

Individuel terapi eller parterapi til behandling af depression?

Jannie Kildested.

Indhold:

Første del: forskning

1. Indledning.
2. Forskning i sammenhængen mellem depression og ægteskabelig tilfredshed.
3. Ægteskabelig tilfredshed påvirker depressionen.
4. Depression påvirker den ægteskabelige tilfredshed.
5. Parterapi kan behandle depression.
6. Hvordan virker behandlingen?
7. Hvornår bør man overveje parterapi til behandling af depression?

Anden del: Imagoterapi mod depression – herunder kliniske observationer.

1. Indledning.
2. Selvhad.
3. Livfuldhed.
4. Bearbejdning af barndommens sår.
5. Rekonstruktion af billedet af partneren og korrigerende oplevelser.

Tredje del.

1. Implikationer for fremtiden.

Litteraturliste

Første del: forskning

Indledning

Denne artikel behandler spørgsmål om, hvorvidt depression behandles bedst med individuel terapi eller parterapi. Da der jo er mange depressive mennesker, der ikke er i et forhold, beskæftiger artiklen sig ikke direkte med disse. Depression er for nylig kommet med i sygesikringsordningen. Emnet er derfor højtaktuelt.

Som Imagoterapeut og projektleder for et af statens 12 projekter med forebyggende behandling af skilsmisse har jeg ofte behandlet par, hvor den ene eller begge havde en depression. Som psykolog med ydernummer har jeg ofte også deprimerede i individuel behandling.

Artiklen indeholder tre dele; 1) gennemgang af den vigtigste forskning på området, 2) forskning og overvejelser omkring hvad der er depressionens kerne og 3) kliniske observationer og tanker omkring hvilke konkrete behandlingstiltag, der kunne være formålstjenstlig mod depression i parterapien.

Men hvorfor arbejde med parterapi, når den individuelle terapi virker godt?

For det første er der en meget vigtig faktor at tage i betragtning, når man taler om depression; risikoen for tilbagefald. For år tilbage så man mere på depression som et akut enkelt-episodisk fænomen ligesom blindtarmsbetændelse. Men nu anser man det mere for at være en kronisk sygdom med episodiske anfald – hvilket kunne sammenlignes med astma (Coyne 2001). Den individuelle terapi hjælper på den akutte depression, men i 50 % af tilfældene får den tidligere deprimerede et tilbagefald, og hvis der allerede har været to perioder med depression er der 70-80 % risiko for tilbagefald (Segal 2002). I en nyere metaanalyse omtalt af T. Nielsen i Psykolog Nyt (2007) konkluderer man, at mens kognitiv terapi kan hjælpe 80-90 % af angstpatienter til en væsentlig forbedring, er det kun ca. halvdelen af patienter med depression, der vil opnå så stor en forbedring, at man med rimelighed kan tale om vedvarende helbredelse. Det er derfor væsentligt at finde en behandling, der også forhindrer eller forebygger tilbagefald i fremtiden.

For det andet er der noget, der tyder på, at nogle i den akutte fase er bedst hjulpet med en kombination af individuel og parterapi, mens andre er bedst hjulpet med parterapi (se uddybning senere).

Siden midt i 1980'erne er der lavet en del forskning på området. Den er dog ikke så omfattende som man kunne ønske sig. Der mangler stadig mere forskning med randomisering, kontrolgruppe, sammenligning af forskellige former for parterapi i forhold til forskellige former for individuel terapi og med effektmålinger et stykke tid (gerne et helt år eller mere) efter afslutning af terapien.

Forskning i sammenhængen mellem depression og ægteskabelig tilfredshed.

Noget af det, der lavet en del undersøgelser på, er sammenhængen mellem et utilfredsstillende ægteskab og forekomsten af depressive symptomer. Det er en almindelig accepteret sammenhæng. I en metaanalyse af 26 undersøgelser, som indbefatter 3700 kvinder og 2700 mænd, konkluderes det, at der er en medium til stor effekt størrelse og at effekten - og det vil sige sammenhængen - er stærkere for kvinder end for mænd. Det konkluderes også i samme artikel efter en metaanalyse af 10 undersøgelser, at der ses en tendens til en sammenhæng mellem et utilfredsstillende ægteskab og en depressiv diagnose. Dette resultat er dog mere usikkert især p.g.a. mangel (kun 10) på undersøgelser (Whisman 2001). Disse resultater siger dog ikke noget om kausaliteten i sammenhængen; er ægteskabet utilfredsstillende, *fordi* den ene (eller begge) har en depression/depressive symptomer, eller har den ene en depression/depressive symptomer, *fordi* ægteskabet er dårligt. Eller går den evt. begge veje?

I en gennemgang af forskningen på dette område konkluderer Whiffen (2005), at den går begge veje. I denne gennemgang nævner hun en undersøgelse af Karney, der viser nøjagtig samme effektstørrelse, når der undersøges på, hvor meget depressive symptomer influerer på ægteskabelig lidelser/vanskeligheder og omvendt. Lad os se på den ene sammenhæng først.

