



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Alessandra Lemma, Mary Hepworth,
Peter Fonagy, Deborah Abrahams, Patrick Luyten,
Sylke Andreas (Hrsg.)

Brief Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)

Psychodynamische Kurzzeittherapie bei
Depressionen und Angststörungen

Aus dem Englischen übersetzt von
Teresa Junek und Sylke Andreas

Klett-Cotta

»Brief Dynamic Interpersonal Therapy. A Clinician's Guide, Second Edition« wurde ursprünglich in englischer Sprache im Jahr 2024 veröffentlicht. Diese Ausgabe wird in Absprache mit Oxford University Press veröffentlicht. Klett-Cotta trägt die alleinige Verantwortung für diese Adaption des Originalwerkes und Oxford University Press übernimmt keine Haftung für Fehler, Auslassungen, Ungenauigkeiten oder Unklarheiten in dieser Adaption oder für Verluste, die durch das Vertrauen auf diese Adaption entstehen.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »Brief Dynamic Interpersonal Therapy.

A Clinician's Guide, Second Edition«

© Oxford University Press 2024

Für die deutsche Ausgabe

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte sowie die Nutzung des Werkes für Text und Data Mining

i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart, unter Verwendung einer Abbildung von

Just_Super / iStock by Getty Images

Gesetzt von Dörlemann Satz, Lemförde

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-98782-9

E-Book ISBN 978-3-608-12270-1

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20703-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Vorwort zur zweiten Auflage

Die Dynamische Interpersonelle Therapie (DIT) wurde im Jahr 2009 entwickelt. Das DIT-Modell wurde erstmals im Jahr 2011 von der Oxford University Press (OUP) veröffentlicht. Die DIT war das Ergebnis einer Zusammenarbeit von Kolleg:innen, die sich dafür einsetzten, den Zugang zu psychoanalytischen Interventionen im National Health Service (NHS) im Vereinigten Königreich und darüber hinaus zu verbessern. Wir wollten bewährte Praktiken herausarbeiten und ein Forschungsprogramm durchführen, um zu einer fundierteren Evidenzbasis zur Unterstützung psychoanalytischer Interventionen für eine Reihe von klinischen Erscheinungsbildern beizutragen. Wir möchten dem Tavistock and Portman NHS Trust und dem Anna Freud Centre für die Unterstützung dieser Arbeit und insbesondere Matthew Patrick, Louise Lyon und Ros Bidmead für die Ermöglichung einer fruchtbaren und produktiven Zusammenarbeit zwischen diesen beiden führenden Einrichtungen für psychische Gesundheit danken.

Wir haben die DIT zunächst in einem dynamischen und erfolgreichen psychologischen Primärversorgungsdienst des NHS in Tower Hamlets, London, erprobt, der damals von Mary Burd und ihrem wunderbaren Team geleitet wurde. Ohne ihre Vision und ihren Enthusiasmus für die Erprobung des Modells wären wir nicht in der Lage gewesen, die erste Pilotstudie durchzuführen und die erste Ausgabe dieses Buches zu schreiben. Mehrere Kolleg:innen aus diesem Team sind inzwischen zu anerkannten Supervisor:innen und Ausbilder:innen der DIT geworden, wofür wir ihnen sehr dankbar sind: Tamara Gelman, Jane Gibbon, Lucy Marks und Anne McKay.

In den vergangenen 13 Jahren haben wir weitere spezifische Anwendungen des Modells entwickelt, die wir in dieser neuen Ausgabe beschreiben. Das 26 Sitzungen umfassende Modell der DIT für komplexe Behandlung (DIT for complex care, DITCC) wurde erstmals in einem NHS-Sekundärpflegedienst in Newham, London, erprobt. Wir sind Amra Rao sehr dankbar für ihre Führungsrolle und Moderation sowie für das Engagement ihrer Kolleg:innen bei der Umsetzung dieses Modells und dessen Verfeinerung durch ihre klinische Erfahrung. Insbesondere möchten wir Gosia Fijak-Koch, Anne McKay und Marta Sosnowska danken.

Jeremy Clarke war ein ständiger Verfechter psychoanalytischer Ansätze im NHS, und wir sind ihm dankbar für seine Unterstützung bei der Einführung der DIT im NHS. Ebenso sind wir Tamara Ventura Wurman für die Operationalisierung und Entwicklung eines Instruments zur Messung der Therapeut:innenkompetenz für die DIT zu großem Dank verpflichtet.

Die Entwicklungen in den Bereichen Schulung und Forschung in den zurückliegenden 13 Jahren, die zu dieser zweiten Auflage beigetragen haben, wären nicht möglich gewesen ohne die bemerkenswerten Beiträge von Deborah Abrahams und Patrick Luyten, die sich uns als Mitautor:innen angeschlossen haben. Patrick war nicht nur federführend bei der Entwicklung der DIT für funktionelle somatische Störungen und der internetbasierten DIT (i-DIT), sondern auch bei der Erforschung dieser neuen Anwendungen. Deborah ist jetzt Leiterin der DIT-Fortbildung am Anna Freud Centre und war maßgeblich an der Weiterentwicklung aller DIT-Schulungen beteiligt, um diese für mehr Therapeut:innen in Großbritannien und international zugänglich zu machen. Wir sind Deborah und Patrick sehr dankbar, dass sie der Entwicklung der DIT frischen Schwung und neue Kreativität verliehen haben.

Nicht zuletzt möchten wir allen Kolleg:innen, die sich für eine DIT-Weiterbildung im Vereinigten Königreich und auf internationaler Ebene entschieden haben, sowie allen unseren Patient:innen unseren tief empfundenen Dank aussprechen. Ihr Feedback war für die Optimierung des Modells von zentraler Bedeutung.

Professorin Alessandra Lemma

Professorin Mary Hepworth (ehemals Mary Target)

Professor Peter Fonagy

Vorwort zur deutschen Ausgabe

Vor dem Hintergrund immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen, sei es aufgrund von erheblichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz oder Kostenersparnissen auf Seiten der Kostenträger, braucht es Behandlungsmethoden, die zukünftig adäquat und wirksam auf die Bedarfe reagieren können. Das vorliegende Buch leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung von psychodynamisch-orientierter interpersoneller Kurzzeitpsychotherapie im deutschsprachigen Raum.

Kurzzeitpsychotherapieverfahren zeichnen sich in der Regel durch eine klare Ausrichtung auf einen spezifischen Therapiefokus sowie ein aktives, konfrontativ-deutendes Vorgehen aus. Zu dieser Gruppe gehören – mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten – unter anderem die »Fokale Psychotherapie« nach Balint, die »Intensive Kurztherapie« nach Manlan bzw. die »Intensive Psychodynamische Kurztherapie« nach Davanloo, die »Supportiv-expressive Psychotherapie« von Luborsky und die von Strupp & Binder entwickelte »Time-limited Dynamic Psychotherapy«. Voraussetzungen für die Anwendung dieser Methoden sind eine klar umrissene Konfliktproblematik ohne wesentliche Einschränkungen von Persönlichkeitsfunktionen wie z. B. relativ reife Abwehrmechanismen, eine stabile Ich-Stärke, eine hohe Motivation zur Therapie und ein belastbares Arbeitsbündnis. Nach den Psychotherapie-Richtlinien können »Kurztherapie« und »Fokaltherapie« als besondere Formen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie verstanden werden. In Abgrenzung zu den im deutschsprachigen Raum weit verbreiteten Fokaltherapieansätzen handelt es sich bei der Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) um ein strukturiertes, manualisiertes Modell, welches in idealerweise 16 Sitzungen angewendet wird.

Die Brief Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) – ein interpersonelles psychodynamisches Kurzzeittherapieverfahren für Depression und Angststörungen – wurde bereits 2009 in UK von Alessandra Lemma, Peter Fonagy und Mary Hepworth entwickelt und findet seitdem zunehmend internationale Verbreitung. Hintergrund der Entwicklung in UK war es, die psychosoziale Versorgung im National Health Service (NHS) zu verbessern und den Zugang zu psychodynamisch orientierten Behand-

lungsverfahren zu erleichtern. Auf der Grundlage traditioneller psychoanalytischer Theorien wie der Objektbeziehungstheorie, der Bindungstheorie und der interpersonellen Psychoanalyse wurden die Kernprinzipien der DIT entwickelt und in einer manualisierten Struktur umgesetzt. Nach der Pilotierung des Verfahrens wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie mit positiven Wirksamkeitsnachweisen durchgeführt. Inzwischen gibt es bis zu 13 verschiedene Anwendungen bezüglich unterschiedlicher Settings (u. a. Online-Therapie, Gruppentherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) und Adaptationen bezüglich der Dauer der Behandlung, die in dieser Übersetzung der zweiten englischsprachigen Ausgabe beschrieben werden.

Im Gegensatz zu den im deutschsprachigen Raum weit verbreiteten fokaltherapeutischen psychodynamisch-orientierten Ansätzen zur Kurzzeitbehandlung, weist die DIT einige Besonderheiten auf. Der Rahmen der Behandlung bei Patient:innen mit Angststörungen und Depressionen ist mit 16 Sitzungen vorgegeben und wird dadurch entsprechend strukturiert. Der interpersonell-affektive Fokus (IPAF) wird mit den Patient:innen gemeinsam erarbeitet, besprochen und verhandelt. Dies ermöglicht sowohl einen gemeinsamen Austausch vor allem zum Behandlungsziel als auch die Möglichkeit, explizit mit den Patient:innen ihre psychodynamischen, interpersonellen und pathogenen Beziehungsmuster zu erörtern und bewusst zu machen. Eine weitere Besonderheit im Vergleich zu anderen fokaltherapeutischen Ansätzen ist der explizite und systematische Einsatz von Instrumenten zur Erfassung der Schwere der psychischen Symptomatik. Hier entstehen oft Missverständnisse, da diese Instrumente nicht nur zur Evaluation gedacht sind, sondern vielmehr diese bereits Bestandteil der Therapiestunde sind und die Werte mit den Patient:innen im Hinblick auch auf Ereignisse der vergangenen Woche besprochen werden.

