

Depresjon og parterapi

Samlivsproblemer kan være både utløsende og opprettholdende faktorer i depresjon. Dette har ført til interesse for parterapi som behandlingsform.

TEKST

Rita Nielsen

PUBLISERT 1. desember 2004

Samlivsproblemer og depresjon er ofte nært knyttet til hverandre. Eksempelvis fant Weissman (1987) i en epidemiologisk studie at nærmere halvparten av alle kvinner med samlivsproblemer i ekteskapet også er deprimerte, og at sannsynligheten for å ha en depresjonsdiagnose generelt er langt høyere for personer med samlivsproblemer enn for personer uten slike problemer. I denne artikkelen vil jeg først gjennomgå forskningsfunn, og så gi et eksempel på parterapi der paret har samlivsproblemer og den ene personen i tillegg er deprimert.

Depresjon og samlivsproblemer

For å forklare depresjon er det vanlig å bruke en stress-sårbarhets-modell der en tar hensyn til sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer (Norsk Psykologforening, 2002, s. 19–22). Ut fra denne modellen kan samlivsproblemer både være utløsende og opprettholdende faktorer i depresjon. Når den deprimerte viser passiv og negativ atferd, kan det bli dannet et mønster mellom partene preget av kritikk, konflikter og samlivsproblemer, noe som igjen kan opprettholde depresjonen. En vil forvente at depresjon og samlivsproblemer korrelerer, og dette støttes av forskning. Eksempelvis har Whisman (2001) gjort en meta-analyse av 26 studier (N = 6445) der gjennomsnittlig effektstørrelse mellom depressive symptomer og tilfredshet i ekteskapet var -0.42 for kvinner og -0.37 for menn. Denne effektstørrelsen ble regnet som moderat til høy. Beach og O'Leary (1993) har studert et utvalg på 241 par før de giftet seg, og etter 6 og 18 måneders ekteskap. De fant at misnøye i parforholdet predikerte senere depresjon, selv når det ble kontrollert for depresjon tidligere i livet. Særlig gjaldt dette personer som var generelt nedstemte («chronically dysforic»).

Parterapi versus individualterapi

Beach og O'Leary (1992), og O'Leary og Beach (1990) har gjort to studier av henholdsvis 45 og 36 par. I disse parene ga begge parter uttrykk for at de hadde samlivsproblemer, og kvinnen oppfylte kriteriene for moderat til alvorlig depresjon og/eller dystymi. Parene ble delt i tre grupper der de enten fikk 15–20 timer atferdsorientert parterapi,

kvinnen fikk individuell kognitiv terapi, eller ingen av dem fikk behandling (kontrollgruppe på venteliste). Kvinnene som fikk parterapi viste like stor reduksjon i depressive symptomer som kvinnene som fikk individualterapi. Begge gruppene fikk betydelig større symptomreduksjon enn kontrollgruppen. I tillegg opplevde kvinnene som fikk parterapi en vesentlig bedring av parforholdet, mens de som fikk individualterapi ikke opplevde en tilsvarende bedring. Disse resultatene var fortsatt gjeldende ett år etter avsluttet behandling. Mens begge behandlingsformene var effektive mot depresjon, var det kun parterapi-gruppen som fikk redusert samlivsproblemene.

Tilsvarende funn hadde Emanuels-Zuurveen og Emmelkamp (1996). Hos 27 deprimerte klienter med samlivsproblemer, opplevde både gruppen med individuell kognitiv-atferdsterapi og gruppen med parterapi bedring av både depressive symptomer og samlivsproblemer. Parterapi-gruppen hadde imidlertid vesentlig større reduksjon av samlivsproblemer, de kommuniserte bedre og var mindre fiendtlige mot hverandre, enn individualterapi-gruppen.

Foley, Rounsaville, Weissman, Sho-lomskas og Chevron (1989) studerte 18 par som fikk korttidsorientert interpersonlig psykoterapi, enten alene eller sammen med partner. Terapiformene var ment å være like, slik at forskjell i resultater mellom gruppene kunne tilskrives effekten av å ha med partner versus å være alene. Klientene i begge gruppene hadde like stor symptomreduksjon og bedret sosial fungering i løpet av terapiperioden. Klientene i parterapi-gruppen hadde imidlertid færre samlivsproblemer og uttrykte mer positive følelser for partneren sin enn klientene som hadde fått individualterapi.

Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling og Salusky (1991) sammenlignet individuell kognitiv-atferdsterapi og atferdsorientert parterapi i to grupper par (N = 60) der kvinnen var deprimert, en gruppe med samlivsproblemer og en gruppe uten. De fant at individualterapi var mer effektivt mot depresjon enn parterapi for gruppen uten samlivsproblemer. For gruppen med samlivsproblemer fant de imidlertid at begge terapiformene var like effektive mot depresjon, men at parterapi-gruppen i tillegg rapporterte om bedret parforhold.

For å oppsummere ser det ut til at individualterapi i større grad enn parterapi reduserer depressive symptomer hos klienter som ikke har samlivsproblemer. Begge terapiformene er omtrent like effektive i å redusere depressive symptomer der det foreligger både samlivsproblemer og depresjon. Parterapi ser imidlertid ut til å ha større effekt når det gjelder å redusere samlivsproblemer samt å få partene til å oppleve og uttrykke mer positive følelser for hverandre. I tråd med stress-sårbarhets-modellen vil parterapi ha en ekstra gevinst fordi færre samlivsproblemer i neste omgang kan redusere risikoen for at de depressive symptomene kommer tilbake. Studier med oppfølging over lang tid må imidlertid gjennomføres før en kan si dette med sikkerhet.

Parterapi versus farmakoterapi

Det er også gjort studier der en har sammenlignet effekten av parterapi og farmakoterapi. Leff et al. (2000, se også Jones & Asen, 2000) tok utgangspunkt i 77 par der den ene oppfylte kriteriene for moderat depresjon og partneren ble vurdert som kritiserende (målt ved antall kritiske kommentarer under Camberwell Family Interview). Halvparten fikk systemisk orientert parterapi, den andre halvparten fikk antidepressiva, og behandlingen strakk seg over 12–20 behandlingstimer, eller ni måneder. Det viste seg at 15 % av klientene som fikk parterapi avbrøt behandlingen før den var ferdig, mot 56,8 % av klientene som fikk antidepressiva. Klientene i begge gruppene opplevde reduksjon av depressive symptomer. Imidlertid opplevde klientene i parterapi-gruppen større symptomreduksjon målt både ved slutten av behandlingen og ved oppfølging to år etter. En senere innvending mot denne studien er at andre typer antidepressiva kan ha bedre effekt enn de tre typene som ble brukt, og at det store frafallet blant klientene som fikk antidepressiva kan ha hatt betydning for det svake resultatet i denne gruppen (Ogundipe, 2001).

Dessaulles, Johnson og Denton (2003) har gjort en mindre studie der de sammenlignet effekten av emosjonsfokustert parterapi med farmakoterapi hos 18 par der kvinnen hadde moderat depressiv lidelse. Dessaulles et al. fant lik symptomreduksjon hos begge gruppene etter 16 uker. Kvinnene i parterapi-gruppen hadde imidlertid gjort ytterligere fremgang både med hensyn til symptomreduksjon og tilfredshet i parforholdet ved oppfølging seks måneder etter at behandlingen var avsluttet. Begge studiene av parterapi og antidepressiva peker altså i retning av at parterapi er mest effektivt ved kombinasjonen av samlivsproblemer og depresjon, men begrenset utprøving av ulike typer antidepressiva gjør at ytterligere forskning må til før en kan trekke sikre slutninger om dette.

I studiene er det brukt ulike former for parterapi. Et viktig fellestrekk ser ut til å være vektleggingen av å bedre kommunikasjonen mellom partene ved at de lærer å lytte og vise mer positiv atferd overfor hverandre. En interaksjonistisk og systemisk forståelse av hvordan den enes atferd påvirker den andre som igjen påvirker den første, ser også ut til å være gjennomgående. Det har kommet ulike innvendinger mot disse studiene, og et generelt problem er at antallet forsøkspersoner er lavt. Denton, Golden og Walsh (2003) har foreslått å forske på kombinasjonen av antidepressiva og parterapi siden kombinasjonen av antidepressiva og individualterapi har vist seg effektiv. En annen innvending er at parterapi ikke er en behandlingsform som passer alle, primært fordi det kan være vanskelig å få med partneren (Gupta, Coyne & Beach, 2003).