Ægteskabelig tilfredshed har indflydelse på depression

Der er evidens for, at ægteskabelig lidelse/vanskeligheder forhøjer risikoen for en episode af depression og forudsiger tilbagefald. En undersøgelse af Hooley og Teasdale (1989) viser at den bedste parameter til forudsigelse af tilbagefald hos tidligere deprimerede, var deres opfattelse af, at deres ægtefæller var kritiske overfor dem. Andre undersøgelser har vist, at kvinders selvværd bliver påvirket negativt af ægteskabelige belastninger¹), og at et lavt selvværd sætter dem i risikogruppen for at udvikle depression (Whiffen 2005).

Depression påvirker den ægteskabelige tilfredshed.

Ifølge Whiffen (2005) er der evidens for at depressivt humør er smitsomt både blandt fremmede og blandt værelseskammerater på kollegier. Han resonerer derefter at ægtefæller må være særligt sårbare i forhold til at blive smittet. I en undersøgelse af folk over 65 år blev det påvist, at hos især de par som var følelsesmæssige tætte var der en højere grad af følelsesmæssig overensstemmelse mellem parterne. Det vil sige, at hvis den ene var deprimeret, var der en signifikant højere mulighed for, at den anden i parforholdet også var deprimeret, når parret var defineret som følelsesmæssig tætte. Der er tilsyneladende ingen, der til dato har undersøgt, hvad der er de medierende variable (Whiffen 2005).

¹ defineret som en følelse af manglende accept af ægtefællen, en følelse af at ægteskabet manglede gensidighed og frustration i forhold til rolleforventninger.

Parterapi kan behandle depression.

Flere undersøgelser viser, at parterapi er lige så effektiv mod depression som individuel terapi, men at parterapien samtidig bevirker, at parret har mindre relationelt stress, hvori mod individuel terapi ikke virker på ægteskabelig tilfredshed (Gupta, Coyne og Beach 2003, Beach og Gupta 2005, Barbato og D'Avanzo 2008, Gilliam og Cottone 2005).

Den mest undersøgte parterapi mod depression er adfærds-parterapi (Behavioral Marital Therapy = BMT). Deres fokus i terapien er kort sagt at forøge nærhed og reducere konflikt i parret ved at øge omsorgsfuld adfærd og forbedre færdigheder i kommunikation og problemløsning.

Beach og O'Leary har lavet nogle af de mest veludførte undersøgelser på området i USA. Den bedste undersøgelse har til forskel fra de fleste andre undersøgelser også randomisering af parrene. De placerede 45 par hvoraf den ene i parret var diagnosticeret med svær depression eller dystym² tilfældigt i tre grupper: 1) BMT – behandling, 2) individuel kognitiv terapi og 3) venteliste/kontrolgruppe. Denne undersøgelse og en senere undersøgelse af samme forskere samt en undersøgelse af Jacobsen et. al. fandt alle samme resultat: BMT og individuel kognitiv terapi var lige effektive i at reducere de depressive symptomer i sammenligning med kontrolgruppen. I forhold til parforholdstilfredshed var BMT langt bedre end individuel kognitiv terapi. Ved follow-up et år efter holdt resultatet stadig (Gupta, Coyne og Beach 2003 og Cordova og Gee 2001). Beach foreslår efter at have udført en statistisk test på de medierende variable, at det er BMT's evne til at skabe grobund for ægteskabelig tilfredshed, der hjælper mod depressionen, og at det derfor vil være hjælpsomt med enhver parterapi, der forbedrer ægteskabelig tilfredshed (Beach 2001).

Også kognitiv parterapi har været undersøgt, og her har man overordnet set fundet de samme resultater. Teichman, Bar-El, Shor, Shirota og Elizur i USA har sammenlignet individuel kognitiv terapi med kognitiv parterapi og fundet, at i det lange løb (ved 6 og 12-måneders follow-up) virker begge behandlinger lige godt mod depression, men resultaterne peger også på, at den kognitive parterapi opnår forbedringerne tidligere i forløbet end den individuelle terapi (Cordova og Gee 2001). I denne undersøgelse mangler der en kontrolgruppe. Desværre undersøgte de heller ikke på den parameter, der hedder ægteskabelig tilfredshed.

Emanuel-Zurveen har først i 90'erne lavet en omtalt undersøgelse fra vores kontinent i Holland, hvor man undersøger depressive, der opsøger behandling. 52,9 % havde også ægteskabelige problemer. Disse blev tilfældigt delt op i to grupper; en gruppe fik individuel terapi efter Lewinsohns adfærdsterapeutiske og Becks kognitive adfærdsterapeutiske tilgang. En anden gruppe

² definition ifølge Gads psykologi leksikon: en langvarig måske kronisk tilstand karakteriseret ved nedtrykt og irriteret sindsstemning

fik parterapi bestående af kommunikationstræning og problemløsningstræning. Der deltog 13 (par) i parterapien og 14 i den individuelle terapi, som alle fik 16 enkelt timers terapi med en uges mellemrum. Resultaterne viste, at begge grupper havde signifikant forbedret stemningsleje og tilhørende adfærd og kognition. Dem, der fik parterapi, havde foruden dette også en signifikant forbedring af deres parforhold; de var mere tilfredse med kvaliteten af forholdet, og kommunikationen var forbedret, og graden af udtrykt emotion var reduceret (Emanuels-Zuruveen 1996). Der var ingen kontrolgruppe. Desværre blev der heller ikke lavet en sammenlignende follow-up undersøgelse. Dette er netop vigtigt i forhold til at få en idé om, hvad der evt. bedst forbygger tilbagefald. Antallet af deltagere er heller ikke så stort – der er nærmest tale om et pilotprojekt.