An dieser Stelle ist es auch wichtig zu betonen, dass wir es mit einem psychodynamisch-orientierten Kurzzeittherapieverfahren zu tun haben, welches mentalisierungsbasierte Inhalte enthält, die in der Arbeitsphase, also in der Mitte der Behandlung, zur Anwendung kommen. Es sind vor allem die mentalisierungsbasierten Basistechniken, wie neugierige, wertschätzende, kollaborative Haltung und empathische Validierung, die zum Einsatz kommen. Eine weitere Besonderheit ist die sogenannte »Cautionary Tale«. Patient:innen kommen mit ihren unbewussten Einstellungen, Bedürfnissen, Erfahrungen oder sozusagen mit ihren pathogenen Überzeugungen in die Therapie, aktivieren diese in der therapeutischen Beziehung und »erzählen« gewissermaßen eine »Warngeschichte«, also was die Therapeut:innen in

der Interaktion beachten müssen. Die Operationalisierung und das Bewusstmachen solcher Vorgänge ist Bestandteil von DIT. In Erweiterung dieses Ansatzes finden sich im Buch die Ergebnisse unseres Forschungsteams der Universität Klagenfurt. Ein kurzes Fallbeispiel und eine Liste von möglichen, herausfordernden Situationen oder Testsituationen, in denen die Therapeut:innen durch das Unbewusste der Patient:innen auf die Probe gestellt werden, soll das Konzept der »Cautionary Tale« noch weiter erläutern und für die Leserschaft greifbarer machen. Eine weitere Besonderheit für die psychodynamisch-orientierten Praktiker:innen stellt das Verfassen eines Verabschiedungsbriefes dar. In diesem Brief werden gegen Ende der Behandlung die wesentlichen Errungenschaften der Kurzzeittherapie vor dem Hintergrund des interpersonell-affektiven Fokus dargelegt.

Nach einleitenden Kapiteln zum theoretischen Hintergrund der DIT widmen sich Kapitel 3 bis 9 den therapeutischen Techniken. Im Buch wird ausführlich erläutert, wie der interpersonell-affektive Fokus erarbeitet, vermittelt und letztlich verhandelt wird. Es werden in diesen Kapiteln ebenfalls die zentralen Techniken der mittleren Phase sowie die Beendigungsphase der DIT beschrieben. Kapitel 10 und 11 sind herausfordernden Situationen und häufigen Fragen in der DIT gewidmet. Nach einem Kapitel zur Evidenzbasierung (Kap.12) der DIT folgen Kapitel mit den oben bereits erwähnten Adaptionen an verschiedene Settings und Störungsbilder wie Trauma (DIT für komplexe Störungen, DITCC, Kap.13) oder somatoformen Störungen (Kap.14). Das Buch schließt mit einer Anwendung im online Setting (Kap.15) und einem Ausblick zu zukünftigen Anwendungen der DIT (Kap.16).

Ich wünsche allen Lesenden den Spaß und die Freude, die ich in der besonderen Arbeit mit dieser Behandlungsmethode empfinde.

Univ. Prof.in Dr.in Sylke Andreas

Danksagungen

Für die englische Ausgabe

Wir möchten unserem Redakteur bei der Oxford University Press (OUP), Martin Baum, für die Ermutigung zur Veröffentlichung einer zweiten Auflage und für seine Geduld danken.

Wir sind all unseren Kolleg:innen zu Dank verpflichtet, die in den vergangenen 13 Jahren als Studierende, Betreuer:innen und Ausbilder:innen zur Entwicklung der DIT beigetragen haben.

Wir sind Liz Allison und ihren Kolleg:innen vom University College London, Abteilung für Psychoanalyse, sehr dankbar für ihre unschätzbare redaktionelle Hilfe.

Für die deutsche Ausgabe

Die Übersetzung dieses Buches wäre nicht ohne die Unterstützung von sehr vielen mit mir verbundenen Personen gelungen. Zunächst möchte ich mich bei meinem Verlag Klett-Cotta für das Vertrauen in dieses Projekt bedanken. An dieser Stelle gilt mein besonderer Dank auch meinen Lektorinnen, Frau Katharina Colagrossi und Frau Sandra Aichele, die mich von Anbeginn dieses Buchprojektes immer hilfreich, wertschätzend und zu jeder Zeit unterstützt haben. Auch der Übersetzerin Frau Teresa Junek gilt mein besonderer Dank, so war es immer wertvoll sich zwischen- durch über spezifische Übersetzungen austauschen zu können. Mein Dank gilt dann in erster Linie auch meinem wundervollen Team in Klagenfurt, meiner therapeutischen Leitung in unserer Psychotherapeutischen Forschungs- und Lehrambulanz der Universität Klagenfurt (PUK) Frau Mag. Caroline von Korff, die mit mir durch die Höhen und Tiefen von DIT geschritten ist, meinen Doktorandinnen Lotta Hüwe und Pauline Herrmann, meiner Assistenzprofessorin Mareike Ernst und vor allem meinen studentischen Hilfskräften Sarah Joaux und Kathrin Kreh. Nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank auch der immer währenden kollegialen Unterstützung – sei

es bei langen Läufen durch den Wald mit Frau Prof. Judith Glück oder beim Austausch während eines gemeinsamen Mittagessens mit Frau Prof. Nilyfer Aydin. Mein Team und meine Kolleginnen haben mich und meine Familie durch eine besonders schwere Zeit hinweg sehr unterstützend begleitet, so dass mein großer Dank auch meinen Eltern Marlies und Günter Andreas sowie meinen Kindern Julian und Amelie Rabung gilt, die die eine oder andere mütterliche Entbehrung hinnehmen mussten. Ein besonderer Dank und stilles Gedenken gilt meinem viel zu früh verstorbenen Mann, Assoz. Prof. Dr. Sven Rabung (06.07.1973 – 28.12.2022), der mich durch seine Arbeiten zur Wirksamkeit von psychodynamisch-orientierter Psychotherapie immer inspiriert hat. Mein weiterer besonderer Dank gilt meinem jetzigen Lebenspartner, Bernd Laubkermeier, der sich immer geduldig die Fortschritte des Buches angehört hat und mich vor allem in der Endphase des Buches unterstützend begleitet hat. Und nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank der Mithilfe von vielen Patient:innen, von denen wir lernen durften.

Univ. Prof.in Dr.in Sylke Andreas

KAPITEL 1

Weshalb eine Dynamische Interpersonelle Therapie für affektive Störungen?

1.1 Der Grundgedanke der DIT

Es mangelt uns weder an psychodynamischen Therapien noch an Akronymen. Mit der Entwicklung der Dynamischen Interpersonellen Therapie (DIT) und der Veröffentlichung der ersten Auflage dieses Buches im Jahr 2011 haben wir unweigerlich eine bereits lange Liste ergänzt. Warum also haben wir das getan? Die Techniken und theoretischen Grundlagen der DIT sind nicht neu und werden psychodynamisch ausgebildeten Therapeut:innen weitgehend vertraut sein. Die DIT ist kein neues Modell der psychodynamischen Therapie, sondern wurde als Reaktion auf die Erosion des Angebots an psychodynamischer Therapie im öffentlichen Gesundheitswesen und der hohen Nachfrage nach Kurzinterventionen im privaten Sektor entwickelt.

Wir wollten ein Verfahren entwickeln, das relativ leicht zu erlernen ist und das psychodynamisch ausgebildete Therapeut:innen dabei unterstützen kann, einen *spezifischen Schwerpunkt zu setzen*, der für die Schwierigkeiten von Patient:innen mit Depressionen und/oder Ängsten relevant ist. DIT wurde also in erster Linie aus pragmatischen Gründen entwickelt, damit Therapeut:innen, die eine psychodynamische Psychotherapie- oder Beraterausbildung absolviert haben, sich die spezifischen Prioritäten und Kompetenzen leicht aneignen können, die mit der zeitlich begrenzten therapeutischen Arbeit mit depressiven und/oder ängstlichen Patient:innen verbunden sind, und damit sie einen gebräuchlichen Namen dafür haben, insbesondere in der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Die DIT bietet eine Möglichkeit, innerhalb eines zeitlichen Rahmens, der im ursprünglichen Konzept auf 16 Sitzungen und in der jüngsten Anpassung für komplexere Fälle (DIT for complex care [DITCC]; siehe Kapitel 13) auf 26 Sitzungen festgelegt wurde, einen bestimmten Interventionsschwerpunkt festzulegen.

Als wir das ursprüngliche Behandlungskonzept entwickelten, legten wir die Anzahl der Sitzungen auf 16 fest, da dies mit vielen anderen Kurzinterventionsmodellen und dem Rahmen eines nationalen öffentlichen Programms für psychische Gesund-

heit im Vereinigten Königreich vereinbar war. Wir wollten ein Verfahren entwickeln, das es uns auch ermöglicht, seine Wirksamkeit in Ergebnisstudien zu testen; daher haben wir uns bei der Festlegung der Behandlungsdauer von anderen Kurzzeitmodellen leiten lassen. Darüber hinaus haben wir in der Praxis die Erfahrung gemacht, dass in 16 Sitzungen mit den Patient:innen viel erreicht werden kann, und dies ist eine akzeptable Dauer für eine psychologische Therapie im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Angesichts der Tatsache, dass 16 Sitzungen nichts »Magisches« an sich haben, folgt daraus, dass es nicht per se problematisch ist, einen längeren oder kürzeren Sitzungszyklus anzubieten, während der Gesamtfokus der DIT beibehalten wird. Wir würden uns jedoch davor hüten, den Vertrag über diese Anzahl von Sitzungen nur zu verlängern, um damit die schmerzhaft Realität des Endes zu umgehen, die es zu bewältigen und zu verarbeiten gilt und der Patient:innen – und manchmal auch Therapeut:innen – unbewusst womöglich ausweichen. Ebenso könnte es Druck von Seiten der Gesundheitsdienste geben, der dazu führt, dass noch kürzere Anpassungen des 16-Sitzungs-Modells angestrebt werden. Diese könnten sich für einige Patient:innen als hilfreich erweisen, aber wir müssen bedenken, dass die wichtigsten randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) bisher nur die Ergebnisse des ursprünglichen 16-Sitzungs-Modells untersuchten und keine Anpassungen, sodass die Wirksamkeit kürzerer Formen der DIT nicht nachgewiesen werden konnte (siehe Kapitel 12 für eine Diskussion der Forschung zu den Ergebnissen der DIT).

