

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT)

Een integratieve psychodynamische behandeling voor een brede waaier van klachten en problemen

PATRICK LUYTEN

Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT) is ontstaan in het Verenigd Koninkrijk in de context van het Improving Access to Psychological Therapies-initiatief (IAPT) (Lemma e.a. 2011a, 2011b). Met dit initiatief wil de Britse overheid de toegankelijkheid tot aangetoond effectieve psychotherapie binnen de National Health Service verbeteren. Het uitgangspunt daarbij is dat het aanbod niet beperkt mag worden tot een bepaalde vorm van psychotherapie. Er is immers geen vorm van psychotherapie die duidelijk superieur is aan andere vormen van psychotherapie. Bovendien hebben patiënten ook vaak een voorkeur voor een specifiek type van behandeling, waardoor een verscheidenheid van behandelingen moet worden aangeboden (Lemma e.a. 2011a).

Het probleem daarbij is echter dat allerlei varianten van (psychodynamische) therapie in de praktijk worden aangeboden, zonder een degelijke kwaliteitscontrole. Doen (psychodynamische) therapeuten wel werkelijk wat ze zeggen dat ze doen? En is het wel effectief wat ze doen? Daartoe werd binnen het IAPT-initiatief voor elke behandelvorm, waaronder psychodynamische therapie, gekozen voor een voldoende flexibel, maar empirisch onderbouwd model. Voor psychodynamische therapie werd dat DIT, een integratief model dat gebaseerd is op empirisch onderbouwde psychodynamische behandelingen voor depressie en andere courante aandoeningen (Lemma e.a. 2011a; Luyten & Fonagy 2011). Om de consistentie en coherentie van het model te verzekeren, werd het geheel theoretisch geplaatst binnen een breed objectrelationeel en interpersoonlijk perspectief op het ontstaan en voortbestaan van psychopathologie. Dit sluit ook mooi aan bij onderzoek dat aantoonde dat actuele en/of vroegere relationele problematiek een centrale rol speelt in het veroorzaken en instandhouden van de meest courante vormen van psychopathologie (Luyten & Blatt 2012). Zoals verderop besproken wordt, herkennen patiënten zich meestal snel in deze relationele focus, zelfs als ze oorspronkelijk een andere opvatting over het ontstaan van hun klachten hebben.

Deze interpersoonlijke benadering vertaalt zich in een aantal belangrijke aannamen die een zekere *common ground* weergeven binnen psychoanalytische opvattingen, namelijk [a] dat onze interne psychische wereld of subjectiviteit haar oorsprong voornamelijk vindt in gehechtheidsrelaties, [b] dat deze gehechtheidsrelaties belangrijke bouwstenen vormen voor de ontwikkeling van representaties van onszelf en anderen, [c] dat deze vaak grotendeels onbewuste representaties ons (relationeel) functioneren sterk beïnvloeden, kleuren en verkleuren, [d] en dat in dit alles onze capaciteit om te mentaliseren (de capaciteit om onszelf en anderen te kunnen begrijpen in termen van intentionele mentale toestanden), essentieel is, omdat we anders de speelbal worden van onze interne en externe wereld en ook niet kunnen openstaan voor anderen (ook een essentiële voorwaarde voor psychotherapie).

¶ *De oorsprong van DIT: het centrale belang van competenties*

De interventies en strategieën die de kern vormen van DIT zijn afgeleid uit een omschrijving van competenties die effectieve psychoanalytische psychotherapie kenmerken (Lemma e.a. 2009). Het gaat hierbij zowel om competenties die alle goede therapeuten kenmerken (zoals het flexibel kunnen toepassen van interventies afhankelijk van de noden van de patiënt en de context) als specifiek psychoanalytische competenties (zoals het kunnen creëren en behouden van een kader en het werken met overdracht). Een overzicht van deze competenties is online te vinden (Lemma e.a. 2009). Opgeleide psychoanalytische therapeuten zouden al ruime vertrouwdsheid met deze competenties moeten hebben, waardoor de bijkomende vereisten om DIT aan te leren beperkt zouden zijn. Dat was een belangrijk doel en de filosofie bij de ontwikkeling van DIT.