Samme forskere lavede i 1997 en anden undersøgelse, hvor de forsøgte sig med ægtefælle-hjulpen kognitiv terapi. Ægtefællen deltog i alle sessioner og arbejdede sammen med den depressive for at udvikle strategier til at håndtere depressionen. Man arbejdede ikke specifikt på at forbedre ægteskabet. Man sammenlignede så individuel kognitiv terapi og ægtefællehjulpen kognitiv terapi. Ingen af behandlingsformerne havde nogen effekt på ægteskabelig tilfredshed. De var begge lige gode til behandlingen af selve depressionen (Gupta, Coyne og Beach 2003).

Også et interessant pilotprojekt af Foley, Rounsaville, Wiessman, Sholomaskas og Chevron i USA skal nævnes her. En særlig behandlingsform kaldet interpersonel psykoterapi har undersøgt behandlingseffekt med henholdsvis individuel interpersonel psykoterapi (IPT) og par-interpersonel psykoterapi (IPT-CM) på depression. IPT fokuserer på 5 områder: kommunikation, intimitet, opretholdelse af grænser, lederskab og opnåelse af socialt passende mål. 18 par med depression, som tilskrev depressionen deres dårligt fungerende forhold blev tilfældigt fordelt i de to behandlingsgrupper. Resultaterne viste at hvad angik behandlingen af depressionen var der ingen forskel på de to behandlingsgrupper. Men med hensyn til ægteskabelige vanskeligheder havde IPT-CM-gruppen signifikante større forbedringer end IPT-gruppen (Cordova og Gee 2001). Dette synes jeg er særlig interessant, fordi man godt kunne tænke, at man lige vel kunne behandle depressive med individuel terapi, hvis denne havde fokus på det relationelle og stadig få en positiv effekt på ægteskabet. Denne undersøgelse peger ikke i den retning. Men også dette må undersøges grundigere.

I et lovende pilotprojekt udført af bl.a. Susan Johnson undersøgte man effekten af emotion-fokuseret parterapi (Emotion-Focused Therapy) kontra medicinsk behandling hos 11 par, hvor den ene i parret led af depression. Følelses-fokuseret parterapi er en psykodynamisk form for parterapi. Resultaterne viste, at der ved både tremåneders og seksmåneders follow-up, efter at terapien blev afsluttet, blev ved med at være forbedringer hos de, der havde modtaget parterapi, hvorimod de, der

havde modtaget antidepressiv medicin, holdt sig på samme niveau, som ved afslutningen (Dessaulles, Johnson, og Denton 2003). Her kunne det være interessant, hvis der havde været en gruppe, der havde modtaget individuel EFT, og en anden, der havde fået individuel kognitiv terapi at sammenligne med og evt. en anden form for parterapi også. Der mangler også randomisering. Men pilotprojektet peger på den mulighed, at der ved psykodynamisk parterapi (her den særlige form for parterapi EFT) bliver ved at ske forbedringer i forhold til det depressive efter terapiens afslutning. Dette er rigtig interessant og fortjener at blive gjort til genstand for meget mere forskning.

En metaanalyse der i alt indeholder 567 personer og medtager de 7 omtalte undersøgelser beskrevet ovenfor + en ekstra undersøgelse af systemisk parterapi konkluderer ligesom de enkelte undersøgelser, at der ikke er nogen forskel på individuel psykoterapi versus parterapi hvad angår behandlingen af depressionen. Hvad angår ændring af ægteskabelig tilfredshed er parterapi signifikant bedre (Barbato og D'Avanzo 2008). Og jeg kunne tilføje at de to interessante pilot projekter - jeg har gengivet ovenfor - tyder på, at det for det første skal være en parterapi, der arbejder på at ændre forskellige parametre i parforholdet – det er ikke nok, at ægtefællen bare er til stede. Og for det andet, at partneren skal være til stede – det er ikke nok at arbejde med det interpersonelle individuelt.

Hvordan virker behandlingen?

Ud fra et relationelt synspunkt giver det vældig god mening, at parterapi skulle kunne hjælpe mod depression. Depressionen er formentlig grundlagt i vigtige og dysfunktionelle relationer engang og kan måske derfor også bedst behandles i de vigtigste nuværende relationer? Men hvad består depressionens kerne i? Når jeg spørger efter depressionens kerne, hvad spørger jeg så efter? Symptomer, syndrom, årsager eller de medierende variable? Der er mange niveauer i, hvad depression er. Men for at komme det lidt nærmere: jeg spørger især for at vide, *hvad det er, vi skal behandle*. Når undersøgelser viser, at parterapi og individuel terapi er lige effektive mod depression, er der så nogle underliggende strukturer, som de to former for terapi begge hjælper på? Eller er det to (eller flere) forskellige underliggende strukturer, der bliver behandlet? Hvis vi ved dette, kan vi arbejde på at optimere behandlingen.