Die DIT ist ein *interpersoneller* Ansatz, da sie sich auf die internen und externen Beziehungen der Patient:innen konzentriert, die mit dem Problem bzw. den Problemen im aktuellen Leben der jeweiligen Patient:innen zusammenhängen, die zu den Symptomen der Depression und/oder Angst führen. Der interpersonelle Fokus wird von mehreren anderen Modalitäten geteilt, nicht zuletzt von der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) (Weissman et al., 2000), mit der die DIT – etwas verwirrend – auch einen Teil ihres Namens teilt. Das »Interpersonelle« in der DIT ist jedoch wichtig, weil es die DIT deutlich von den dynamischen Modellen unterscheidet, die sich mehr auf intrapsychische Variablen konzentrieren. Im Gegensatz zur IPT, die sich nicht mit internalisierten Objektbeziehungen befasst, konzentriert sich die DIT systematisch auf die Aktivierung einer ausgewählten internalisierten, oft unbewussten Objektbeziehung in der Gegenwart, die in einem sinnvollen Zusammenhang mit den auftretenden Problemen steht.

Die DIT ist insofern *psychodynamisch*, als sie dem Patienten helfen will, das Zusammenspiel zwischen äußerer und innerer Realität in Bezug auf ein problematisches, abgegrenztes Beziehungsmuster zu verstehen. Folglich geht es um einen

unbewussten Erfahrungsbereich, gegen dessen Wahrnehmung sich die Patient:innen wehren, weil dieser Bereich vielleicht als beschämend, beängstigend oder sogar zu aufregend empfunden wird. Dies wiederum unterscheidet die DIT von der IPT und rückt sie in die Nähe anderer psychodynamischer Modelle.

Obwohl es in der Theorie erhebliche Überschneidungen zwischen der DIT und anderen psychodynamischen Modellen gibt, wird sich die Umsetzung der DIT für Therapeut:innen, die in psychodynamischer Langzeittherapie oder -beratung ausgebildet sind, höchstwahrscheinlich ungewohnt anfühlen, da sie in mancher Hinsicht tatsächlich anders ist. So sind die therapeutischen Prioritäten, die in der DIT herausgearbeitet werden, nicht typischerweise solche, die in der Ausbildung für intensive oder unbefristete psychodynamische Psychotherapie gelehrt werden, obwohl sie sich durchaus als diejenigen herausstellen können, die von »guten« Therapeuten unabhängig von der geplanten Therapiedauer verwendet werden (Binder, 2004).

Die meisten psychoanalytischen Ausbildungen vermitteln die Grundlagen für langfristige, oft intensive Interventionen. Sobald sie jedoch qualifiziert sind, finden sich viele Therapeut:innen in der Situation wieder, dass sie nur kurz arbeiten, ohne einen Rahmen, an dem sie sich orientieren können, wenn ihnen eine zeitliche Begrenzung auferlegt wird. Der Übergang von einer unbefristeten und intensiven Arbeit zu einer zeitlich begrenzten, einmal wöchentlichen Therapie verläuft nicht immer reibungslos. Ganz gleich, wie viel Erfahrung wir in der Langzeittherapie haben, wir können nicht einfach Strategien exportieren, die in diesem Kontext hilfreich sind, und sie ohne jegliche Modifikationen in einem kurzen Kontext anwenden.

1.2 Psychodynamische Ansätze und diagnostische Klassifizierung

Manchen psychodynamischen Therapeut:innen wird die Entwicklung eines Modells, das auf einen diagnostischen Überbegriff wie Depression oder Angststörung zugeschnitten ist, ein Dorn im Auge sein.

Die psychiatrische Klassifikation auf der Grundlage operativer Kriterien, die erstmals mit der dritten Auflage des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980; Deutsch 1984) Eingang in die klinische Praxis fand, hatte nicht zuletzt den Vorteil, dass sie dazu beitrug, Entscheidungsträger:innen von der Messbarkeit und Vorhersagbarkeit psychiatrischer Krankheiten zu überzeugen. Niemand würde behaupten, diese Systeme seien nur eine unvollkommene Widerspiegelung der Bestrebungen in der Psychia-

trie, messbare Beobachtungen zu machen und breit angelegte wissenschaftliche Theorien aufzustellen, die dann auch überprüfbar wären. Dennoch leben wir heute in einer Welt, in der Systeme wie das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oder die *Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Version* (ICD-11; Weltgesundheitsorganisation, 2019; noch nicht auf Deutsch erschienen) festgeschrieben sind und die Art und Weise bestimmen, wie Forschung betrieben und klinische Dienstleistungen gestaltet werden, und somit auch, wie die Finanzierung priorisiert wird. Dies hat wiederum zur Folge, dass die diagnostischen Kategorien »realer« erscheinen und vorgeben, »die Wirklichkeit in ihren Grundstrukturen zu erfassen« und somit eine Grundlage für Forschung und Behandlung zu bilden.

Wenn psychodynamische Therapeut:innen sich auf Klassifizierungssysteme einlassen und diese verwenden, tun sie dies als Zugeständnis an den Pragmatismus (Aufzeichnungen, Berichte, Kostenerstattung, Forschung usw.), erleben aber die Verwendung diagnostischer Kategorien als etwas, das der Psychotherapie potenziell »Leib und Seele« nimmt. Obwohl Einwände gegen die Nosologie weit verbreitet sind, können psychodynamische Therapeut:innen selbst Menschen in Kategorien wie narzisstisch, masochistisch, zwanghaft oder sogar psychopathisch einordnen. Die Spannung scheint also nicht so sehr in der Frage zu liegen, ob eine »Diagnose« an sich hilfreich ist oder nicht, sondern vielmehr darin, welches System verwendet wird. Zwischen einem psychiatrischen und einem psychodynamischen diagnostischen Ansatz gibt es tiefgreifende Widersprüche, von denen viele in der jeweiligen Geschichte der beiden Disziplinen wurzeln. Psychoanalytiker:innen stehen diagnostischen Systemen misstrauisch gegenüber, da sie sie für Rückfälle in eine deskriptive Psychiatrie halten, die an das Ende des 19. Jahrhunderts erinnert und gegen die Sigmund Freud rebellierte, indem er ein Modell psychischer Störungen entwickelte, das auf hypothetischen psychologischen Mechanismen beruht (z. B. basiert die Diagnose der Neurose auf den Theorien von Trieb, Angst und Abwehr und nicht auf einem Muster von Symptomen).

Der Unterschied zwischen den beiden Klassifizierungsansätzen liegt in der Logik, nach der sie zu ihren Schlussfolgerungen gelangen. Wie Jonathan Shedler, Drew Westen und Kolleg:innen hervorgehoben haben, passt die Identifizierung einer definitiven Liste von Symptomen und Zeichen schlecht zum psychodynamischen therapeutischen Denken (Shedler et al., 2010; Shedler & Westen, 2004). Letzteres basiert auf Kategorien, die sich auf emergente Prototypen und solche Prototypen stützen, die die hypothetischen zugrunde liegenden Mechanismen einer Störung widerspiegeln, wie etwa unbewusste Fantasien und Abwehrmechanismen. Psychotherapeut:innen denken nicht in Kategorien von notwendigen und hinreichenden Merk-

malen, sondern denken an die Typizität eines Einzelnen im Verhältnis zu einem »Idealtypus«, den man vielleicht nie zu Gesicht bekommt, der aber auf der Ansammlung von behandelten und untersuchten klinischen Fällen beruht.

Ein an die psychiatrische Formulierung angepasster Ansatz läuft also der traditionellen psychoanalytischen Betonung des Unbewussten und der individuellen Psychodynamik eines jeden Falles zuwider. Unser Hauptinteresse als psychodynamische Therapeut:innen gilt in der Regel dem Menschen, *bei dem* die Depression oder Angst auftritt. Mit anderen Worten, wir halten es bei jeder Behandlungsmaßnahme für unerlässlich, die Symptome im Kontext der Persönlichkeitsstruktur zu verstehen: Panikattacken werden beispielsweise von einer narzisstischen Person ganz anders erlebt als von jemandem mit stark ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Das Bewusstsein für diesen Kontext der Gesamtpersönlichkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der DIT.

Wir sind uns auch bewusst, dass diagnostische Syndrome und ihre Symptome (z.B. Depression) eine Abwehrfunktion haben können. Damit meinen wir nicht nur den externen sekundären Krankheitsgewinn (z.B. berufliche und soziale Aufmerksamkeit oder die Vermeidung von herausfordernden Situationen wie der Notwendigkeit zu arbeiten), sondern auch die unbewusste, innere Funktion innerhalb einer Art und Weise, das Selbst und die soziale Welt zu konstruieren. Nehmen wir beispielsweise jemanden, der sich selbst als schwach und andere als mächtig und ausbeuterisch wahrnimmt und sich deshalb hilflos und nutzlos fühlt. Diese Person könnte unbewusst viel Genuß daraus ziehen, sich den aktiven Mitmenschen gegenüber moralisch überlegen zu fühlen, die zwangsläufig Fehler machen und vielleicht sogar gelegentlich vom Patienten »ausgetrickst« werden. Da sie in ihrem schwachen Zustand unterstützt werden, haben sie vielleicht auch das Gefühl, dass sie das stärkere Objekt dazu gebracht haben, sie zu beschützen, obwohl sie insgeheim feindselig und verächtlich sind. Auf diese Weise kann der Patient sein Konkurrenzdenken, seinen Neid und seinen Hass auf versteckte Weise zum Ausdruck bringen, während er sich hilflos fühlt, da er sich des »Deals«, in dem er lebt, selbst nicht bewusst ist.

