 8: kan afweer, coping, weerstand, overdracht in de relatie herkennen en hantieren*). Het starten met offlabelmedicatie zou de directe behoefte bevredigen en het appel gratificeren, maar ook gevaarlijk kunnen zijn vanwege suïcidaliteit en op lange

termijn geen oplossing bieden. Mede dankzij deze psychotherapeutische kennis koos de psychiater er daarom voor om het dwingende verzoek te verdragen en de wanhoop van de patiënt te erkennen (*competentie 7: kan veelvoorkomende (steungevende) interventies uitvoeren*) en te onderzoeken (*competentie 6: is in staat innerlijke belevingen van de patiënt te bespreken en daarop met de patiënt te reflecteren*) alvorens te kiezen voor het voorschrijven van medicatie.

De patiënt bleek niet anders gewend te zijn dan zijn behoeftes en emoties extern te reguleren met drank, drugs of medicatie. Door tijd te nemen om te onderzoeken wat er aan de hand was, verminderden het dwingende appel en later ook de destructieve neigingen en de automutilatie. Er ontstond een positieve therapeutische relatie waarin de patiënt zich veilig voelde (*competentie 4: genereert het juiste evenwicht tussen nabijheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen en gepaste afstand om de werkrelatie veilig en professioneel te houden*) bij twee

behandelaars die samenwerken (*competentie 13: kan in geval van gescheiden behandeling adequaat samenwerken met de patiënt en psychotherapeutisch behandelaar en waar nodig vanuit een geïntegreerd perspectief op de patiënt het farmacologische deel vormgeven*) en niet meeding in een ogenschijnlijke behoefte aan medicatie.

Doordat de psychiater de beschikking had over kennis van psychotherapeutische processen (mentaliseren), en psychotherapeutische vaardigheden beheerste (verdragen en erkennen), kon zij de situatie geleidelijk de-escaleren.

Patiënt B, een 51-jarige man met een bipolaire 2-stoornis en een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, gebruikte bij aanmelding diverse psychofarmaca waaronder een stemmingsstabilisator, een antidepressivum, meerdere antipsychotica, een benzodiazepine en een antihistaminicum. Aangezien de patiënt met zijn neiging zelf de regie te voeren over zijn medicatiebeleid negatieve tegenoverdracht opriep bij de psychiater (*com-*

Tabel 1. De 18 psychotherapeutische competenties zoals beschreven in het nieuwe Landelijk Opleidingsplan Psychiatrie (NVvP 2020)

NUMMER	COMPETENTIE
1	Past verbale en non-verbale gespreksvaardigheden adequaat toe.
2	Is in staat in de behandelrelatie zich rekenschap te geven van de persoonlijkheidskenmerken, psychiatrische symptomen en sociaal-culturele achtergrond van de patiënt en naastbetrokkenen.
3	Kan op adequate wijze met de patiënt en waar nodig naastbetrokkenen een behandelrelatie opbouwen, onderhouden en beëindigen.
4	Genereert in de relatie met de patiënt het juiste evenwicht tussen de benodigde nabijheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen en een gepaste afstand om de werkrelatie veilig en professioneel te houden.
5	Sluit aan bij het motivationele stadium van de patiënt en is in staat verschillende motivatietechnieken adequaat toe te passen.
6	Is in staat de innerlijke belevingen van de patiënt te bespreken en daarop met de patiënt te reflecteren.
7	Kan veelvoorkomende (steungevende) interventies uitvoeren, zoals: erkennen, empathisch begrip overbrengen, breuken herstellen, hoop genereren, stimuleren, structureren, adviseren en confronteren.
8	Kan afweer, coping, weerstand, overdracht in de relatie met de patiënt en waar nodig met naastbetrokkenen herkennen en hanteren.
9	Kan bij zichzelf de rol van tegenoverdracht in de relatie met de patiënt en waar nodig met naastbetrokkenen herkennen, hier op reflecteren en adequaat hanteren.
10	Kent de basale psychodynamische, groepsdynamische, gedrags- en systeemtheorieën over de ontwikkeling en het (onbewust) functioneren en de implicaties daarvan voor de klinische praktijk.
11	Herkent de psychotherapeutische aspecten bij het voorschrijven van farmacotherapie.
12	Is in staat de meerwaarde van het gecombineerd uitvoeren van farmacotherapie en psychotherapie te benoemen en kent de indicaties hiervoor.
13	Kan in geval van gescheiden behandeling adequaat samenwerken met de patiënt en psychotherapeutische behandelaar en waar nodig vanuit een geïntegreerd perspectief op de patiënt het farmacologische deel vormgeven.
14	Is in staat de meerwaarde van het gecombineerd uitvoeren van een somatische behandeling en psychotherapie te benoemen en kent de indicaties hiervoor.
15	Kan in geval van gescheiden behandeling adequaat samenwerken met de patiënt en medische behandelaar en waar nodig vanuit een geïntegreerd perspectief op de patiënt het psychotherapeutische deel vormgeven.
16	Houdt bij de indicatiestelling rekening met de achtergrond, doelen, effectiviteit, risico's, bijwerkingen en (contra)indicaties van de verschillende therapievormen.
17	Beoordeelt de geschiktheid van de patiënt voor de verschillende vormen van psychotherapie en kent de indicatiecriteria.
18	Geeft over de verschillende vormen van psychotherapie psycho-educatie en informatie aan de patiënt en indien nodig aan naastbetrokkenen zodat een geïnformeerd proces van gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) tot stand komt.