**«Parterapi er mest effektivt ved
kombinasjonen av
samlivsproblemer og
depresjon»**

Klinisk vignett

Ida ringer familievernkontoret og bestiller time. Hun sier at Per er deprimert, og at de er på randen av et brudd. Ida og Per er 27 år, og har vært samboere i tre år. Sønnen Kasper har akkurat fylt to.

Per starter første time med å fortelle at han er deprimert. Han er usikker på om han ønsker å bli i forholdet, og har for sikkerhets skyld leid en annen leilighet så han kan flytte ut når som helst. Ida sier at hun ikke orker å ha det sånn som nå, Per snakker omtrent ikke til henne, og trusselen om at han skal flytte sårer henne og gjør forholdet ustabil.

Per forteller at han har en «depressive grunnstemning» og at han i tillegg er ordentlig deprimert 3–5 dager ca. en gang i måneden. Disse dagene er «helsvarte». Han sier at han blir svært irritabel og negativ, og at han kritiserer Ida mye. Han klarer ikke å glede seg over noe, og vil helst ikke snakke med noen. Han har dessuten en del somatiske plager og søvnproblemer disse dagene. Ida bekrefter at han blir svært negativ når han er «deppa». Per har hatt det sånn i minst ti år, egentlig så lenge han kan huske, sier han. Han svarer avkreftende på om han har hatt perioder der han har vært veldig oppstemt.

Per sier at han aldri har noe han skulle ha sagt, alle andre bestemmer over ham, særlig Ida. Dette gjelder alt fra småting, hvis han foreslår pasta til middag så blir det kjøttkaker, til store ting som da Ida ble gravid to måneder etter at de møtte hverandre, og han ville at hun skulle ta abort. Det ville ikke hun, og resultatet ble Kasper. Per snakker gjennomgående negativt både om seg selv og Ida. Han sier at han hadde en traumatisk barndom der han ble bestemt mye over. Det var aldri noen som hørte på ham. Ida er enig i at hun bestemmer mye, men sier at det er fordi Per gir seg så fort. Når han enten ikke sier hva han mener eller gir seg med en gang, tror hun at det ikke er så viktig for ham, sier hun.

I slutten av timen får de en hjemmelekse: Per får i lekse å ikke gi seg så fort. Hvis det er noe han foreslår, for eksempel pasta til middag, så skal han ikke gi seg med en gang hun foreslår noe annet. Ida får i lekse å ta Per med på beslutningene. Særlig hvis han gir seg skal hun sjekke ut en ekstra gang hva han egentlig mener.

I den første timen blir det brukt noe tid på å kartlegge hans depresjon, men temaet er først og fremst samspillet mellom dem; hvordan hans taushet og trusler om å flytte sårer henne, og hvordan hennes små avgjørelser i hverdagen gjør at han føler at han ikke kan påvirke sin egen situasjon. Hans uttalelse om traumatisk barndom blir notert, men ikke utforsket nærmere, bortsett fra at det blant annet handler om å bli bestemt over. Hjemmeleksen de får er en konkret atferdsoppgave, der hensikten er å bryte mønsteret de er inne i nå. Valget av hva de skal endre på er ikke tilfeldig, men fundert i en hypotese om at han har en spesiell sårbarhet i forhold til det å bli bestemt over. Dette er en endring begge ønsker, og sjansen regnes derfor som stor for at de klarer det, i hvert fall noen ganger. Å få han ut av det negative tankemønsteret om at «ingen hører på meg uansett», antas å kunne ha effekt på depresjonen.

2. time

Når de kommer tilbake tre uker senere, forteller Ida at det ikke bare er hun som bestemmer hjemme lenger, og det er Per enig i. Han har blitt flinkere til å si sin mening, og det opplever begge som en positiv endring. Ida er fornøyd med at Per nå sier hvordan han syns de skal ha det, og at de sammen kan planlegge hva de skal gjøre og hvordan de skal ha det hjemme. Per forteller at han ikke har vært ordentlig deprimert siden sist. Han er ikke sikker på hva han har gjort for å få det til, men han sier at Ida har blitt flinkere til å ta hensyn til ham når han har en dårlig dag. Ida legger til at hun er veldig oppmerksom på om han har en god eller dårlig dag. Per har sagt opp leiligheten han leide, og sier at han nå er sikrere på at han vil bli i forholdet. Ida opplever imidlertid fortsatt forholdet som ustabil.