Verglichen mit der psychodynamischen Formulierung und der Entscheidung über die Eignung für eine Therapie wird der Diagnose in den Ausbildungsprogrammen für Psychotherapie relativ wenig Bedeutung beigemessen. Es wird oft behauptet, dass ein echtes Verständnis der Pathologie eines Menschen erst am Ende der Therapie erreicht werden kann. Das mag zwar stimmen, ist aber ein falscher Vergleich. In der Medizin und in der Therapie lassen sich Probleme oft erst nach der Behandlung besser verstehen. Dennoch ist eine systematische Erstdiagnose eine notwendige

Voraussetzung für die rationale Auswahl einer körperlichen Behandlung, und auch in der Psychotherapie gibt es Gründe, die dafür sprechen.¹

In der DIT nutzen wir die Anfangsphase (siehe Kapitel 4), um Informationen zu sammeln, die in eine Formulierung einfließen, die dann mit der Patientin als Grundlage für den Großteil der Arbeit geteilt wird und die wiederum die Formulierung verfeinern oder erhellen kann. Die Abwehrfunktion des Musters der Selbst-, Fremd- und Schmerzaffektwahrnehmung wird wahrscheinlich klarer und für die therapeutische Arbeit verfügbar. Dies ist der Teil, der der Patientin unbewusst war, was es schwieriger macht, sich zu öffnen. Andererseits kann er bei manchen Patient:innen auch Interesse und Motivation wecken, da sie den Selbst-Objekt-Affekt-Anteil der Formulierung als etwas ihnen bereits Bekanntes wahrnehmen können. Indem man der Patientin allmählich hilft, das zu sehen und zu fühlen, auch in der Übertragung, kann selbst eine Kurzzeittherapie für die Patient:innen aufschlussreich sein und erhebliche Wirkung auf sie haben.

Solange wir keine dualistische Haltung einnehmen, sollten wir zuversichtlich sein, dass ein zuverlässiges und robustes, auf psychologischen Mechanismen basierendes System, das für die Feststellung der Eignung für eine Behandlung wertvoll ist, auch mit wichtigen Gehirnprozessen korrespondiert, die für die Neurowissenschaft relevant sind. Dies gilt sicherlich für zwei Konstrukte, die für die DIT relevant sind, nämlich Bindung (Feldman, 2017; Mikulincer & Shaver, 2016) und Mentalisierung (Fehlbaum et al., 2022; Frith & Frith, 2021), und trifft auch auf andere Merkmale von Depression und Angst zu, beispielsweise auf Gedächtnisstörungen (Whalley et al., 2009).

Wo positioniert sich die DIT in diesen Debatten? Der deskriptive Ansatz für die Diagnose, den wir in diesem Buch implizit verfolgen, hat in erster Linie pragmatische Gründe. Wir erkennen an, dass die meisten formalen Forschungsergebnisse und einige Behandlungseinrichtungen nach diagnostischen Kategorien organisiert sind. Daher bevorzugen wir einen Ansatz, der diese sehr unterschiedlichen Konzepte auf einer pragmatischen Ebene miteinander verbindet. Die Diagnose einer schweren depressiven Störung oder einer Angststörung stellt unserer Ansicht nach nur einen (kleinen) Teil eines vollständigen Behandlungsplans dar. Eine Beurteilung des Beitrags der interagierenden psychologischen, biologischen und sozialen Systeme zu der beschreibenden Darstellung des Patienten ist eine notwendige Ergänzung zu

1 Auch war die Psychoanalyse nicht immer gegen diagnostische Bezeichnungen. Ernest Jones (1927, S. 183) forderte klassischerweise, dass Psychotherapeut:innen darin geschult werden sollten, Zwangsstörungen von bipolaren Erkrankungen, paranoide psychotische Zustände von phobischen Störungen und Dysthymie von somatischen Zuständen zu unterscheiden.

einer ICD- oder DSM-Diagnose. Die deskriptiven und psychodynamischen Formulierungsansätze, wie wir sie (mit ziemlich breitem Pinsel) in der DIT anwenden, sind keine Gegensätze, sondern sie überschneiden sich, ergänzen sich und sind füreinander notwendig. Wir gehen von einem integrierten Ansatz aus – und empfehlen ihn –, bei dem Therapeut:innen einen forschungsdiagnostischen und einen psychodynamischen Ansatz für die Behandlung anwenden.

1.3 Affektive Störungen: Depression und Angst

»Depression«, sagte ein Patient, »fühlt sich an wie ein wunderschöner Schleier aus schwarzer Spitze. Ich weiß, dass ich die Dinge durch ihn hindurch nicht klar sehen kann, aber ich weiß nicht, ob ich mich der Welt ohne ihn offenbaren könnte.« Diese Bemerkung fängt die Komplexität der Depression anschaulich ein: Sie ist ein behindernder Zustand, und dennoch kann die Beziehung, die ein Individuum zu ihr hat – d.h. ihre Funktion in der psychischen Ökonomie des Patienten –, den Patienten ängstlich gegenüber Veränderungen und damit resistent gegenüber Hilfe machen. Andere Patient:innen, die sowohl unter Depression als auch unter Angst leiden, verwenden häufig Metaphern wie »niedergedrückt«, »gefangen« oder »betäubt«, um das Gefühl der Bedrohung und des Schreckens auszudrücken (eine eingeschränkte Komfortzone, mit der Angst, dass Veränderungen alles noch schlimmer machen), das beide Zustände mit sich bringen können.

Die überwiegende Mehrheit der Patient:innen mit affektiven Störungen, die sich in ambulanten und allgemeinärztlichen Einrichtungen für eine Psychotherapie vorstellen, leiden unter Symptomen von sowohl Depression als auch Angst. Darüber hinaus können sie verschiedene andere diagnostizierbare Symptome aufweisen, die sich manchmal parallel zur affektiven Störung entwickelt haben. Beispiele hierfür sind Essstörungen, Substanzkonsum oder -missbrauch (vielleicht ursprünglich zur Selbstmedikation) und Verhaltensmuster wie Abhängigkeit, Verelendung, Selbstverletzung oder Vermeidung, die so chronisch geworden sein können, dass sie die Kriterien für eine chronische Störung wie Dysthymie oder eine Persönlichkeitsstörung erfüllen. Diese klinischen Erscheinungsformen stellen eine Herausforderung für Kurzinterventionen dar. Seit der Veröffentlichung der ersten Auflage dieses Buches (Lemma et al., 2011) haben uns Therapeut:innen, die mit dem DIT-Modell arbeiten, gebeten, das Modell so anzupassen, dass es auch komplexere Fälle behandeln kann, die typischerweise in der Sekundärversorgung anzutreffen sind. Dies führte zur Entwicklung der DITCC, bei der die Behandlungsdauer auf 26 Sitzungen, verteilt über

etwa ein Jahr, ausgedehnt wurde (siehe Kapitel 13) und in der Therapie spezifischer auf mentalisierende Techniken zurückgegriffen wird. So entwickelt sich die DIT zunehmend zu einem Spektrum von Interventionen, das sowohl für Personen mit leichten bis mittelschweren psychischen Problemen als auch für Personen mit komplexeren Erscheinungsbildern geeignet ist.

In der DIT vertreten wir die Auffassung, dass Patient:innen des gesamten Spektrums affektiver Störungen mit unterschiedlichen Kombinationen von Diagnosen die Tendenz gemeinsam haben, soziale Erfahrungen entsprechend der zugrunde liegenden unbewussten Erwartungen an sich selbst und andere zu organisieren, die bestimmte Affekte auslösen. Solche (in der Regel unbewussten) interpersonellen Konfigurationen führen, sobald sie psychisch aktiv sind, zu maladaptiven mentalen und verhaltensbezogenen Abwehrstrategien. Wir wenden die Struktur der Fokussierung auf einen interpersonell-affektiven Fokus (IPAF) über das gesamte Spektrum hinweg an, solange es keinen alternativen Behandlungsansatz gibt, der unmittelbar benötigt wird (z.B. Entgiftung, Management von suizidalem Verhalten oder Behandlung von Agoraphobie, die eine Person an der Teilnahme von Therapiesitzungen hindern würde).

Die DIT wurde entwickelt, um auf die beiden vorherrschenden affektiven Störungen – Depression und Angst – zu reagieren, die in der Primärversorgung und in der ambulanten Behandlung häufig kombiniert auftreten. Der DIT-Therapeut muss sich darüber im Klaren sein, dass diese beiden schmerzhaften Gemütszustände (nicht nur die Depression) wahrscheinlich Folgen des konflikthaften, unbewussten »Scripts« sind, das durch den IPAF in Erscheinung tritt, und dass beide wesentlich verbessert werden müssen, wenn der Patient gesund genug werden soll, um seine Fortschritte nach Beendigung der Therapie aufrechtzuerhalten.