Et interessant spørgsmål er, hvorvidt det er den forbedrede kvalitet af parforholdet, der er den medierende faktor i reduktionen af depression. Beach og O'Leary (1992) har netop fundet, at ægteskabelige ændringer fungerer som en statistisk mediator mellem behandling og udkomme i parterapi (Gupta, Coyne og Beach 2003).

Whiffen (2005) konkluderer, at de medierende variable mellem ægteskabelige lidelser/vanskeligheder og depression synes at være 1) neurotisme³, 2) en forhistorie med seksuelle overgreb i barndommen, 3) usikker tilknytning og 4) søgen efter forsikringer om, at de har værdi og er værd at elske.

Hvordan kan vi forstå dette i lyset af foregående afsnit? Man kunne måske forstå det på den måde at nuværende problemer i parforholdet også er bestemt af neurotisme, seksuelle overgreb i barndommen o.s.v. Således at forstå, at Whiffens medierende variable kunne være en uddybning af Beach og O'Learys mere generelle fund, at ægteskabelige ændringer er den statistiske mediator mellem depression og ægteskabelige vanskeligheder – så de ændringer, der skal til, er på de 4 områder, som Whiffen beskriver.

I den forbindelse kunne det være interessant at undersøge, om det er mest effektivt, at oplevelserne i barndommen, som har forøget sårbarheden, bearbejdes. Eller om det er parrets måde at forholde sig til den sårbarhed, der er fra barndommen, der mest effektivt kan behandles. Eller måske er begge dele vigtig? Det ville være spændende at undersøge, hvad der er de medierende variable.

Thomas Nielsen (2002) skelner mellem sårbarhedsfaktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer, når han ser på årsager til depression. Alle tre kan være af biologisk eller psykosocial karakter. Jeg mener, Whiffens faktorer ligger i den kategori, som Nielsen kalder for sårbarhedsfaktorer. Men foruden de 4, Whiffen beskriver, har Nielsen beskrevet flere i samme kategori, og måske med mere nuancerede beskrivelser.

Sårbarhedsfaktorer kan både være arv og miljø. Nielsen konkluderer dog, at for gruppen af mennesker med let til moderat unipolare depressioner, som er vores hovedinteresse her, er det tvivlsomt, om arv spiller nogen væsentlig rolle (dette er anderledes for bipolare depressive tilstande og psykotisk depression). Sociale sårbarhedsfaktorer i barndommen, som giver øget risiko for depression senere i livet er: 1) kølige forældre med en hård og kontrollerende disciplin eller at forældrene bruger skamfølelse som opdragelsesmiddel, 2) konflikter og utryghed som følge af forældrenes skilsmisse og tab af forældrekontakt, 3) overgreb (fysiske og seksuelle), og 4) konflikter i hjemmet, når forældrene bor sammen. De psykologiske sårbarhedsfaktorer omfatter vedvarende indre psykiske karakteristika, som optræder før den første depression, og som optræder hyppigere hos dem, som bliver deprimeret, end hos andre. Disse faktorer omfatter 1) neurotisme, 2) afhængighed (følelse af andres – sædvanligvis ægtefællens støtte og opmærksomhed for at opretholde et positivt selvbillede), 3) interpersonel sensitivitet (betegner en særlig følsomhed for afvisning og negative reaktioner fra andre mennesker), 4) lav selvtillid eller svingende selvtillid, 5)

³ definition ifølge Thomas Nielsen (2002): almindelig nervøsitet defineret som tendensen til at reagere særlig stærkt med negative følelser ved ubehagelige begivenheder i livet.

et negativt tankemønster (en tilbøjelighed til at se negativt på sig selv, på den aktuelle situation og på fremtiden) og 6) en negativ attribueringsstil (tilbøjelighed til at forklare negative hændelser som fejl ved sig selv).

Man ved ifølge Thomas Nielsen, at udløsende faktorer ofte er tabsoplevelser som f.eks. dødsfald i familien, skilsmisse og arbejdsløshed. Det er dog især hos førstegangsdeprimerede, at man ser en tydelig sammenhæng med udløsende faktorer. Ved anden eller tredje gangs deprimerede er sammenhængen ikke nær så klar. En undersøgelse har vist, at der var flere udløsende faktorer forud for første depression, og at der til gengæld var mere negativ tænkning før anden eller tredje depression. Dette kunne tyde på, at den første depression kan forstærke tendensen til negativ tænkning, sådan at der skal mindre modstand (færre eller mindre belastende udløsende faktorer) til for at få en depression. Undersøgelser har dog ifølge Segal (2002) vist, at tidligere deprimerede mennesker ikke længere har mere negativ tænkning end andre mennesker generelt. Men at hvis de kommer ud for et af de stemningsdyk, der forekommer i alle normale menneskers liv, tager det længere tid for dem at komme igennem dette dyk, og der er risiko for, at den tidligere negative tænkning bliver aktiveret.