Concreet bestaat de opleiding uit drie of vier dagen vorming in combinatie met minimaal twee casussen die onder supervisie worden uitgevoerd. Hierbij worden alle sessies opgenomen op video en wekelijks besproken met een erkende supervisor. Voor supervisors bestaat er een apart traject, zodat ook de kwaliteit van supervisie gegarandeerd wordt. Dit moet ervoor zorgen dat therapeuten daadwerkelijk het DIT-model aanbieden (bewaken van *adherence*). Om hier alvast een belangrijke kritiek te pareren: het DIT-model biedt geen 'kookboek' van interventies aan, maar een degelijke set van strategieën en principes die afgeleid zijn uit de studie van als effectief aangetoonde behandelmodellen. Flexibiliteit van de therapeut is daarbij essentieel en het model biedt dan ook een sterke ondersteuning om die flexibiliteit aan de dag te leggen. Het voorkomt vooral dat therapeuten iatrogene interventies doen. Bovendien is DIT, zoals gezegd, ingebed in een breder psychodynamisch begrip van klachten en hun oorsprong.

¶ Kernaspecten van DIT

DIT is in eerste instantie ontwikkeld als een in de tijd gelimiteerde kortdurende therapie bestaande uit zestien wekelijkse sessies. Een aantal varianten hiervan is op dit ogenblik in ontwikkeling, waaronder een langerdurende versie voor meer chronische problematiek (bestaande uit vijftientig tot veertig sessies) en een variant voor adolescenten met milde persoonlijkheidspathologie.

DIT kent een dubbele focus: een *procesfocus*, die zich richt op het versterken van de *mentalisatiecapaciteit* van de patiënt ongeacht de inhoud van de thematiek, en een *inhoudelijke focus*, namelijk de specifieke intrapsychische en relationele dynamiek van de patiënt. Beide grijpen op elkaar in, maar het DIT-model laat toe om een verschillend accent te leggen naargelang de capaciteiten van de patiënt en de fase van de behandeling. Bij erg kwetsbare patiënten bijvoorbeeld, is het zeker in de beginfase noodzakelijk te werken aan het verstevigen van de *mentalisatiecapaciteit* van de patiënt. Een te vroege of te sterk inhoudelijke focus moet vroege drop-out of de ontwikkeling van turbulente overdrachts- en tegenoverdrachtspatronen voorkomen. Een te neutrale houding leidt meestal tot hetzelfde resultaat, zeker bij erg depressieve patiënten: herstel van de mentalisatiecapaciteit is bij hen vaak het eerste doel, omdat inhoudelijk gerichte interventies vaak compleet voorbijgaan aan de patiënt, overkomen als een beschuldiging (‘Dus het is ook nog eens allemaal mijn schuld’), of als een aanval/hertraumatisering worden beleefd (‘Waarom zeg of doe je niets? Je doet niets voor mij. Je bent hetzelfde als iedereen. Niemand heeft ooit iets voor mij gedaan’). Te weinig activiteit van de therapeut leidt meestal tot snelle drop-out bij deze patiënten. Hier zien we dus hoe het DIT-model in de eerste plaats iatrogene effecten van behandeling probeert te voorkomen en ook gericht is op het versterken van de autonomie en veerkracht van de patiënt: *empowerment* is de centrale idee (Luyten & Fonagy 2011; Luyten e.a. 2012). De in de tijd gelimiteerde aanpak past eveneens binnen deze filosofie: deze activeert de patiënt immers, maar op een manier die een hoopvol toekomstperspectief induceert. Het doel is immers niet ‘genezen’ te zijn op het einde van de therapie, maar een veranderingsproces in gang gezet te hebben dat dan nadien door de patiënt zelf voortgezet kan worden. Ook dit is een wezenlijk aspect van de mentalisatiefocus: door het activeren van de patiënt en het bieden van (realistische) hoop wordt de capaciteit tot mentaliseren gereactiveerd.