Die DIT formuliert die Symptome affektiver Störungen als Reaktionen auf interpersonelle Schwierigkeiten oder wahrgenommene Bedrohungen von Bindungen (Verlust/Trennung) und damit auch als Bedrohungen des Selbst. Depression und Angst mit gedrückter Stimmung werden als Ausdruck einer zugrunde liegenden vorübergehenden Desorganisation des Bindungssystems verstanden, die durch aktuelle Beziehungsprobleme verursacht wird und eine Reihe von Denk- und Gefühlsverzerrungen hervorruft, die typisch für chronisch depressive und ängstliche Geisteszustände sind. In der Therapie wird der Schwerpunkt auf diese emotionale »Krise« gelegt, indem die (bewussten und unbewussten) Gedanken und Gefühle herausgearbeitet werden, die für die jeweilige Patientin am charakteristischsten und für ihre depressiven und ängstlichen Affekte relevant sind und die im Rahmen der therapeutischen Beziehung auftauchen. Durch die gezielte Erforschung der Übertragungs-

beziehung wird der Patientin geholfen, ein besseres Verständnis ihrer subjektiven Reaktionen auf interpersonelle Schwierigkeiten und Bedrohungen zu entwickeln. Wenn implizite Ängste und Sorgen explizit gemacht werden, indem die Fähigkeit der Patientin verbessert wird, über die eigenen Gedanken und Gefühle und die der anderen zu reflektieren, verbessert sich wiederum die Fähigkeit der Patientin, mit aktuellen bindungsbezogenen interpersonellen Bedrohungen und Herausforderungen umzugehen.

Der Ausgangspunkt der DIT beruht auf der häufigen klinischen Beobachtung, dass Patient:innen, die sich als depressiv und/oder ängstlich vorstellen, fast immer auch Schwierigkeiten und Ängste in ihren Beziehungen haben. Obwohl der Patient sein Problem vielleicht als »Ich kann nicht schlafen oder mich konzentrieren« oder »Ich kann es nicht ertragen, an überfüllte Orte oder zur Arbeit zu gehen« erlebt, blickt die DIT-Therapeutin über solche Symptome von Angst und Depression hinaus und betrachtet sie als Manifestationen eines Beziehungsproblems, das der Patient nicht oder nur unzureichend verstehen kann, da er sich selbst und anderen Motivationen zuschreibt, die unwahrscheinlich oder nicht hilfreich sind. Sobald man dem Patienten hilft, die Art und Weise zu ändern, wie er an seine Beziehungsprobleme herangeht, werden die depressiven und ängstlichen Symptome in der Regel gelindert.

Es gibt viele Merkmale affektiver Störungen, die darauf hindeuten, dass ein dynamisch orientierter Ansatz, der sich auf interpersonelle Probleme konzentriert, bei der Behandlung der Symptome voraussichtlich wirksam ist. Interpersonelle Probleme sind bei schweren Depressionen und Angststörungen ausgeprägt und selbst bei leichten oder mittelschweren Erkrankungen offensichtlich (Luyten et al., 2005). Dies scheint nicht nur darauf zurückzuführen zu sein, dass eine anhaltende irrational depressive und ängstliche Stimmung negative Reaktionen von anderen hervorruft, sondern auch auf die Neigung depressiver und ängstlicher Menschen, interpersonelle Szenarien zu suchen und zu erzeugen, die Disstress hervorrufen können, wie z. B. Konflikte oder Widerstand gegen Hilfsangebote, was zu sozialer Ausgrenzung und Ablehnung führt (z. B. Kiesler, 1983; Lewinsohn et al., 1980).

Die bahnbrechenden Arbeiten der psychoanalytischen Forscher Sidney Blatt und Patrick Luyten zeigen nicht nur, dass die Anfälligkeit für Depressionen mit der unbewussten Erzeugung von interpersonellem Stress zusammenhängt, sondern auch, dass interpersonelle Faktoren einen Großteil der aktuellen Daten zu den Behandlungsergebnissen von Depressionen erklären (Blatt et al., 2010; Luyten, 2017; Luyten et al., 2006; Luyten & Fonagy, 2018). In der Fachwelt herrscht zunehmend Einigkeit darüber, dass den interpersonellen Aspekten der Depression eine vergleichbare

Bedeutung beigemessen werden sollte wie den üblicherweise betonten intrapersonellen Dimensionen (z. B. McFarquhar et al., 2023). In ähnlicher Weise geht das Modell der »dreifachen Vulnerabilität« für Angststörungen neben einem biologischen Substrat von Faktoren der »allgemeinen psychologischen Vulnerabilität« aus, wie z. B. negative Erziehungserfahrungen und das Gefühl von Kontrollverlust, gepaart mit einer »spezifischen psychologischen Vulnerabilität«, insbesondere interpersonelle Triggerereignisse wie der Verlust einer geliebten Person, Beziehungsschwierigkeiten und Traumata wie z. B. ein Überfall (Suárez et al., 2008).

Während sich die Literatur zur verzerrten Informationsverarbeitung bei Depressionen und Angststörungen weitgehend auf Verzerrungen der bewussten Wahrnehmung konzentriert (Beck et al., 1979; Clark & Wells, 1995; Kyte & Goodyer, 2008), erinnern einige Konzepte dieser Literatur, wie das Vorherrschen eines hoffnungslosen, hilflosen Attributionsstils (Abramson et al., 1978), an klassische psychoanalytische Schriften, die diese Beobachtungen mit unbewussten projektiven und introjektiven Prozessen in Verbindung bringen (Engel & Schmale, 1967; Luyten et al., 2013).

Der DIT-Ansatz berücksichtigt auch offensichtliche Störungen in der interpersonellen Wahrnehmung (Mentalisierung), die sich auf ein verzerrtes und inadäquates Verständnis der eigenen und fremden Gedanken und Gefühle beziehen. Die Berücksichtigung des Mentalisierens in der DIT, einschließlich des Einsatzes von Mentalisierungstechniken zur Einführung verschiedener Perspektiven auf den ausgewählten IPAF, steht im Einklang mit Daten, die Defizite in der Theory of Mind bei Patient:innen mit unipolaren und bipolaren depressiven Störungen zeigen (Luyten et al., 2019).

Messungen des Mentalisierens im Bindungskontext liefern ebenfalls Hinweise auf ein depressionsbedingtes Defizit (Luyten & Fonagy, 2018; Luyten et al., 2019). Dies ist wichtig, da das DIT-Modell davon ausgeht, dass Defizite im Selbst- und Fremdverständnis bei Depression eng mit bestimmten Interaktionsmustern zwischen dem Selbst und dem Objekt verbunden sind, die sich aus realen, verzerrten oder eingebildeten Kindheitserfahrungen entwickelt haben (siehe Kapitel 5). Patient:innen mit Angststörungen, die nicht signifikant depressiv sind, haben möglicherweise weniger Schwierigkeiten mit dem Mentalisieren; ihre Arbeit mit IPAF wird möglicherweise weniger durch die Überzeugung beeinträchtigt, dass ihre Wahrnehmung der Motive anderer notwendig und sogar die einzig mögliche ist. Angststörungen sind jedoch häufig durch verzerrte Attributionen von Gedanken und Gefühlen motiviert, die mit der Bedrohung und Bewertung durch andere, ihren vermuteten Gründen und Antrieben sowie ihren möglichen Zwecken und Zielen zusammenhängen. Die Nähe zum Objekt bringt Gefühle der Verletzlichkeit mit sich, da die Möglichkeit, sich ande-

ren zu nähern, das Risiko erhöht, in irgendeiner Weise »entdeckt« oder »enttarnt« zu werden.

Die DIT hat einen doppelten Fokus auf interpersonelle und affektive Aspekte. Die affektiven Aspekte, die von größter Bedeutung sind, konzentrieren sich auf Bindungsprobleme. Im Vergleich zu sicher gebundenen Personen leiden unsicher gebundene Personen häufiger unter Ängsten (mit einem hohen Niveau chronischer Ängste im Hintergrund), depressiven Episoden und Residualsymptomen, benötigen mehr Pharmakotherapie und sind eher in ihren sozialen Funktionen beeinträchtigt (Conradi & de Jonge, 2009). Es gibt zahlreiche Arbeiten, die die Vulnerabilität für Depression mit unsicherer Bindung assoziieren (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball, & Lillie, 2002; Lee & Hankin, 2009). Die Depressionstheorie von Blatt identifiziert zwei Klassen von auf der Bindungsgeschichte basierenden kognitiv-affektiven Schemata, die am ehesten bei Depression zu finden sind: interpersonelle Abhängigkeit und übermäßige Selbstkritik (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009), die jeweils mit ängstlichen und vermeidenden Bindungsmustern assoziiert sind (Luyten, 2017).

Seit Jahrzehnten häufen sich die Belege für einen Zusammenhang zwischen ungünstigen Bedingungen in der Kindheit, die wahrscheinlich zu Bindungsstörungen führen, und der Anfälligkeit für Depression (Brown & Harris, 1978; Brown & Harris, 1989; Luyten & Fonagy, 2018) und Angst (Hogg et al., 2023; Torgersen, 1986) im Erwachsenenalter. Dieser Zusammenhang wird zunehmend besser verstanden, sowohl in Bezug auf die Auswirkungen von Bindungserfahrungen auf das Stresssystem (Heim et al., 2008) als auch in Bezug auf die Verringerung der Auswirkungen späterer Stresserfahrungen durch den Erwerb einer sicheren psychischen Grundhaltung in Bezug auf die Bindungsgeschichte (Bakermans-Kranenburg et al., 2008).

