

Partnerský vztah a deprese

PhDr. Petra Kasalová¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,3}, MUDr. Marie Ocisková¹, MUDr. Jakub Vaněk¹, MUDr. Michaela Holubová^{1,4}, MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.¹, MUDr. František Hodný¹, MUDr. Lucie Bundárová¹, MUDr. Vlastimil Nesnídal¹, MUDr. Daniela Zmeškalová¹, MUDr. Antonín Kolek¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

⁴Krajská nemocnice Liberec, Centrum psychiatrie

Rozpoznání poruch nálady a jejich léčba se v posledních letech značně zlepšuje. V rámci veřejného zdraví a problematiky rozvoje depresivní poruchy je důležité výzkumně identifikovat rizikové faktory, které se podílejí na jejím vzniku. Jedním z rizikových faktorů je manželský nesoulad, avšak hlubší pochopení konkrétních činitelů v procesu vztahové problematiky, rozvoje a udržování depresivní poruchy je dosud málo známé. Pro zlepšení léčebných výstupů je zapotřebí dalšího výzkumu interpersonálních faktorů podílejících se na nástupu a průběhu depresivní poruchy.

Klíčová slova: deprese, manželství, partnerství, komunikace.

Partners' relationship and depression

Recognition of mood disorders and their treatment has improved considerably in recent years. In terms of public health and the development of depressive disorder, it is important to explore the risk factors involved in its development. One of the risk factors is marital discrepancy, however deeper understanding of specific factors in the process of relationship issues, development and maintenance of depressive disorder is still little known. Research into interpersonal factors affecting the onset and course of depression is therefore an important topic in research efforts.

Key words: depression, marriage, partnership, communication.

Úvod

Partnerské vztahy hrají ústřední roli v životě většiny lidí. Partneři vzájemně ovlivňují své vývojové životní trajektorie a jejich vzájemné chování má dopad na duševní i tělesné zdraví každého z nich. Lidé žijící v harmonickém partnerském vztahu mají v průměru lepší psychické a tělesné zdraví než osoby žijící bez partnera (1, 2). Partnerské a rodinné vztahy mohou sloužit jako ochranný faktor snižující riziko rozvoje deprese (3), nejedná se však o jednoznačné pravidlo (4). Dosavadní výzkum poukázal na některé charakteristiky vztahu, které ovlivňují míru depresivních příznaků – patří mezi

ně např. vnímaná podpora a spravedlnost v dělbě domácích prací (5) nebo kolísání ve spokojenosti se vztahem (6). Dosud však schází komplexnější porozumění mechanismu vzájemného vlivu depresivní poruchy a partnerských vztahů (7).

V klinické praxi se setkáváme s pacienty s rozdílnou časovou návazností partnerských problémů a deprese: (a) partnerský či manželský nesoulad předchází rozvoji deprese (u jednoho, někdy u obou partnerů); (b) partnerské problémy vedou k relapsu deprese; (c) problémy v partnerském vztahu vznikají jako důsledek deprese; (d) partnerské problémy a deprese se

v páru vzájemně ovlivňují; (e) partnerské problémy a deprese společně ovlivňují vznik a průběh tělesného onemocnění.

Cílem tohoto textu je zpřehlednit znalosti týkající se následujících okruhů problémů:

- Role partnerství v psychosociálních modelech deprese;
- Vliv partnerství na rozvoj deprese;
- Vliv partnerství na udržování a rekurenci deprese;
- Vliv deprese na kvalitu partnerského vztahu;
- Společný vliv problémů v partnerském vztahu a deprese na rozvoj tělesné nemoci;

- Možnosti terapie deprese v kontextu partnerského vztahu.

Role partnerství v psychosociálních modelech deprese

V následujícím textu uvádíme několik psychosociálních modelů týkajících se deprese, ve kterých mohou sehrávat partnerské vztahy významnou roli.