Andre udløsende faktorer er ifølge Nielsen indtaget medicin. En del medicin, især 1) forskellig medicin mod forhøjet blodtryk, 2) Tamoxifen, som bruges mod brystkræft og 3) benzodiazepiner har vist sig at kunne udløse depression. Ligeledes er det også vist, at ved ophør af indtagelse af psykostimulerende midler som koffein, amfetamin og sågar nikotinplaster kan der udløses depression.

Dette kan man måske forstås på den måde, at når man ophører med at tage psykostimulerende midler, vil der typisk opstå et lavere stemningsleje et stykke tid, som så, som beskrevet i foregående afsnit, kunne trigge den tidligere negative tænkning fra den tidligere depression.

Under de vedligeholdende faktorer henregner Thomas Nielsen depressiv ruminering, som vil øge adgangen til depressive minder, og det at depressive mennesker ofte får en negativ og passiv adfærd overfor andre, hvilket betyder, at de pårørende reagerer negativt overfor den depressive. Det kan betyde, at den depressive glider dybere ind i depressionen. Den stressende tilstand under en depression kan måske også hos mennesker, som det er påvist hos dyr, medføre neurokemiske forandringer i hjernen. Disse vedligeholdende faktorer kan forstærke og forlænge depressionen længe efter de udløsende faktorer er holdt op med at spille en rolle (Nielsen 2002).

Hvordan kan det være, at parterapi og individuel terapi virker lige godt, hvis den medierende variabel i parterapi er et forbedret parforhold, og kvaliteten af ægteskabet ikke bliver påvirket ved den individuelle terapi? Det må skyldes at den individuelle terapi har fokus på nogle af de faktorer,

der ikke påvirker relationer. Hvilke faktorer er det af dem, vi set på indtil nu? Det må fremtidens forskning vise...

Hvornår bør man overveje parterapi til behandling af depression?

Ifølge Gilliam og Cottone (2005) bør man overveje parterapi til behandling af depression, når:

- 1) Når klienten er blevet behandlet en gang (succesfuldt) med individuel terapi og får et tilbagefald.
- 2) Hvis individuel terapi ikke bevirker en bedring i løbet af 3-4 uger, og endelig
- 3) Hvis der har været parforholdsproblemer / relationelt stress i perioden op til, at depressionen brød ud.

Undersøgelser tyder, som tidligere beskrevet, på, at vi kan forvente relationel stress i ca. halvdelen af parforholdene (Emanuels-Zuruveen 1996).

Jeg kan til 3) tilføje, at særlig opmærksomhed må rettes mod, om der har været utroskab i parforholdet. En undersøgelse har fundet, at der blandt par, der opsøger parterapi, er forhøjet forekomst af depression, hvor utroskab er en del af problemet. Det bemærkelsesværdige er, at det er den gruppe af individer, der er/har været utro, der har højere forekomst af depressive træk og ikke den gruppe, der er blevet svigtet (Beach, Jouriles og O'Leary 1985).

Der er diskussion om hvorvidt parbehandling hjælper på depression også i de tilfælde, hvor den depressive fra starten giver udtryk for tilfredshed med sit ægteskab/parforhold. Det ser foreløbigt ud til at en kombination af individuel kognitiv behandling og parterapi virker bedst i de tilfælde – også bedre end individuel kognitiv behandling alene (Gupta, Coyne og Beach 2003).

2.del: Imagoterapi mod depression – herunder kliniske observationer.

Indledende om Imagoterapi

Imagoparterapien har vundet stor indpas i Danmark. Imagoterapi kommer fra USA grundlagt af Harville Hendrix og Hellen Hunt. Imagoterapien er en syntese af psykodynamisk, adfærd, kognitiv, systemisk og neuropsykologisk tankegang og behandling. Meget af det arbejde, der gøres i Imagoterapi kan siges at arbejde med kontinuummet mellem depression/tristhed – glæde/tilfredshed. Det er på ingen måde min intention at give en fyldestgørende beskrivelse af Imagoterapi – kun inspirere i forhold til behandling af depression i parterapi. For en nærmere beskrivelse af Imagoterapi kan henvises til Jette Simons bog; ”Imago – Kærlighedens terapi”. En anden parterapiform herhjemme ”Par-relationsterapi” er også ret udbredt og ligger tæt op ad Imagoterapien, som den også udspringer af. For en nærmere beskrivelse af denne se Kirsten Seidenfaden og Piet Draibys bog: ”Det levende parforhold”.

Gilliam og Cottone (2005) har peget på, at de parterapi, der er undersøgt indtil nu, ikke har ændret deres behandling til at være en depressionsspecifik behandling, og at hvis de enkelte terapiformer

gjorde dette, ville der være mulighed for at få endnu bedre resultater. Jeg vil se på hvilke behandlingstiltag i Imagoterapien, jeg har erfaring for hjælper bedst i forhold til depression og se på det i forhold til de medierende variable, der er blevet belyst i 1.del af artiklen.