Bindungserfahrungen stellen auch einen Bezug zwischen Mentalisierung und Depression her (Luyten & Fonagy, 2018). Eine verminderte Fähigkeit, über mentale Zustände nachzudenken, kann mit der persönlichen Geschichte zusammenhängen (z. B. Trauma), aber auch eine sekundäre Folge einer affektiven Störung sein (Luyten et al., 2019). Anzeichen für ein Versagen des Mentalisierungsprozesses sind nicht schwer zu finden. An die Stelle des psychologischen Selbsterlebens tritt wieder ein präreflexives, körperliches Selbsterleben (Fonagy & Target, 2000). Psychologische Erfahrungen werden als viel zu real empfunden, wobei psychische und körperliche Schmerzen sowie emotionale und körperliche Erschöpfung häufig gleichgesetzt werden (Van Houdenhove & Luyten, 2009). Es entsteht ein Zustand des »Hyper-Embodiment«, in dem subjektive Erfahrungen in erster Linie als körperlich wahrgenommen werden. Sorgen können sich wie eine echte Last auf den Schultern anfühlen,

und die Kritik anderer bedroht das Gefühl der Integrität des verkörperten Selbst. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, der Patientin dabei zu helfen, den als körperliches Symptom erlebten Geisteszustand herauszuarbeiten, anstatt ihn als Überzeugung oder Gedanken zu betrachten, und neu zu bewerten. Die Antriebslosigkeit, die der Depression zugrunde liegt, wird in ähnlicher Weise als regressive Verkörperung eines entmächtigenden Denkens gesehen.

In der Definition von Depression und Angst, die der DIT zugrunde liegt, werden Verzerrungen der Kognitionen als Hinweis auf verschiedene Mentalisierungsstörungen angesehen, die entweder konkretes Denken oder Anzeichen von Pseudomentalisierung (auch »Hypermentalisierung« genannt) sein können. Im letzteren Fall beschreibt der Patient die mentalen Zustände anderer oder seine eigenen mentalen Zustände mit einer scheinbaren Nachdenklichkeit, der jedoch einige wesentliche Merkmale echten Mentalisierens fehlen; es handelt sich um ein partielles Verständnis, das einen gewissen Wahrheitsgehalt aufweist, aber übermäßig detailliert und oft repetitiv ist. Zu diesen Merkmalen gehört ein Gefühl der Gewissheit über mentale Zustände, einschließlich der unrealistischen Annahme, man könne den mentalen Zustand eines anderen direkt erkennen. Weiterhin gehört zu diesen Merkmalen eine Beschränkung dessen, was dem mentalen Zustand des anderen zugeschrieben wird, auf Ideen und Themen, die die bestehende Perspektive des Individuums bestätigen und an der aus starken unbewussten Gründen festgehalten wird, so schmerzhaft und selbstzerstörerisch sie auch sein mag.

1.4 Einschätzung der Eignung für die DIT

Wenn es in der Psychotherapie eine Kunst gibt, dann ist es sicherlich die Kunst der Eignungseinschätzung, da es uns in diesem Bereich an wissenschaftlichen Erkenntnissen mangelt. Trotz der beachtlichen Fortschritte, die wir beim Verständnis vieler Aspekte des therapeutischen Prozesses und seiner Ergebnisse bei einer Reihe von Psychotherapien gemacht haben, ist unsere Fähigkeit, zuverlässig zu beurteilen, welche Behandlung für welche Patientin am besten geeignet ist, immer noch begrenzt. Wenn es um die Einschätzung der Eignung geht, ist eine Schlüsselkompetenz die Fähigkeit, sich auf das Wissen zu stützen, dass die Merkmale der Patientin vor der Therapie bislang nicht geeignet sind, die Ergebnisse einer psychodynamischen Therapie, unabhängig von der jeweiligen »Schule«, vorherzusagen (Lemma et al., 2008).

Ungeachtet dieses Warnhinweises wäre es unmöglich, Entscheidungen zu treffen, wenn wir nicht zumindest von der Fülle an praktischen Erkenntnissen profitie-

ren würden, die einige Anhaltspunkte für die Einschätzung der Eignung für einen psychodynamischen Ansatz liefern. Bestimmte Dimensionen der Patient:innen-erfahrung (intrapsychisch, interpersonell und pragmatisch) sind relevant, um zu beurteilen, wann die DIT für bestimmte Patient:innen indiziert ist und wie sie möglicherweise angepasst werden muss, um den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden. Jeder der folgenden Bereiche stellt somit einen Teilaspekt dar, anhand dessen die Eignung für die DIT beurteilt werden kann. Zusammengenommen stellen sie eher Leitlinien für die Einschätzung der Eignung als evidenzbasierte Empfehlungen dar (siehe Abbildung 1.1).



Abb. 1.1 Zu untersuchende Dimensionen bei der Einschätzung der Eignung für die DIT

1.4.1 Die Reaktion der Patient:innen auf einen explorativen Ansatz

Ziel der DIT-Therapeut:innen ist es, den Patient:innen in einen Reflexionsprozess über ihre mentalen Zustände im Kontext von Beziehungen, einschließlich der therapeutischen Beziehung, zu führen: Daher stellt die DIT andere Anforderungen an die Patient:innen als beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder die IPT. Trotz der größeren Aktivität der Therapeut:innen, die durch die zeitliche Begrenzung der Therapie bedingt ist, gibt es im Vergleich zu anderen Therapien einen relativen Mangel an Direktheit seitens des Therapeuten. Der Therapeut nähert sich der therapeutischen Situation mit einer analytischen Haltung, um die Interaktion der Patientin mit ihm zu beobachten und einzuschätzen, welche Anpassungen notwendig sein könnten, um die Fähigkeit der Patientin zu unterstützen, in einem analytischen Rahmen zu arbeiten. Dies führt uns zurück zur grundlegenden Bedeutung eines flexiblen Ansatzes, der die Patientin dort abholt, wo sie sich gerade befindet, anstatt zu versuchen, sie um jeden Preis in ein Modell zu pressen, das ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird.

Da der DIT-Therapeut jedoch eine analytische Haltung einnimmt, stellt dies besondere Anforderungen an den Patienten, was die DIT für einige Patient:innen ungeeignet oder unangenehm machen kann. Ein wichtiger Indikator für die Eignung ist daher die Einschätzung, wie der Patient ohne systematische Instruktionen des Therapeuten in der Sitzung zurechtkommt (z.B. wird er ängstlich oder paranoid?) und inwieweit der Patient auf die Aufforderung reagiert, über sein Leben nachzudenken, anstatt primär zu versuchen, seine Symptome durch praktische Strategien zu lindern.

1.4.2 Das Interesse der Patient:innen an der Arbeit mit interpersonellen und affektiven Themen

Jede Patientin kommt mit ihrer eigenen Sprache, ihrem eigenen Bezugsrahmen für emotionale Not und ihren eigenen Theorien, die oft mit den kulturellen Idiomen für den Ausdruck emotionaler Not übereinstimmen, zur Einschätzung seiner Eignung für die DIT-Therapie. Häufig bietet die Begutachtung die Gelegenheit, verschiedene Erzählungen über das Problem auszutauschen. Die Patientin kann feststellen, dass der interpersonelle und affektive Schwerpunkt der DIT sinnvoll und hilfreich ist, z.B. indem sie von ihrer früheren physiologischen oder politischen Erklärung zu einer eher psychologischen Erklärung übergeht. Allerdings ist dies nicht immer der Fall. Daher ist es wichtig, darauf zu achten, ob das Narrativ der Patientin ausreichend mit dem der DIT übereinstimmt. Wir streben eine gewisse Kompatibilität zwischen

der Behandlungslogik und den eigenen Theorien der Patient:innen an. Es hat wenig Sinn, einer Patientin eine DIT anzubieten, die davon überzeugt ist, dass ihre Probleme auf eine genetische Veranlagung zurückzuführen sind, oder die glaubt, dass ihre Depression eine realistische Reaktion auf eine globale Verschwörung oder eine äußere Realität wie den Klimawandel ist, die nichts mit ihr selbst zu tun hat. Ziel der Begutachtung ist es nicht, die Patientin dazu zu bringen, unsere Sichtweise zu übernehmen, sondern eine hinreichende Übereinstimmung zwischen unserem Wissen über die Schwierigkeiten der Patientin und dem therapeutischen Ansatz zu finden, der ihrer Denkweise oder Lebensphilosophie am ehesten entspricht und mit dem diese Schwierigkeiten am besten angegangen werden können. Der Schwerpunkt der DIT liegt eindeutig auf dem interpersonellen Funktionieren der Patientin in ihrem aktuellen Leben und in der therapeutischen Interaktion sowie auf ihrem emotionalen Erleben. Angesichts dieser Fokussierung ist es wichtig, das Interesse der Patientin an der Arbeit mit diesen Themen von Anfang an einzuschätzen. Dies erfordert, dass der Therapeut das Interesse der Patientin an der DIT weckt, indem er eine Probedeutung (siehe Kapitel 5) durchführt, die die aktuellen Schwierigkeiten/Gefühle/Symptome der Patientin mit ihren vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen und ihrem Verhalten in Verbindung bringt.

1.4.3 Die Fähigkeit der Patient:innen, die therapeutische Beziehung zu reflektieren

Wir hoffen, dass unsere Patient:innen in der Lage sind, eine emotional »lebendige« Beziehung zu uns zu entwickeln, die eine Vielzahl von positiven und negativen Gefühlen hervorruft, von denen einige beängstigend sein können. Der Realitätssinn des Patienten und damit sein Verständnis für die »Als-ob«-Qualität der Übertragung ist daher eine wesentliche Voraussetzung. Damit der Patient die DIT nutzen und davon profitieren kann, ist es wichtig, dass ihm geholfen wird, die therapeutische Beziehung zu reflektieren und gleichzeitig die Realitätsprüfung aufrechtzuerhalten. Wenn diese Fähigkeit fehlt, erlebt der Patient die Therapeutin nicht mehr, als wäre sie ein misshandelnder Elternteil, sondern vielmehr ist die Therapeutin in seinem Erleben der misshandelnde Elternteil. Ein Symbol wird als Repräsentant eines Objektes erlebt. Wenn das Symbol und das Objekt, das es symbolisiert, nicht unterschieden werden können, ist dies ein Zeichen für einen Zusammenbruch der symbolischen Funktion, was psychisch verheerend ist – und eine Kontraindikation für DIT.