De *inhoudelijke focus* richt zich op het samen met de patiënt beschrijven en afgrenzen van een zogenaamde Interpersoonlijke Affectieve Focus (IPAF) die dan als centrale inhoudelijke focus van de therapie wordt genomen. De IPAF omvat [a] een specifieke representatie van het zelf-in-relatie-tot-een-ander die de patiënt kenmerkt (bijvoorbeeld: ‘Ik doe alles voor anderen. Ik ben er altijd voor anderen’), [b] een typische representatie van anderen (bijvoorbeeld ‘Niemand geeft echt om mij. Niemand ziet mij staan’), [c] een affect dat de beide

verbindt (bijvoorbeeld verdriet, wanhoop en angst) en [d] de afweerfunctie van deze constellatie (bijvoorbeeld om gevoelens van frustratie en agressie af te weren ‹presenteert› men zich als onderdanig en zorgend).

Deze IPAF wordt binnen DIT gezien als de verklaring voor de klachten van de patiënt. De IPAF wordt dan ook door therapeut en patiënt samen geformuleerd in de eerste drie tot vier sessies en tot focus genomen van de behandeling. Het spreekt voor zich dat dit niet bij alle patiënten kan (waardoor een mentalisatiefocus meer op de voorgrond blijft), maar de tegelijkertijd ondersteunende en activerende aanpak van DIT maakt het in vele gevallen wel mogelijk (zie ook verder). Het indicatiegebied voor DIT is dan ook veel ruimer dan vaak gedacht wordt en de formulering van de IPAF met de patiënt lukt meestal snel.

Vanuit theoretisch perspectief worden klachten in het DIT-model gezien als het gevolg van (gepercipieerde) bedreigingen van gehechtheidsrelaties (zoals verlies, separatie, faalervaringen). Dit geeft ofwel aanleiding tot een overmatig beroep doen op *gehechtheidhyperactiverende* strategieën, wat zich toont in het overmatig aanklampen van anderen (inclusief de therapeut) in een poging deze gevoelens te reguleren. Of de patiënt doet overmatig beroep op *gehechtheiddeactiverende strategieën*: de patiënt vermijdt anderen, meent dat hij of zij alles zelf moet oplossen en ontkent ook vaak zijn of haar lijden (‹Ik heb nooit hulp nodig gehad. Ik heb het altijd alleen aangekund›). Beide strategieën vinden ook snel een plaats in de overdracht, wat een bijkomende bron van informatie is voor de afbakening van de IPAF. Patiënten met ernstige gehechtheidsverstoringen gebruiken beide strategieën vaak afwisselend en in extreme mate (wat zich bijvoorbeeld uit in idealisering-denigratiecycli in relatie tot anderen, inclusief de therapeut). Dit laatste is een mogelijke tegenindicatie voor kortdurende therapie.

De tijdelijke of permanente desorganisatie van het gehechtheidssysteem leidt ook tot verstoringen in mentaliseren. Hierdoor gaan patiënten meer en meer functioneren in een prementaliserende modus, manieren van het beleven van de eigen subjectiviteit die voorafgaan aan de capaciteit tot mentaliseren. De patiënt ervaart wat hij of zij denkt of voelt als zijnde de enige waarheid (*psychische-equivalentiemodus*) (bijvoorbeeld: ‹Niemand ziet me graag. Het is hopeloos›), erkent enkel nog objectieve en doelgerichte invloeden op het voelen, denken en handelen (*teleologische modus*) (bijvoorbeeld: ‹Mijn neurotransmitters zijn verstoord›. ‹Het komt allemaal door die reorganisatie op het werk›), of verliest zich in zogenaamd hypermentaliseren (*pretend- of alsofmodus*), wat zich uit in schier eindeloze rationaliserende of affectief overspoelende pogingen om wat er gebeurt te begrijpen, maar die geen relatie hebben tot de werkelijkheid. Het functioneren in een prementaliserende modus geeft aanleiding tot een sterke druk tot externalisering van deze ongementaliseerde zelftoestanden (projectieve identificatie) en/of pogingen om in een teleologi-

sche modus een einde te maken aan de psychische pijn die ermee gepaard gaat (bijvoorbeeld door suïcidaal gedrag).