Selvhad

I Imagoterapi er der en særlig øvelse, der handler om at identificere negative budskaber fra barndommen. De negative budskaber kan handle om måden at bruge kroppen på eller handlinger (f.eks. lad være med at være så vild), sansemæssig udforskning af verden (f.eks. ”lad være med at putte det i munden”) måder at tænke og udtrykke tanker på (f.eks. ”du skal ikke tro du ved mere end mig”), følelser (f.eks.: ”lad være med at græde”) og på ens kerneselv (f.eks.: ”du skulle aldrig have været født”). Jeg har tilføjet to kategorier yderligere efter at have observeret disse i klinisk praksis: budskaber på udseende og krop (f.eks.: ”du trænger til at tabe dig”) og budskaber i forhold til seksualitet (f.eks.: ”du er for udfordrende”). For mig at se går dette arbejde direkte ind og arbejder med klientens selvværd og søgen efter forsikringer om, at de er værdifulde og værd at elske, som både Whiffen og Nielsen nævner (Whiffen 2005 og Nielsen 2002).

En særlig form for terapi, der hedder Selv-verifikations teori har fundet, at de individer, der fungerer bedst både med hensyn til deres følelsesmæssige sundhed og i deres forhold, er dem, der har positive selvopfattelser og har partnere, der bekræfter disse selvopfattelser. De foreslår også, at det er muligt, at man, når man skal ændre et depressiv menneskes selvopfattelse, kan bruge partneren/ægtefællen til at reforcere en positiv selvopfattelse og dermed intensivere effekten (Katz 2001). Jeg kan her også erindre om, som beskrevet tidligere, at det der bedst kunne forudsige et tilbagefald, var den depressive opfattelse af, at partneren var kritisk over for dem. Det bekræfter og fastholder selvhadet.

Dette svarer godt overens med min egen erfaring med Imagoterapi i arbejdet med selvhad. Selve øvelsen går i sin enkelhed ud på at identificere negative budskaber, der er internaliseret, og omformulere disse til de budskaber, personen ville ønske, han eller hun havde fået i stedet. Disse positive budskaber giver partneren til den, der er i fokus (her: den deprimerede). Der ses ofte modstand mod at tage det positive ind, og der arbejdes med at få etableret en modtageplads for det positive. Det intensiverer efter min opfattelse arbejdet, at partneren giver de positive budskaber. Dette kan i øvrigt lige så vel arbejdes med i grupper, hvis den depressive er single. Der er desværre ingen forskning, der har undersøgt, om effekten af denne øvelse er lige så stor i gruppeterapi som i parterapi. Dette ville være et godt fokusområde for fremtidig forskning.

Livfuldhed

Et af de andre centrale omdrejningspunkter i arbejdet med par i Imagoterapi er overordnet at se på, hvilke overlevelsestrategier der er, og hvad det betyder for parternes evne til at udtrykke deres livfuldhed. En del af arbejdet her kan være i form af ledesætninger (sentence stems), hvilket bruges meget i Imago. Rationalet er, at ledesætninger taler til følelserne og ikke til det mentale. Terapeuten siger starten på en sætning og lader klienten fuldføre den henvendt til partneren, der så evt. spejler den. Eksempler kunne være:

- ”En af de ting, jeg føler mig hjælpeløs i forhold til er...”
- ”De skridt jeg allerede har taget i retning af at opløse depressionen...”
- ”En af de måder jeg kunne hjælpe mig selv på, men som jeg afholder mig fra, er....”
- ”Hvis min depression kunne tale ville den sige, at.....”
- ”Det dårlige ved at være glad er...”
- ”Hvis du vidste, hvor meget vrede, jeg har gemt væk indeni mig....”
- ”Hvis jeg ikke tænkte dårligt om mig selv...”
- ”Den måde jeg begrænser mig selv på er....”
- ”Det jeg tror du (til partneren) vil glædes over, hvis depressionen opløses...”
- ”Det jeg tror børnene vil glædes over, når depressionen opløses...”
- ”Det du kan se på mig, når depressionen er væk...”
- ”Hvis jeg ikke var bange for at blive forladt, ville jeg...”
- ”Hvis jeg holdt op med at indskrænke mit liv, kunne du se at”
- ”Et nyt skridt jeg kan tage som ville gøre mindre plads til depressionen imellem os...”
- ”Hvis jeg ikke havde min depression til at beskytte mig...”

Dette er et udsnit – listen er uendelig.

Det skal ikke tages som udtryk for, at man bruger alle sætninger til den enkelte klient, men at man bruger den eller de ledesætninger, man finder mest brugbar til lige præcis den klient. Samtidig kan man undersøge, hvilken mening de giver depressionen og hvornår depressionen påvirker eller ikke påvirker deres parforhold.

Som det kan ses, er det med dette arbejde muligt at sætte fokus på følelsen af afhængighed, den deprimeredes passivitet, frygt og negative tankemønstre, som også er nogle af de faktorer, der er nævnt som årsagsfaktorer.