petentie 9: kan bij zichzelf de rol van tegenoverdracht in de relatie met de patiënt herkennen, hierop reflecteren en adequaat hanteren), vermoedde deze dat tegenoverdracht (in de vorm van wanhoop) ook bij voorgaande behandelaars een rol had gespeeld in het ogenschijnlijk irrationeel voorschrijfgedrag. De behandelend psychiater ervoer machteloosheid en had moeite met grenzen stellen bij deze patiënt, die hopeloosheid overbracht en hoop leek te putten uit medicatie.

Steeds weer nieuwe medicatie uitproberen door een psychiater kan passen bij enactment, ofwel de behandelaar handelt naar wat de patiënt op of in hem of haar projecteert (in dit geval wanhoop). Het is van belang dat de psychiater zijn of haar tegenoverdracht herkent en erover kan reflecteren (mentaliseren) (*competentie 10: kent o.m. de basale psychodynamische theorieën over de ontwikkeling en het (onbewust) functioneren en de implicatie daarvan voor de klinische praktijk*). Pas als hij of zij dit kan, kan hij of zij het terugkerende patroon van wanhoop en polyfarmacie adequaat met de patiënt onderzoeken.

Nadat een werkrelatie was opgebouwd (*competentie 3: op adequate wijze opbouwen behandelrelatie*), onderzocht de psychiater met de patiënt waar de machteloosheidsgevoelens vandaan kwamen en waarom zij zelf ook geneigd was om medicatie voor te schrijven. Na enkele sessies lukte het haar zich te ontworstelen aan de dyade van de patiënt als 'slachtoffer' en de psychiater als 'oplosser/redder' naar een houding waarin zij de patiënt kon steunen in de rouw dat de 'oplossing' misschien wel zat in het verdragen van de klachten waar hij mee worstelde.

Om progressie te bevorderen, stelden ze samen tot doel om de medicatie te saneren. Na een investering van 1,5 jaar, gekenmerkt door paniek en het regelmatig wanhopig telefonisch contact zoeken met de psychiater (*competentie 1: past (non-)verbale gespreksvaardigheden adequaat toe*) vanwege gebrekkige emotieregulatie (*competentie 2: zich rekenschap geven van persoonlijkheidskenmerken*), angst en wanhoop, lukte het de psychiater en de patiënt samen om dit gedrag te verdragen. Ook waren ze toen in staat te onderzoeken wat de medicatiewens betekende zoals dat de patiënt bij innerlijke instabiliteit paniek ervoer en zich eisend opstelde omdat hij enkel nog houvast ontleende aan iets vanuit de buitenwereld dat zijn emoties wist te reguleren.

De medicatie werd stapsgewijs afgebouwd (*competentie 5: sluit aan bij het motivationele stadium van de patiënt en is in staat motivatietechnieken toe te passen*) en de behandeling werd uiteindelijk afgesloten, waarbij de patiënt nog slechts één stemmingsstabilisator gebruikte. De patiënt had veel geleerd over zijn boosheid en zijn claimende gedrag dat zich ook manifesteerde in zijn privéleven. In de behandeling was het niet alleen gelukt om de medicatie te saneren, maar ook zijn klachten van wanhoop en zijn claimende gedrag te verminderen. De psychiater had dit met gebruik van psychotherapeutische vaardigheden kunnen bereiken.

BESPREKING

In beide casussen wordt duidelijk dat voor een psychiater psychotherapeutische kennis en vaardigheden essentieel zijn. Zonder deze competenties lukt het een psychiater niet om veelvoorkomend appel te verdragen, betekenis te geven aan gedrag en hier indien mogelijk met de patiënt op te reflecteren met oog op progressie in een behandeling. Een psychiater kan veelvoorkomende angst en paniek pas adequaat behandelen en hiermee regressief gedrag en polyfarmacie voorkómen, als hij of zij over psychotherapeutische vaardigheden beschikt. Daarnaast wordt een psychiater vaak pas geconsulteerd op het moment dat een behandeling complex verloopt en is psychotherapeutische kennis die bijdraagt aan betekenisgeving van onderliggende patronen noodzakelijk (Thunissen & Nijs 2018).