De meeste patiënten herkennen relatief snel het verband tussen hun klachten en problemen in interpersoonlijke relaties in het heden en/of verleden. Maar ook bij patiënten die hun klachten daar niet onmiddellijk mee verbinden, is de interpersoonlijke insteek vaak snel te maken. De patiënt zegt bijvoorbeeld: <Ik weet niet waarom, maar plots kon ik niet meer slapen. Ik kreeg concentratieproblemen, kwam tot niets meer, zag het niet meer zitten.> De simpele vraag van de therapeut om wat meer te vertellen over de context, leidt vaak tot een interpersoonlijke focus en het besef bij de patiënt dat deze context gerelateerd is aan het begin en het voortbestaan van de klachten: <Ja, nu je dat vraagt, op het werk loopt het helemaal niet meer, met mijn collega's botert het niet meer, en ook met mijn vrouw is de relatie flink verzuurd. Dat helpt al zeker niet, dat maakt me alleen maar meer depressief.>

¶ *Therapeutische houding en focus in DIT*

Het DIT-model is, zoals gezegd, geen kookboek. Het gaat in de eerste plaats uit van een aantal algemene therapeutische strategieën die samen vooral een bepaalde therapeutische houding (*stance*) of attitude vooropstellen.

In DIT staat dus het verband tussen klachten en een, grotendeels onbewust, zich herhalend relationeel patroon (de IPAF) centraal. Het centraal stellen van de IPAF gaat samen met een sterke *hier-en-nu-focus* en een focus op de *mind* van de patiënt, eerder dan op het verleden en gedrag. Deze hier-en-nu-focus toont zich op minstens drie manieren. Ten eerste richt de DIT-therapeut de aandacht typisch op wat de patiënt *nu* voelt en denkt in de sessie. Dit versterkt in de eerste plaats het mentaliseervermogen van de patiënt, die hierdoor steeds beter in staat is om gevoelens te herkennen, differentiëren en verbinden met de IPAF (bijvoorbeeld: <Ik ervaar hier in de therapie dat ik de neiging heb om mijn eigen gevoelens uit te schakelen om anderen ter wille te zijn, omdat ik snel het gevoel heb dat anderen me toch maar niets vinden. Dit heb ik wel vaker>). Ten tweede ligt de klemtoon op de huidige problemen van de patiënt. De ontwikkelingsgeschiedenis (het <there-and-then>) komt uiteraard aan bod, maar in de eerste plaats om de huidige IPAF beter te begrijpen (<Tsja, ik begin nu beter te begrijpen waarom ik het gevoel heb dat ik alles alleen moet kunnen, gezien mijn geschiedenis>). Ten slotte wordt ook gebruikgemaakt van het hier-en-nu van de overdracht, omdat dit voor de patiënt een krachtige manier is om de activering en invloed van de IPAF te ervaren. Maar een dergelijk gebruik van de overdracht wordt tot een minimum beperkt, namelijk wanneer de IPAF zich op een *voor de patiënt* (en niet zozeer voor de therapeut) erg invoelbare wijze herhaalt in relatie tot de therapeut. Voorts worden overdrachtsinterpretaties zoveel mogelijk vermeden: er wordt vooral gebruikgemaakt van de positieve overdracht als motor van verandering. Nega-

tieve overdracht wordt snel aangepakt om uitval of negatieve therapeutische reacties te vermijden. Hierbij speelt aandacht voor de *cautionary tale* een belangrijke rol, namelijk de ‘waarschuwing’ die de patiënt meestal vrij snel in het eerste gesprek onbewust geeft aan de therapeut (bijvoorbeeld: ‘Ik heb al zo veel therapeuten gezien, niemand heeft mij ooit kunnen helpen’). Deze *cautionary tale* houdt vrijwel steeds verband met de IPAF en wordt daarom vrij snel aangeraakt en expliciet besproken, opnieuw om drop-out door herhaling van de IPAF te voorkomen (bijvoorbeeld: ‘Het is al vele malen misgelopen, ik vraag me af of je ook al gedacht hebt dat het ook hier zou kunnen mislopen, dat ook ik je niet kan helpen’).