Einer der aussagekräftigsten Indikatoren für die Eignung ist die Reaktion des Patienten auf die Versuche der Therapeutin, ihn zu verstehen. Fühlt sich der Patient

beispielsweise erleichtert oder verfolgt, wenn sich die Therapeutin auf seine mentalen Prozesse oder auf das, was in der Therapie zwischen ihnen geschieht, konzentriert? Besonders hilfreich sind Deutungen, die die Aufmerksamkeit des Patienten auf sein unbewusstes Erleben der Therapie lenken (z. B. darauf, dass der Patient möglicherweise Angst vor der Aussicht auf diese Art der Zusammenarbeit hat). Die Reaktion des Patienten hilft der Therapeutin, sich ein Bild von der aktuellen Bereitschaft und Motivation des Patienten zu machen, sich auf den affektiven und interpersonellen Fokus der Therapie einzulassen, genauer gesagt, inwieweit der Patient zu Folgendem in der Lage ist:

- Sich aus seinem Erleben herauslösen und seine eigenen mentalen Prozesse beobachten
- Annehmen und nutzen, was die Therapeutin anbieten kann
- Konzentriert arbeiten

1.4.4 Die Neugier der Patient:innen auf die eigene Rolle bei ihren Schwierigkeiten

DIT-Therapeut:innen unterstützen die Patient:innen deutlicher, als dies vielleicht in anderen dynamischen Modellen der Fall ist, aber sie fordern sie auch heraus, weil die DIT den Schwerpunkt darauf legt, die Patient:innen dabei zu unterstützen, wirkliche Veränderungen in ihren Beziehungen zu anderen vorzunehmen und ihre eigenen Perspektiven zu hinterfragen. Beispielsweise dauert es nicht lange, bis die Patient:innen merken, dass die Erzählung ihrer Viktimisierung vom Therapeuten nach und nach infrage gestellt wird, um sie aufzufordern, über ihre Rolle in dem sich wiederholenden Muster nachzudenken, das als Schwerpunkt der Therapie gewählt wurde. Dies erfordert eine erhebliche Motivation seitens der Patientin, insbesondere wenn die Symptome ich-synton sind (d. h. keinen Konflikt oder Selbstzweifel hervorrufen).

Die Einschätzung der Motivation ist jedoch schwierig, da es sich um ein komplexes und vielschichtiges Konzept handelt. Tatsächlich besteht wenig Einigkeit über den Begriff. Manchmal wird er so weit gefasst, dass er zum Synonym für die Eignung für eine psychodynamische Therapie wird (Truant, 1999). Die klinische Arbeit zeigt jedoch eines sehr deutlich: Motivation bezieht sich nicht auf einen statischen Geisteszustand. Patient:innen durchlaufen in der Therapie Phasen, in denen ihre Motivation hoch ist, und zu anderen Zeiten gewinnen die Sekundärgewinne ihrer Erkrankung die Oberhand und die Motivation lässt nach. Die relative Vorherrschaft der Veränderungsmotivation gegenüber der unbewussten Befriedigung durch die

Symptome, die als Widerstand gegen Veränderungen wirkt, ist ein wichtiger und schwer zu bewertender Faktor. Die DIT wird sich auch mit der defensiven Funktion der Selbstwahrnehmung befassen, z.B. wenn Patient:innen sich als unschuldiges Opfer erleben oder als jemanden, der sich bemüht, hilfreich zu sein, aber nicht anerkannt wird.

Die Einschätzung der Motivation ist notwendigerweise eine Schlussfolgerung. Sie kann gegebenenfalls aus einer eingehenden Beschäftigung mit den bisherigen Therapieerfahrungen der Patient:innen und ihren Erwartungen an die neue Behandlung abgeleitet werden. Zur Einschätzung der Motivation ist es hilfreich, mit der Patientin folgende Bereiche zu erforschen:

- Wie ist die Beziehung der Patient:innen zur Hilfe? Was haben die Patient:innen in einer früheren Therapie oder einer anderen helfenden Beziehung (z.B. mit Freund:innen oder Hausärzt:innen) als schwierig oder hilfreich empfunden? Wie realistisch sind ihre Erwartungen an die Therapie? Welche Schwierigkeiten sehen sie im Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Behandlung? Nehmen sie eine aktive oder passive Haltung ein? Hoffen sie, »geheilt« zu werden, oder geben sie zu verstehen, dass die Therapie ihnen etwas abverlangen wird und nicht nur das Ergebnis der Bemühungen des Therapeuten ist?
- Ist die Beziehung der Patient:innen zu den Therapeut:innen übermäßig idealisiert? Ein gewisses Maß an positiver Investition in die Person des Therapeuten und seine Fähigkeit, Leiden zu lindern, ist notwendig, damit ein Arbeitsbündnis entstehen kann, aber das ist etwas ganz anderes, als wenn Patient:innen sich zurücklehnen und eine magische Verwandlung durch die Hände eines allmächtigen Therapeuten erwarten. Eine starre Idealisierung oder Verunglimpfung früherer Therapeut:innen sollte die Alarmglocken läuten lassen und kann ein schlechtes prognostisches Zeichen sein.
- Sind die Patient:innen innerlich oder äußerlich motiviert? Diese Frage ist in der Regel verknüpft mit der Frage »Warum gerade jetzt?« Es ist wichtig, diese Frage zu klären, da Patient:innen, die sich auf Drängen eines Partners oder einer anderen psychosozialen Fachkraft in Therapie begeben, unter Umständen eine schwache oder scheiternde Allianz eingehen, die den Behandlungsprozess untergraben kann. Im Allgemeinen sind Patient:innen motiviert, an der Therapie mitzuarbeiten, wenn sie ihre Probleme/Symptome zumindest bis zu einem gewissen Grad als ich-dyston erleben. Dabei ist es wichtig, zwischen der Motivation zum Selbstverständnis (z.B. »Ich möchte verstehen, warum ich mich immer gedemütigt fühle«) und der Suche nach konkreter Entlastung von Symptomen oder bestimm-

ten Lebenssituationen (z. B. »Ich möchte aus der Wohnsiedlung, in der ich wohne, ausziehen, das macht mich fertig«) zu unterscheiden. Obwohl der Patient in beiden Fällen motiviert ist, sich in irgendeiner Form helfen zu lassen, ist es unwahrscheinlich, dass der zweite Patient die DIT als angenehm empfindet.

Das Risiko für die Patient:innen, sich mit schmerzhaften Gefühlen/interpersonellen Themen auseinanderzusetzen, mit denen sie nur schwer umgehen können (z. B. erhöhte Selbstgefährdung), wird gegen die Vorteile der Erforschung ihrer Probleme in der Therapie abgewogen.

Obwohl DIT-Therapeut:innen ermutigt werden, eine stärker unterstützende Haltung einzunehmen, als dies in einigen psychodynamischen Modellen der Fall ist, werden in der Therapie dennoch unbewusste Konflikte und Abwehrmechanismen angesprochen. Es ist wichtig, das Risiko einzuschätzen, dem die Patient:innen durch diesen explorativen Schwerpunkt ausgesetzt sein könnten. Eine wichtige Aufgabe bei der Einschätzung besteht daher darin, gemeinsam mit den Patient:innen realistisch abzuwägen, ob sie in der Lage sind, innerhalb eines zeitlich begrenzten analytischen Rahmens zu arbeiten. Dies erfordert Kenntnisse und Überlegungen in den folgenden Bereichen:

- Kenntnis der Vorgeschichte der Patient:innen in Bezug auf Selbstverletzung, Gewalt, Vernachlässigung oder selbstzerstörerisches Verhalten.
- Einschätzung der Ich-Stärke der Patient:innen. Hier geht es darum, festzustellen, ob die Schwierigkeiten der Patient:innen die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und andere exekutive Ich-Funktionen einschränken, was zu diffusen Grenzen beitragen und das Ausagieren fördern würde. Die Ich-Stärke der Patient:innen wird aus der Darstellung im Einschätzungsprozess abgeleitet. Sie spiegelt jene Persönlichkeitsmerkmale wider, die es dem Patienten ermöglichen, Ängste zu überwinden und adaptive Abwehrmechanismen zu entwickeln. Im Wesentlichen bezieht sich die Ich-Stärke auf die Fähigkeit des Patienten, mit der Realität in Kontakt zu bleiben, ohne dass Wahrnehmung, Denken und Urteilsvermögen beeinträchtigt sind. Die Ich-Stärke spiegelt die Fähigkeit des Patienten wider, seine Identität angesichts des psychischen Schmerzes aufrechtzuerhalten, ohne auf übermäßige Verzerrung oder Verleugnung zurückzugreifen. Ich-Schwäche äußert sich in geringer Frustrationstoleranz und Impulskontrolle, mangelnder Angsttoleranz und fehlenden Sublimierungsaktivitäten. Beispielsweise ist ein wütender Patient mit geringer Ich-Stärke weniger in der Lage, über den Ursprung und die Bedeutung seiner Wut nachzudenken, und kann sie stattdessen ausagieren und eine andere Person

angreifen. Ein Patient mit größerer Ich-Stärke ist entweder in der Lage, über seine Wut nachzudenken, oder es gelingt ihm, seine Wut zu sublimieren und sie in eine andere, konstruktivere Aktivität, z. B. Sport, umzuleiten.

- Die Fähigkeit der Patient:innen, angesichts von Herausforderungen in Beziehungen und beruflichen Unternehmungen durchzuhalten, bietet eine weitere Möglichkeit, die Ich-Stärke indirekt einzuschätzen. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Bildungs- und Berufsanamnese zu erheben: Patient:innen, die sich mit einer Geschichte von Ausbildungsabbrüchen, Entlassungen oder Arbeitsplatzwechseln vorstellen, werfen die Frage auf, ob sie über ausreichend entwickelte Fähigkeiten verfügen, um in Stresssituationen durchzuhalten.