Het zijn universele therapiefactoren die als psychotherapeutische competenties beschreven worden in het nieuwe opleidingsplan (Thunissen & Nijs 2018; de Psychiater 2020). Opvallend is dat enkele van de beschreven psychotherapeutische competenties oorspronkelijk psychodynamisch van aard zijn (Yakeley 2018), zoals de competentie tegenoverdracht hanteren of afweer en weerstand herkennen.

In een originele meta-analyse vonden Hayes e.a. (2018) dat het adequaat hanteren van tegenoverdracht gecorreleerd is met de behandeluitkomst (Pearsons $r = 0,39$). Ze zijn nodig voor het dagelijks werk van de psychiater en het vormen van een goede therapeutische relatie (Van 2019a). Verder zijn ze onafhankelijk van welke vorm van psychotherapie gegeven wordt, of dit nu cognitieve gedragstherapie (CGT), schematherapie (SFT) of mentaliserenbevorderende therapie (MBT) is.

Bij 49% van de patiënten in de psychiatrie komen (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen voor (Beckwith 2014). Het gebruik van deze vaardigheden is dus niet alleen nodig op een polikliniek voor persoonlijkheidsstoornissen. Iedere psychiater heeft, met welke patiëntengroep hij of zij ook werkt psychotherapeutische competenties nodig om een effectieve therapeutische relatie op te bouwen.

Psychiaters hebben historisch gezien bijgedragen aan de ontwikkeling van psychotherapie en nog altijd is psychotherapie een van de belangrijkste pijlers van de psychiatrie (Thunissen & Nijs 2018). Ook al heeft de psychotherapie zich in de afgelopen tijd enigszins losgemaakt van de psychiatrie (Draijer 2019), we kunnen de psychiatrie onmogelijk los zien van de psychotherapie want zonder psychotherapeutische competenties is adequate behandeling van psychiatrische patiënten onmogelijk (Van 2019b). Daarnaast blijkt uit een enquête van De Jonge Psychiater uitgevoerd in 2017 (Tijdschrift e.a. 2017) onder 884 psychiaters in Nederland, dat de waardering die psychiaters voor hun vak hebben vooral gebaseerd is op patiëntencontact (84%) en de psychotherapeutische mogelijkheden waarover ze beschikken (60%).

Psychiater als psychotherapeut

Bij sommige patiënten is het geïndiceerd om psychotherapie uit te laten voeren door een psychiater (*competentie 12: is in staat de meerwaarde van het gecombineerd uitvoeren van farmacotherapie en psychotherapie te benoemen en kent de indicaties hiervoor*). Denk bijvoorbeeld aan patiënten die een hoog risico hebben op het ontstaan van een zeer ernstige psychiatrische (of somatische) ziekte (*competentie 14: is in staat de meerwaarde van het gecombineerd uitvoeren van een somatische behandeling en psychotherapie te benoemen en kent de indicaties hiervoor; en competentie 15: kan in geval van gescheiden behandeling adequaat samenwerken met de patiënt en medische behandelaar*). Hetzelfde geldt voor patiënten bij wie de indicatie bestaat voor gecombineerde farmaco- en psychotherapie (en bij wie het fenomeen van splitsing tussen behandelars onwenselijk is) en patiënten bij wie het noodzakelijk is om een integratief overzicht op somatisch, juridisch, sociaal en/of psychologisch gebied te hebben (*competentie 16: houdt bij de indicatiestelling rekening met de achtergrond, doelen, effectiviteit, risico's, bijwerkingen en (contra)indicaties van de verschillende therapievormen*).

Psychofarmacotherapie en psychotherapeutische invloeden

Bij het voorschrijven van psychofarmaca dienen we rekening te houden met de complexe samenhang van biologische, psychologische en sociale factoren (Riba & Balon 2018). Daarbij dienen we ook de betekenis van psychofarmaca voor de patiënt te betrekken, die zowel positief als negatief kan zijn (Thunnissen & Nijs 2018). Patiënten kunnen medicatie als oplossing ervaren voor een vermeende depressie, terwijl juist het gebruik van medicatie de essentie van de persoonlijkheidsproblematiek kan maskeren. Tegenoverdrachtsgevoelens zoals onmacht kunnen zorgen voor irrationele polyfarmacie en overdoseringen (Mallo & Mintz 2013). Op de voorgrond staande klachten en wensen van de patiënt dienen we te interpreteren tegen de achtergrond van bestaande persoonlijkheidskenmerken, de rol van betekenisgeving wat betreft medicatie en processen die in de (tegen)overdracht meespelen (Riba & Balon 2018).