I andre time er temaet fortsatt relasjonen mellom dem; hva det betyr for henne at han sier sin mening, og hva det betyr for ham at han får være med å planlegge hvordan de skal ha det hjemme, at hun hører på ham og at hun tar hensyn til ham når han har en dårlig dag. Noe tid blir også brukt til å utforske forskjellen på å ha en dårlig dag og på å være deprimert. Noen av Pers negative tanker blir kartlagt.

3. time

Ida åpner tredje time med å fortelle at det går bedre med dem. Per legger til at han ikke er så negativ og irritabel overfor henne lenger. De har begynt å pusse opp, og han er glad for at han får være med å bestemme hva de skal gjøre. For første gang skaper de et hjem i fellesskap. Han har ikke hatt noen helsvarte dager siden sist, og han klarer i større grad enn før å fjerne oppmerksomheten bort fra problemene, istedenfor å gruble seg lenger og lenger inn i dem. Han sier videre at de har fått en mye sterkere vi-følelse.

Per forteller at han skammer seg over livet han har levd. Som femtenåring begynte han å ruse seg på «alt mulig bortsett fra heroin». Han forteller at han levde med mye rus frem til han var nitten. Da var to av vennene hans døde som følge av rusmisbruk, og han sier at han sto overfor et valg: Hvis han noen gang skulle komme ut av misbruket måtte han gjøre det nå. Han brøt kontakten med hele nettverket og flyttet til en annen by. Her fikk han lærlingeplass og etter hvert jobb. Han sier at han ikke har brukt narkotika etter at han flyttet. Jeg trekker frem hans uvanlig sterke evne til å bestemme seg for noe og klare å gjennomføre det; at han uten videre hjelp har klart å slutte å ruse seg, flytte og starte i jobb. Han er enig i at det var godt gjort.

Når de kommer til tredje time har det skjedd en vesentlig endring i sinnsstemningen til Per. Parallelt med at vi jobber med samspillet mellom dem, starter også et arbeid med hans selvfølelse. I denne timen kommer både sårbarheten og ressursene hans tydelig frem. En problemmettet historie om rusmisbruk blir utdypet til å inkludere en problemløsende historie der han klarer å gjennomføre et nesten umulig valg.

4. time

Ni uker etter at de kom første gang åpner Per fjerde time med et smil, og han forteller at de har det veldig bra. Ida er helt enig. Han har fortsatt ikke hatt noen helsvarte perioder. På spørsmål om hva de har gjort for å få til dette, svarer Ida at de snakker mye mer

sammen og oftere gjør ting sammen. Per uttrykker forundring over at han ikke har hatt noen depressive perioder, og sier at han har gått og ventet på at det skal komme. Den viktigste forskjellen, sier han, er hva han tenker når han har en dårlig dag. Før var alltid en dårlig dag starten på fem dager med depresjon. Han «satt fast» i depresjonen: når han kjente de første tegnene «var det bare sånn», og han kom ikke ut av det. Nå derimot sier han at han kan ha en dårlig dag, men det er mer situasjonsbestemt og han lar seg ikke «gruble lenger innover» i depresjonen.

Per forteller at han ble slått mye som barn, og at han er redd for å bli som sine foreldre når Kasper blir eldre. Han har sett noen bilder fra da han var liten, og de viser en trist, blek og redd liten gutt. Han vet hva slags far han ikke vil bli, men vet ikke helt hva slags far han skal bli istedenfor.

Per er nå symptomfri, og de har ikke lenger samlivsproblemer. Igjen veksler vi mellom å snakke om dem som par, og om han og hans historie. Arbeidet med attribusjonen av å ha en dårlig dag, fra at det betyr starten på en dårlig uke til at det blir med den ene dagen, blir viet mye plass. Likeledes selvfølelse, identitet og farsrolle.

5.-10. time

Femte til tiende time følger den samme vekslingen. Noe av tiden blir brukt til «typiske» samlivstemaer, eksempelvis fordeling av husarbeid, forskjellig ønske om nærhet og sex, og grensesetting for Kasper. Resten av tiden blir brukt til mer spesifikt arbeid med Per, som attribusjon av depressive symptomer, arbeid med farsrolle, selvfølelse og identitet, og sist, men ikke minst, forebygging av tilbakefall. Skjevdelingen av tiden i timene blir gjort i overensstemmelse med Ida. Hun sier at hun synes det er naturlig å bruke mer tid på Per og hans historie fordi hun selv har hatt en trygg og normal oppvekst og ungdomstid.