1.4.5 Externe Ressourcen, die Patient:innen während der DIT unterstützen könnten

Hier ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass wir nicht beurteilen, ob die Patient:innen in das Modell passen, sondern inwieweit das Modell und der Kontext, in dem es angeboten wird, an die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst werden können. Ein zentrales Merkmal der Einschätzung für die DIT ist daher die Identifizierung und Berücksichtigung der externen Ressourcen, die den Patient:innen und den Therapeut:innen bei der Planung von Interventionen zur Verfügung stehen, sodass der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung durch die Erkundung der externen Ressourcen der Patient:innen (z. B. Freund:innen und Familie als Unterstützungsquellen, stabile Wohnverhältnisse) und die Angemessenheit des Settings, in dem die Therapie angeboten wird, in Bezug auf die Bedürfnisse der Patient:innen (z. B. Bedarf an zusätzlicher Unterstützung durch andere Fachkräfte) angemessen berücksichtigt werden.

1.4.6 Erfahrungen der Therapeut:innen mit den Patient:innen in der Sitzung

Alle bisher beschriebenen Dimensionen geben wichtige Hinweise darauf, wie die Patient:innen wahrscheinlich auf die DIT reagieren werden. Die direkte Erfahrung der Therapeut:innen, mit einem Patienten oder einer Patientin zusammen im Raum zu sein, ist jedoch wahrscheinlich die aufschlussreichste von allen. Patient:innen, die auf dem Papier als unwahrscheinliche Kandidat:innen für die DIT erscheinen, können in der Interaktion mit der Therapeutin dennoch die Hoffnung äußern, dass sie bei sorgfältigem Pacing durch die Therapeutin und angemessener Unterstützung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Therapie von der DIT profitieren könnten. In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass die DIT aufgrund der stärker

unterstützenden Haltung der DIT-Therapeutin und ihres relativ strukturierteren Formats für Patient:innen, die noch nicht bereit sind, sich auf diese Art der Intervention einzulassen, eine nützliche Brücke zu einer längerfristigen psychodynamischen Therapie darstellen könnte. Die Einschätzung der Therapeutin, was der Patient tolerieren und nutzen kann, ergibt sich auch aus der Reflexion der Therapeutin über die emotionale Wirkung, die die Darstellung des Patienten auf sie hat (d.h. die Gegenübertragung). Dies beruht auf der Fähigkeit der Therapeut:innen, die potenzielle Bedeutung ihrer Reaktionen auf das Verstehen der interpersonellen Verhaltensmuster des Patienten einzuschätzen.

Wie die obige Auflistung zeigt, muss die Therapeutin bei der Einschätzung der Eignung eines Patienten für die DIT mehrere Dimensionen der Erfahrungen des Patienten und seines Kontextes bewerten und zusammenführen, um eine Entscheidung treffen zu können. Wie wir im Verlauf dieses Buches immer wieder betonen werden, ist ein flexibler Ansatz insofern von entscheidender Bedeutung, als manche Patient:innen anfangs mit einigen der Anforderungen, die die DIT an sie stellt, Schwierigkeiten haben könnten, aber eine Therapeutin, die in der Lage ist, ihre Interventionen sorgfältig zu dosieren, kann es den Patient:innen durchaus ermöglichen, von der DIT zu profitieren.

1.5 Diese zweite Ausgabe

Diese Neuauflage besteht aus zwei Hauptteilen. Im ersten Teil (Kapitel 2 bis 9) aktualisieren wir den Kernansatz und die Techniken der DIT in einer Weise, die unsere Erfahrungen in Behandlung, Fortbildung und Supervision bei der Arbeit mit der ersten Auflage widerspiegelt. Der zweite Abschnitt befasst sich mit neuen Entwicklungen, die wir in den letzten Jahren eingeführt haben, insbesondere mit Forschungsarbeiten zur Evaluation der Ergebnisse der DIT (Kapitel 12), mit komplexen Fällen, die weitere Elemente von Persönlichkeitsstörungen enthalten (Kapitel 13), mit Anpassungen des Modells für die Arbeit mit Patient:innen mit somatischen Störungen (Kapitel 14) und mit der Arbeit über das Internet in der Online-Therapie (Kapitel 15). Darüber hinaus stellen wir unsere Erfahrungen aus mehreren Jahren der Weiterbildung von Psychotherapeut:innen und deren Feedback als Praktiker:innen dar, sowohl was bei der Umsetzung der DIT schiefgehen kann (Kapitel 10), als auch, welche Fragen uns häufig gestellt werden (Kapitel 11). Im letzten Kapitel (Kapitel 16) stellen wir den Leser:innen neue Leitlinien vor, an denen wir derzeit arbeiten, die wir aber noch nicht formell in Fortbildung und Praxis des Modells integriert haben.

Wir werden einige zukünftige Entwicklungen aufzeigen, von denen wir glauben, dass sie die Zukunft des DIT-Modells (und der Psychotherapie im Allgemeinen) prägen werden. Dazu gehören Konzeptualisierungen der Psychopathologie (die einen allgemeinen Psychopathologie-Faktor oder »p-Faktor« des Schweregrads gegenüber diagnostischen Unterkategorien als am nützlichsten für die Therapie ansehen) und die DIT als ein sich entwickelndes Spektrum von Modellen mit unterschiedlichen Behandlungszeiten und -modalitäten für verschiedene Situationen.

1.6 Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. Aufl., Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Koehler, K. & Saß, H. (Hrsg.). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz, 1984.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Aufl., Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe, 2015.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. et al. (2008). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: A randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 20(3), 805–820. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000382>
- Beck, A. T. et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Deutsch: *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz, 2017.
- Bifulco, A. et al. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 50–59. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8215-0>
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive- vulnerability. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8216-x>
- Binder, J. L. (2004). *Key competencies in brief psychodynamic therapy: Clinical practice beyond the manual*. New York: Guilford Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience. Relatedness and self definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology. Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793–814. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>
- Blatt, S. J. et al. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37–54. <https://doi.org/10.1080/10503300903121080>

- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (Hrsg.) (1989). *Life events and illness*. London: Unwin Hyman.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R. G. et al. (Hrsg.). *Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment*, 41–68. New York: Guilford Press.
- Conradi, H. J. & de Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment. A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116(1–2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.027>
- Engel, G. L. & Schmale, A. H., Jr. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder. Conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(2), 344–365. <https://doi.org/10.1177/000306516701500206>
- Fehlbaum, L. V. et al. (2022). Early and late neural correlates of mentalizing. ALE meta-analyses in adults, children and adolescents. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 17(4), 351–366. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab105>
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80–99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Playing with reality. III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853–873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- Frith, C. D. & Frith, U. (2021). Mapping mentalising in the brain. In: Gilead, M. & Ochsner, K. N. (Hrsg.). *The neural basis of mentalizing*. S. 17–45. Springer International. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51890-5_2
- Heim, C. et al. (2008). The link between childhood trauma and depression. Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Hogg, B. et al. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder. An umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 397–410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Jones, E. (1927). Discussion on lay analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 174–198.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle. A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185>
- Kyte, Z. A. & Goodyer, I. (2008). Social cognition in depressed children and adolescents. In: Fonagy, P. & Goodyer, I. (Hrsg.). *Social cognition and developmental psychopathology*, 201–237. Oxford University Press.
- Lee, A. & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2), 219–231. <https://doi.org/10.1080/15374410802698396>
- Lemma, A. et al. (2008). The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. https://www.ucl.ac.uk/pals/sites/pals/files/ppc_clinicians_background_paper.pdf
- Lemma, A. et al. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy. A clinicians' guide*. 1. Aufl., Oxford University Press.

- Lewinsohn, P.M. et al. (1980). Social competence and depression. The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 203–212. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.89.2.203>
- Luyten, P. (2017). Personality, psychopathology, and health through the lens of interpersonal relatedness and self-definition. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65(3), 473–489. <https://doi.org/10.1177/0003065117712518>
- Luyten, P. et al. (2013). Impairments in self structures in depression and suicide in psychodynamic and cognitive behavioral approaches. Implications for clinical practice and research. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(3), 265–279. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.3.265>
- Luyten, P. et al. (2006). Depression research and treatment. Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985–999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.003>
- Luyten, P. et al. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression. A critical overview of empirical research. In: Corveleyn, J., Luyten, P. & Blatt, S.J. (Hrsg.). *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model*, 107–147. New York: Routledge.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2018). The stress-reward-mentalizing model of depression. An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.008>
- Luyten, P. et al. (2019). Depression. In: Bateman, A. & Fonagy, P. (Hrsg.). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 2. Aufl., 387–401. Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing. Deutsch: *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2015.
- McFarquhar, T. et al. (2023). A typology for the interpersonal affective focus in dynamic interpersonal therapy based on a contemporary interpersonal approach. *Psychotherapy*, 60(2), 171–181. <https://doi.org/10.1037/pst0000462>
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2016). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change*. 2. Aufl., New York: Guilford Press.
- Shedler, J. et al. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1026–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050746>
- Shedler, J. & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis. Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350–1365. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1350>
- Suárez, L.M. et al. (2008). Understanding anxiety disorders from a »triple vulnerability« framework. In: Antony, M.M. & Stein, M.B. (Hrsg.). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 153–172. Oxford University Press.
- Torgersen, S. (1986). Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143(5), 630–632. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.5.630>
- Truant, G.S. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy. II. Assessment based on basic process goals. *American Journal of Psychotherapy*, 53(1), 17–34. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.1.17>
- Van Houdenhove, B. & Luyten, P. (2009). Central sensitivity syndromes. Stress system failure may explain the whole picture. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 218–219. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.08.008>

Weissman, M. M. et al. (2000). Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books.

Whalley, H. C. et al. (2009). Functional imaging of emotional memory in bipolar disorder and schizophrenia. *Bipolar Disorders*, 11(8), 840–856. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00768.x>

World Health Organization (2019). International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization. <https://icd.who.int/en/>