Bearbejdning af tidlige sår

I Imagoterapiens forældre-barn-dialog er det muligt direkte at bearbejde sår fra barndommen, samtidig med at partneren opnår en dybere forståelse for, hvad der har skabt det menneske, de

sidder overfor. Når der er identificeret et sårbart område (det kunne typisk være via en frustration over partneren, som indeholder de samme følelser, som var svære i barndommen) kan der arbejdes med det i dybden, ved at partneren for en stund indtager rollen, som den forælder (eller signifikante anden), sårbarheden er størst i forhold til. Partneren kunne f.eks. indtage rollen som moderen og bliver guidet af terapeuten til at stille spørgsmål som disse: ”Jeg er nu din mor, hvordan er det at leve sammen med mig?” ” Hvordan sårer jeg dig allermest?” ”Hvad længes du efter fra mig?” Ofte oplever jeg som terapeut begges pludselige forståelse af den sammenhæng, der kan være mellem nu og dengang: det er tit de samme følelser, der er svære dengang som nu og den samme længsel, der var i forhold til mor (eller andre vigtige personer fra barndommen), som nu til partneren.

Her kommer jeg særligt til at tænke på Mastersons begreb forladtheddepression. Med hans ord: En forladtheddepression ”symboliserer en reprise af et infantilt drama: barnet vendte tilbage til moderen for at få støtte og opmuntring, men moderen var ikke disponibel eller var ikke i stand til at yde denne støtte og opmuntring. Den anerkendelse og billigelse, som er så afgørende for udviklingen af barnets evner til at udtrykke sig, hævde sig og engagere sig, var der simpelthen ikke. Flere år senere, som voksne, hører disse patienter det samme budskab fra de personer, de selv har udvalgt med henblik på at gentage mønstret. Det er ikke i orden at være det unikke, separate selv, som man virkelig er – eller kunne blive.” (Masterson 1990 s.72-73).

Jeg har ofte selv oplevet par i terapi, hvor der var en udtalt følelse af at blive afvist/forladt af en af forældrene, og at denne følelse går igen i forhold til partneren. Det er også ofte i denne del af arbejdet, at der kommer minder frem om konflikter i barndomshjemmet, om seksuelle overgreb, om skilsmisse og ufølsomme forældre, som er nogle af de faktorer, jeg har refereret Nielsen for tidligere i artiklen.

Rekonstruktion af billedet af partneren og korrigerende oplevelser.

I Imagoterapi bruges spejling, anerkendelse og empati som en grundmodel i kommunikationen mellem parterne.

At blive spejlet (det man har sagt bliver reflekteret tilbage) af partneren opleves ofte af klienten som virkelig at blive hørt og set. Det giver ro og tryghed. Jeg kunne forestille mig, at denne ro og tryghed må være godgørende i forhold til tendens til neurotisme.

Jeg forestiller mig desuden, at oplevelser af ægtefællens anerkendelse og empati især er vigtig i depressionsbehandling. Det, der understøtte dette, er den tidligere omtalte medierende variabel; oplevelsen af, at ens partner er kritisk overfor en selv, kan forudsige senere depression. Ligeledes har Nielsen (2002) beskrevet en opdagelsesstil med kølige hårde forældre, som det er nærliggende at tro at anerkendelse og empati er korrigerende i forhold til. Når partneren begynder at give anerkendelse og empati i stedet for evt. kritik og samtidig giver udtryk for sine behov på en

tilstrækkelig og konstruktiv måde, begynder billedet af partneren (f.eks. som kritisk) at forandre sig.

Der er også en værdsættelsesdialog, som jeg bruger særligt i forsamtalen og som hjemmeopgave. Den består i al sin enkelthed af, at hver af dem afslutter sætningen: ”noget jeg har værdsat ved dig er...” Jeg beder ofte parret om at mærke deres krop både før og efter for at skærpe bevidstheden om, hvilken betydning partnerens værdsættelse har. Dette er samtidig med til at skabe et nyt billede af partneren. Dette er ligeledes et centralt arbejdsområde. Dette går ind og ændrer den negative tænkning direkte og tilfredsstillende den hunger, der kan være efter at blive set på positivt.

3.del: Sammenfatning og implikationer for fremtiden.

Sammenfatning.

Der er forskning der viser at der er en sammenhæng mellem depressive symptomer og et utilfredsstillende ægteskab og at påvirkningen går begge veje. Undersøgelser viser, at parterapi er lige så effektiv mod depression som individuel terapi, men at parterapien samtidig bevirker, at parret har mindre relationelt stress, hvori mod individuel terapi ikke virker på ægteskabelig utilfredshed. Noget tyder på at man i terapien er nød til at arbejde specifikt på at forbedre forholdet og at dette ikke kan gøre i individuel terapi – partneren er nød til at være til stede.