Når de har vært uten samlivsproblemer, og Per har vært symptomfri i ti måneder, avsluttes behandlingen. Det er særlig to grunner til å la dem fortsette i behandling såpass lenge etter at symptomene ble borte: Arbeidet med Pers selvfølelse og farsrolle ble sett på som viktig både for situasjonen nå, og for å forebygge tilbakefall. I tillegg hadde Per en del risikofaktorer for tilbakefall; først og fremst tidlig debut og lang varighet av den depressive lidelsen før behandling. Ved tilbakevendende depresjon anbefales det behandling over noetid (se for eksempel Norsk Psykologforening, 2002, s. 38–39).

Refleksjon rundt terapien

Med utgangspunkt i en stress-sårbarhets-modell kan en se nærmere på hvorfor parterapi var hensiktsmessig for disse klientene. Det er rimelig å tro at Per har en sårbarhet for depresjon med en barndom preget av omsorgssvikt og vold, og en ungdomstid med rus. Kombinasjonen av samlivsproblemer og depresjon førte Ida og Per inn i en spiral der både samlivsproblemene og depresjonen tiltok i styrke. Parterapi ga mulighet for først å ta tak i kommunikasjonen mellom dem som nærmest hadde stoppet helt opp, og med Per som en passiv deltaker i felles beslutninger. Når den

umiddelbare faren for samlivsbrudd var over, kunne vi jobbe grundigere med andre samlivsproblemer, samt med temaer som attribusjon av å ha en helsvart dag, og opplevelser fra barndom og ungdom.

Hjemmeleksen de fikk etter første time kan virke dristig. Etter et liv med selvhevdelsesproblemer skulle Per si sin mening og kjempe for å få den igjennom. Jeg valgte å gi ham denne oppgaven fordi han viste god evne til å si sin mening i timen, men med hans depressive symptomer var det likevel en risiko for at han ikke ville klare dette. Den risikoen var det imidlertid tatt høyde for i Idas hjemmeleksi der hun skulle sjekke ut hva han virkelig mente hvis han ga seg. Begge ga uttrykk for at de ønsket denne endringen, og at de var motiverte for å prøve å få det til. Hjemmeleksen de fikk viste seg å bli svært virksom, og begge trakk frem, helt til siste time, at den viktigste endringen i tillegg til at Per ble kvitt depresjonen, var at han ble flinkere til å si sin mening og at han opplevde at han ble hørt på. Dette gjorde noe med maktforholdet mellom dem og med respekten for hverandre. Det er også en mulighet for at dette hjalp Per ut av depresjonen fordi han hadde mange negative tanker knyttet til at han ikke hadde noe han skulle ha sagt. Det er verd å merke seg at hjemmeleksen var en intervensjon som trolig kun ville fungere i parterapi. Å gi en person med selvhevdelsesproblemer i lekse å stå fast på sin mening etter første time, ville mest sannsynlig ført til en nederlagsopplevelse i en individualterapi. Hos Ida og Per ser det ut til at parterapi hadde effekt både på depresjonen og samlivsproblemene, og forhåpentligvis vil behandlingen også redusere risikoen for tilbakefall av begge deler.

Rita Nielsen

Romerike familievernkontor

Depotgata 20

2000 Lillestrøm

Tlf 64 84 68 30

E-post ritanielsen100@hotmail.com

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 12, 2004, side 991-994

TEKST

Rita Nielsen, Romerike familievernkontor

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.

Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10,

405-420.

Denton, W. H., Golden, R. N., & Walsh, S. R. (2003). Depression, marital discord and couple therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 29-34.

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.

Emanuel-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). Individual behavioural-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in maritally distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 169, 181-188.

Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Sholomskas, D., & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-42.

Gupta, M., Coyne, J. C., & Beach, S. R. H. (2003). Couples treatment for major depression: Critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.

Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.

Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac Books.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., et al. (2000). The London depression intervention trial: Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

Norsk Psykologforening (2002). Mestring av depresjon. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39 (8). Oslo: Norsk Psykologforening.

Ogundipe, L. O. (2001). Is couple therapy better than antidepressant drugs? *British Journal of Psychiatry*, 178, 181.

O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.

Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.

Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (ss. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.