Overdrachtsinterpretaties in DIT beginnen steeds met het valideren van de ervaring van de patiënt als begrijpelijk en als een terechte reactie (bijvoorbeeld: ‘Toen ik op het laatste moment de sessie afbelde, kon ik me best voorstellen dat je kwaad werd’). Vervolgens worden de gevoelens van de patiënt verder geëxploreerd door elaboratie. Voelde de patiënt zich bijvoorbeeld kwaad én in de steek gelaten? Kunnen deze gevoelens in verband worden gebracht met de IPAF? Aan het einde worden al deze elementen samengebracht in een omvattende interpretatie van wat er gebeurde, en wordt deze nog eens met de patiënt getoetst.

De focus op de innerlijke wereld (*mind focus*) is sterk beïnvloed door mentalisatiebenaderingen en maakt dat DIT deel uitmaakt van het spectrum van mentalisatiebevorderende behandelingen. De therapeut toont een sterke en actieve nieuwsgierigheid (*inquisitive stance*) naar wat de patiënt voelt, denkt, ervaart en wenst in het hier-en-nu van de sessie vanuit een niet-wetende houding (*not-knowing stance*). Hij of zij modelleert daarmee bovendien een houding die aangeeft dat alle gedrag — ook schijnbaar betekenisloos gedrag — gemotiveerd is door mentale toestanden en dat deze mentale toestanden besproken kunnen worden en aan verandering onderhevig kunnen zijn, wat opnieuw gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid tegengaat (*empowerment*).

Zeker therapeuten die meer traditioneel psychoanalytisch zijn opgeleid moeten hierbij vaak een fobische angst overwinnen, aangezien deze actieve, nieuwsgierige en niet-wetende houding een sterke, actieve en betrokken, authentiek empathische therapeutische houding vergt, die door deze therapeuten vaak beleefd wordt als niet te rijmen met een meer neutrale ‘traditioneel analytische’ houding.

Deze houding brengt ook mee dat de therapeut op een niet-defensieve manier openstaat voor feedback: de patiënt wordt sterk aangemoedigd om duidelijk aan te geven wanneer hij of zij het niet eens is met de zienswijze of interpretatie van de therapeut. Hiermee modelleert de therapeut opnieuw dat het niet goed begrijpen van mentale toestanden eerder regel is dan uitzondering (de *mind* is opaak) en dat de patiënt dus zijn gevoelens en gedachten expliciet mag en moet maken (bijvoorbeeld: ‘Ik vind het goed dat je aangeeft

dat ik dat niet goed heb begrepen. Het toont hoe makkelijk ik je verkeerd kan begrijpen ›). De DIT-therapeut is dus erg transparant in wat hij of zij denkt en voelt, wat ook samengaat met het gebruik van de eigen *mind* om bijvoorbeeld ervaringen van de patiënt te normaliseren of alternatieve zienswijzen te introduceren (bijvoorbeeld: ‹Als ik in jouw schoenen moest staan, zou ik me ook vreselijk voelen ›, of ‹Als ik in jouw plaats zou zijn, zou ik me toch ook wel kunnen voorstellen dat ik nog iets anders zou denken of voelen ›).

¶ *Technieken en interventies in DIT*

Elk interventiegebruik in DIT wordt in feite afgewogen aan twee criteria: [a] versterkt deze interventie het mentaliseervermogen en [b] geeft deze interventie meer inzicht in de IPAF en het verband daarvan met klachten? Om deze aspecten te bevorderen, beschikt de therapeut in DIT over een breed scala van technieken:

- a *Ondersteunende technieken*: steun is een essentieel onderdeel van elke effectieve behandeling, maar zeker van DIT. Zoals gezegd speelt het valideren van het perspectief van de patiënt en accurate empathie een belangrijke rol in DIT, zeker in de beginfase. Beide hebben een duidelijk ondersteunend effect en versterken het reflectief vermogen en de therapeutische relatie omdat de patiënt zich hierdoor echt begrepen voelt.
- b Specifieke *mentaliseratie-bevorderende technieken* dienen om het proces van mentaliseren weer op gang te krijgen, vooral wanneer de patiënt in een niet-mentaliserende modus functioneert. Hiertoe behoren onder andere klassieke *stop-stand-and-explore*-, *stop-and-rewind*- en *stop-and-stand*-interventies (Bateman & Fonagy 2006).
- c *Expressieve technieken* zoals elaboratie, confrontatie en interpretatie zijn een duidelijk onderdeel van DIT. Deze dienen voornamelijk om de IPAF verder te exploreren en het verband tussen verschillende elementen van de IPAF (waaronder ook de afweerfunctie ervan), door te werken. Dit is meestal ook de gelegenheid om stil te staan bij de *intrapsychische en interpersoonlijke kosten* van de IPAF. De IPAF wordt door de therapeut in DIT immers naargelang de therapie vordert, meer en meer geïnterpreteerd als een begrijpelijke, maar ondertussen maladaptieve manier om in het heden met conflicten en problemen uit het verleden om te gaan. Het ervaren door de patiënt wat dit kost, vormt binnen DIT een belangrijke hefboom naar verandering.
- d Dit brengt ons bij de laatste reeks van technieken. Gezien de *empowerment*-filosofie van DIT, worden ook *directieve technieken* op bedachtzame wijze gebruikt, vooral in de midden- en eindfase, om verandering actief te ondersteunen. Patiënten worden hierbij vooral aangemoedigd om nieuwe manieren van denken, voelen en zich gedragen uit te proberen en te bespreken in

de therapie. Hierbij wordt de actieve houding van de therapeut in relatie tot de IPAF actief ter discussie gesteld, indien nodig. Bijvoorbeeld: iemand met een afhankelijkheidsproblematiek met passief-agressief verzet zal dergelijke interventies mogelijk als persecutorisch ervaren, maar wel gedwee ›gehoorzamen‹ om de therapeut ter wille te zijn. Ondanks alle inspanningen van de therapeut en patiënt verandert er echter niets. Het verband wordt dan gelegd met de specifieke IPAF van de patiënt.

¶ *Het verloop van DIT*

DIT kent, net als de meeste andere (kortdurende) psychodynamische behandelingen, drie fasen, elk met hun eigen strategieën en doelen. De eerste fase is de verbintenis/diagnostische fase (sessies 1-4), waarin het engageren en motiveren van de patiënt centraal staat, net als het afbakenen van de IPAF, die samen met de patiënt besproken wordt en dan tot focus van de behandeling genomen. De middenfase (sessies 5-12) bestaat uit het doorwerken van de IPAF aan de hand van concrete ervaringen die de patiënt brengt in de sessies. DIT heeft dus geen voorgestructureerde inhoud van de sessies, maar is emergent: DIT vertrekt steeds van het materiaal van de patiënt. De eindfase (sessies 13-16), ten slotte, is erg belangrijk in DIT. Het doel van DIT is immers niet om patiënten te ›genezen‹, wat dat ook zou mogen betekenen, maar wel een veranderingsproces op gang te brengen, waarna de patiënt dit proces zelf voort kan zetten na het einde van de therapie. Dit wordt vooral bewerkstelligd door het gebruik van een afscheidsbrief, een brief die de therapeut schrijft en overhandigt in sessie 13. Hierin komen aan bod: de aanmeldingsproblematiek, de overeengekomen focus van de behandeling (IPAF), wat er bereikt is, wat er nog niet bereikt is en hoe de patiënt hieraan verder kan werken. De patiënt wordt hierbij uitgenodigd om veranderingen aan te brengen in deze brief. Het werken rond deze afscheidsbrief heeft een sterk effect, zo leert de ervaring: in eerste instantie wordt hierdoor, meestal zonder dat de patiënt zich hiervan bewust is, de IPAF opnieuw geactiveerd in de manier waarop de patiënt reageert op de afscheidsbrief (bijvoorbeeld onderdanig: ›Alles klopt‹, of verwerpend: ›Dat is allemaal te eenvoudig‹). Deze reacties worden dan ook geëxploreerd en weer gerelateerd aan de IPAF. Hierbij wordt het ook duidelijk voor de patiënt hoe snel deze in zijn of haar ›oude‹ patroon terugvalt, waardoor ook het mentaliserend vermogen wordt versterkt: de patiënt moet zelf leren om dit in de toekomst te herkennen en voorkomen.