Årsagerne til depressionen kan deles op i sårbarhedsfaktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer. Nogle af de faktorer der anses for at være de vigtigste er; mangel på varme hos forældrene, forældrenes konflikter (om de er skilt eller ej) overgreb, manglende selvværd og en deraf afhængig af andre for at opretholde et positivt selvværd, tilbøjelighed til at give sig selv skyld, når noget går galt og en særlig interpersonel sensitivitet.

Man bør overveje parterapi til behandling af depression, når:

- 1) Når klienten er blevet behandlet en gang (succesfuldt) med individuel terapi og får et tilbagefald.
- 2) Hvis individuel terapi ikke bevirker en bedring i løbet af 3-4 uger, og endelig
- 3) Hvis der har været parforholdsproblemer / relationelt stress i perioden op til, at depressionen brød ud. Herunder særlig ved utroskab.

Imago terapien tilbyder generelt en form for parterapi, hvor der både arbejdes med kommunikationen i parforholdet, men også går dybere end dette, idet den også kan bearbejde barndommens sår. Imagoterapien kan rettes specifikt mod behandling af depression, og antages det, gøres mere effektiv, hvis man arbejder med øvelserne omkring selvhad, begrænsninger i udfoldelse af livfuldhed og rekonstruktion af billedet af partneren.

Implikationer for fremtiden

- 1) Øget opmærksomhed på tilstedeværelsen af depression hos par man tager i behandling - især (men bestemt ikke kun) ved tilstedeværelsen af utroskab.
- 2) Øget bevidsthed om relationelle faktorerers betydning, når man tager et menneske med depression i individuel behandling. Herunder bør der konkret arbejdes med muligheden for at lave parterapi med mennesker med depression under sygesikringsordningen.
- 3) Der er brug for mere forskning på området. Der er brug for omfattende undersøgelser med randomisering, hvor man sammenligner kontrolgruppe, medicinsk behandling, individuel behandling (både med den kognitive og den psykodynamiske tradition) og parterapeutisk behandling (det kunne være både imagoparterapi og kognitiv parterapi), og hvor der bliver lavet follow-up gerne op til 3 år efter afslutningen af terapien med jævne mellemrum.

Litteratur:

Barbato, A. og D'Avanzo, B. *Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis*. *Psychiatr Q* (2008), 79, s. 121-132.

Beach, S.H., Jouriles, E.N., O'Leary, K. D. *Extramarital sex: Impact on Depression and Commitment in Couples Seeking Marital Therapy*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol.11, no. 2, summer 1985.

Beach, S.H. *Marital Therapy for Co-Occurring Discord and Depression*. In: *Marital and Family Processes in Depression*, American Psychological Association, Washington DC, 2001.

Cordova, J.V., Gee, C.B. *Couples Therapy for Depression: Using Healthy Relationships to treat Depression*. In: *Marital and Family Processes in Depression*, American Psychological Association, Washington DC, 2001.

Coyne, J. C., Benazon, N.R. *Not Agent Blue: Effects of Marital Functioning on Depression and Implications for Treatment*. In: *Marital and Family Processes in Depression*, American Psychological Association, Washington DC, 2001.

Dessaulles, Andre; Johnson, Susan M.; Denton, Wayne H. *Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study*. *The American Journal of Family Therapy*, 2003, vol. 31 (5), side 345-353.

Emanuel-Zuruveen, L., Emmelkamp, P.M.G. *Individual Behavior-Cognitive Therapy v. Marital Therapy for Depression in Maritally Distressed Couples*. *British Journal of Psychiatry* (1996), 160, s. 181-188.

Gilliam, C., Cottone, R. *Couple or Individual Therapy for the Treatment of Depression?: An update of the Empirical Literature*. *The American Journal of Family Therapy* (2005), 33, s.265-272.

Gupta, Maya; Coyne, James C; Beach, Steven R.H. *Couples Treatment for Major Depression: Critique of the Literature and Suggestions for some Different Directions*. *Journal of family therapy*, 2003, vol. 25 (4), side 317-346.

Katz, J. *Self-verification Theory: Expanding Current Conceptualizations of the Link Between Marital Distress and Depression*. In: Marital and Family Processes in Depression, American Psychological Association, Washington DC, 2001.

Masterson, J.F. *Det truede selv*. Hans Reizels Forlag 1990.

Nielsen, T. *Depression: hjælper det med piller oven i terapi?* I: Psykolog Nyt (2007), nr.16, s.27-28.

Nielsen, T. *Årsaksforhold ved depressive lidelser*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening (2002), 39 (307), s.19-24.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. og Teasdale J.D. *mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression – a new approach to preventing relapse*. The Guildford Press 2002.

Seidenfaden, K og Draiby, P. *Det levende parforhold*. TV2 2007.

Simon, J.S. *Imago -Kærlighedens terapi*. Dansk Psykologisk Forlag 2005.

Whisman, Mark A. *The Association Between Depression and Marital Dissatisfaction*. In : Marital and Family Processes in Depression, American Psychological Association, Washington DC, 2001.

Whiffen, V.E. *Disentangling Causality in the Associations Between Couple and Family Processes and Depression*. In: Pinsof, W: Family Psychology: The Art of the Science. Oxford University Press (2005), s. 375-391.