CONCLUSIE

Psychotherapeutische vaardigheden zijn onlosmakelijk verbonden met de werkzaamheden van de psychiater in alle specialisatiegebieden. Het nieuwe opleidingsplan met de daarin beschreven 18 competenties was voor ons aanleiding voor dit artikel. De competenties hebben wij geïllustreerd met casuïstiek uit het dagelijks werk van een psychiater werkzaam op een polikliniek voor persoonlijkheidsstoornissen. Wij onderstrepen hiermee het belang van intensieve opleiding in psychotherapeutische competenties, zoals ook met het nieuwe opleidingsplan beoogd wordt, waardoor psychotherapeutisch denken in

gesprekken met patiënten, bij medicatiegebruik en in de samenwerking met collegae gewaarborgd is.

Ook streven wij een nascholingsagenda na waarin de psychiater psychotherapeutische vaardigheden kan verbeteren die van toepassing zijn in specifieke settings, zoals in het ziekenhuis, in het werk met patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en in consultatie met andere disciplines zoals GZ-psychologen, verpleegkundigen en psychotherapeuten.

De beschreven casussen zijn slechts een bescheiden selectie waarin het belang van psychotherapeutische kennis en vaardigheden wordt onderstreept. Wij willen onze collega's werkzaam in andere specialisatiegebieden, zoals op een crisisdienst, in het ziekenhuis of in de chronische zorg voor patiënten met EPA, graag aanmoedigen om vergelijkbare casuïstiek te presenteren om te laten zien dat deze competenties van belang zijn in het gehele werkveld van de psychiater.

LITERATUUR

- Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health* 2014; 8: 91-101.
- NVvP. De psychiater, medisch expert, sociaal maatschappelijk betrokken, professioneel. Landelijk Opleidingsplan voor de geneeskundige vervolgopleiding Psychiatrie. Utrecht: NVvP; 2020.
- Draijer N, Hauber K, Colijn S. De psychotherapeut als specialist? *Tijdschr Psychother* 2019; 45: 179-90.
- Generieke Module Psychotherapie. GGZ Standaarden 2019.
- Hayes JA, Goldberg S, Gelso CJ, Kivlighan DM. Countertransference management and effective psychotherapy: meta-analytic findings. *Psychotherapy* 2018; 55: 496-507.
- Mallo CJ, Mintz DL. Teaching all the evidence bases: Reintegrating psychodynamic aspects of prescribing into psychopharmacology training. *Psychodyn Psychiatry* 2013; 41: 13-37.
- McKay KM, Imel, ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Disord* 2006; 92: 287-90.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Riba MB, Balon R. Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy. Integrated and split treatment. Core competencies in psychotherapy. Washington: APA; 2018.
- Philipszoon HD. De patiënt met een persoonlijkheidsstoornis en het mentaliserend vermogen van de psychiater. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 717-21.
- Thunnissen M, Nijs M. De essentie van psychotherapie. Psychotherapie voor de psychiatrische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
- Tjindik J, Vinkers C, Visscher A, Pattyn T. En toch is de psychiater trots op zijn vak. Enquête over negatieve berichtgeving en werkplezier. *Medisch Contact* 10 april 2017.
- Van HL. Bezint eer ge begint. Betere uitkomsten door toepassen van de evidentie over werkzame therapiefactoren? *Tijdschr Psychother* 2019a; 45: 391.
- Van HL. De toekomst is aan de psychodynamische psychotherapie. *Tijdschr Psychiatr* 2019b; 61: 4-6.
- NVvP. Visie op psychotherapie. Utrecht: NVvP; 2010.
- Yakeley J. Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 443-50.

SUMMARY

Psychotherapeutic knowledge and skills: essential in working as a psychiatrist

R.A. van Grieken, J.K. Tijdink, H.D. Philipszoon

Psychotherapeutic skills are essential elements in the daily work of psychiatrists. This article aims to bring attention to the psychotherapeutic competences described in the new training program for psychiatrists in the Netherlands. To illustrate the competences, two clinical cases are presented in which the psychiatrist executes psychotherapeutic skills to be effective in diagnosis and treatment. With the help of these psychotherapeutic competences, the psychiatrist manages to tolerate and understand frequently occurring demands of complex psychiatric patients, is able to make sense of behavior and, if possible, is able to reflect on this with the patient with the aim to start effective psychotherapeutic interventions and make progression in treatment. Clinical psychiatric practice cannot be seen apart from psychotherapy, because without psychotherapeutic knowledge and skills, treatment will be ineffective and can cause stagnating treatments, ineffective treatment relationships, overdiagnosis, regression in the patient or polypharmacy.