¶ *Effectiviteit van DIT*

Verschillende meta-analyses hebben ondertussen de effectiviteit van kortdurende psychodynamische behandelingen waarop DIT gebaseerd is aangetoond. Verder is er heel wat empirische ondersteuning van de effectiviteit van

langerdurende psychodynamische therapie bij zogenaamde complexe psychische problemen (meestal in de context van ernstige persoonlijkheids- en relationele problematiek) (Leichsenring e.a. 2015).

Inmiddels is ook een niet-gerandomiseerd pilot-onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van DIT, waaruit bleek dat de behandeling leidde tot een significante afname van symptomen. In deze studie bereikte zeventig procent van de patiënten scores op klachten en symptomen onder de klinische *cut-off* (Lemma e.a. 2011b). Verder bleek DIT vrij makkelijk aan te leren door ervaren therapeuten en voelden ze zich ondersteund in hun werk door het DIT-model (Gelman e.a. 2010). Op dit ogenblik lopen een aantal gerandomiseerde onderzoeken, waarbij de effectiviteit van DIT wordt vergeleken met *treatment as usual* en cognitieve gedragstherapie.

¶ Conclusie

DIT werd ontwikkeld als een integratief psychodynamisch protocol voor de behandeling van depressie en andere vaak voorkomende psychische aandoeningen en klachten. Het is een expliciet integratieve behandeling, die het mogelijk moet maken dat psychoanalytische therapeuten met verschillende theoretische achtergronden de behandeling relatief eenvoudig onder de knie kunnen krijgen. Dit met als doel om de implementatie ervan in de geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken. Dit is broodnodig, aangezien psychodynamische therapie effectief is gebleken in de behandeling van courante psychologische aandoeningen en heel wat patiënten een voorkeur hebben voor deze behandeling (Luyten & Blatt 2012).

Literatuur

- BATEMAN, A.W., & FONAGY, P. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder — A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- GELMAN, T., MCKAY, A. & MARKS, L. (2010). Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): providing a focus for time-limited psychodynamic work in the National Health Service. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, 347-361.
- LEICHSENRING, F., LUYTEN, P., HILSENROTH, M.J. e.a. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine — A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648-660. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00155-8.
- LEMMA, A., ROTH, A.D. & PILLING, S. (2009). *The competencies required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. Online: http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/Psychodynamic_Competences/Background_Paper.pdf.
- LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2011a). *Brief dynamic interpersonal therapy — A clinician's guide*. Oxford: Oxford University Press.
- LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression — A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74, 41-48.
- LUYTEN, P. & BLATT, S.J. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 111-129.
- LUYTEN, P. & FONAGY, P. (2011). Depressie en de onlosmakelijke band tussen

fenomenologie, theorie en techniek. In P. Luyten, W. Vanmechelen & M. Hebrecht (red.), *Depressie — Actuele psychoanalytische benaderingen* (p. 55-98). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

LUYTEN, P., FONAGY, P., LEMMA, A. &

TARGET, M. (2012). Depression. In A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 385-417). Washington: American Psychiatric Association.

SUMMARY

Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) — An integrative psychodynamic treatment for a wide range of psychological symptoms and problems

This paper describes the background and basic principles of Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), an integrative, empirically supported psychodynamic treatment for a wide range of psychological symptoms and problems. DIT has its origins in the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) initiative in the United Kingdom. The IAPT program was developed in the UK to meet the need for a more varied range of effective therapies. DIT is based on an interpersonal-interactional approach, combining a focus on the content of patients' problems with a focus on promoting the process of mentalizing. This makes it possible to adapt the treatment to a wide range of patients with various problems and capacities. Research into the effectiveness of DIT and its implementation in mental health care is discussed.

Key words: anxiety, depression, mentalization, short-term psychotherapy

Manuscript ontvangen 5 juli 2015

Definitieve versie 17 september 2015