Model diatéza – stres

Model diatéza – stres (8) je jedním z nejčastěji aplikovaných modelů psychosociální etiologie deprese (9). V tomto modelu je u jednotlivce uvažována diatéza (tj. stabilní endogenní rys), která je aktivována stresory (tj. reakcemi na vnější hrozby). Jedním z nejčastějších stresorů je disharmonický partnerský vztah. Kombinace zmíněných faktorů může vést ke vzniku psychopatologie (9–11). Podle této teorie přináší každý z manželů do vztahu určitou zranitelnost, kterou na sebe partneri vzájemně působí. Stresující události, které se v páru objeví, proto ovlivňují vývoj manželství podle toho, jak na ně partneri reagují. Zmíněná zranitelnost (např. neuroticismus), stres (např. pracovní stres či neshody s rodinou) a dyadické maladaptivní nebo adaptivní procesy (např. řešení konfliktů partnerů) vedou k ovlivňování partnerské spokojenosti a stability. Propojení mezi stresem a vztahovými procesy je reciproční – stres přispívá ke zhoršení fungování ve vztahu, což vede k většímu stresu (11, 12). Deprese může prohlubovat manželské problémy, které zesilují prožívání dalších stresorů i příznaků psychické poruchy (13). K rozvoji tohoto bludného kruhu dochází častěji u párů, v nichž jeden nebo oba partneri byli zranitelní už v době, kdy vstupovali do manželství. Osobnostní rys neuroticismu je považován za důležitý faktor diatézy u deprese (14, 15). Predikuje vyšší úroveň chronického stresu i více maladaptivních vztahových procesů (10, 11, 14). Jedinci s vyšší mírou neuroticismu jsou náchylní k prožívání negativních emocí, mohou zažívat řadu problémů, trpí sebeobviňováním a vysokou mírou prožívaného stresu (9). Jejich partnerské vztahy jsou více konfliktní (16). Stávající empirická data naznačují, že neuroticismus může být vhodným cílovým endofenotypem pro řadu internalizovaných poruch včetně deprese (14–17).

Kromě modelu diatéza – stres existují další dílčí modely objasňující rozvoj a udržování deprese. Aditivní model uvádí, že čím je náchylnost jednotlivce k depresi větší, tím menší množství zátěže je nezbytné pro rozvoj příznaků (18). Model generace stresu předpokládá, že zranitelné osoby projevují určité deficity dovedností a charakteristiky, které je vedou k tomu, že se častěji „dostávají“ do stresujících situací včetně vztahů s méně vhodnými partnery (19). V partnerském kontextu to např. může znamenat, že lidé náchylní k depresi častěji vnímají běžný stres v partnerském vztahu nadměrně (prismatem vlastních negativních jádrových přesvědčení – např. když se s partnerem hádám, nemá mě rád, opustí mě, jsem opuštěný, nezvládnou život) a tím je pro ně tento stres více zatěžující, nebo si vybírají partnera, se kterým zažívají stresující situace častěji, protože si jej zvolili např. na základě své nejisté vztahové vazby (19, 20). V důsledku toho vykazují více manželských problémů (11). To znamená, že na vztahu mezi manželskými neshodami a depresí se v některých případech může podílet i nevhodný výběr partnera.

Ego – psychologický model

Goldstein (21) popsal depresivní charakter, který zařadil mezi hraniční struktury osobnosti v širším smyslu. Podle autora charakter řízený depresivními impulzy organizuje identitu v souladu se „špatným self“. Negativní pohled na sebe sama se vytváří v raných fázích vývoje, v pre-oidipálním vývoji (do 3 let věku dítěte). Jedinci s depresivním charakterem vidí sami sebe jako neschopné, s nízkou hodnotou. Aby se cítili spokojeně, snaží se naplnit náročné internalizované aspirace a ideály (hyperkompenzovat – dokazovat sobě a okolí, že jsou schopní a mají hodnotu). Často nadměrně potřebují opakující se pozitivní zpětnou vazbu od druhých, ale nedokáží ji přijmout a zvnitřnit. Někdy této jistoty mohou dosahovat zvýšenou snahou o kontrolu ve vztahu, v němž na druhého kladou nadměrné nároky. I když se na vědomé úrovni mohou cítit přiměřeně sebevědomě, dosahují této zdánlivé stability pouze za hyperkompenzace a jejich hluboko uložené pocity nemilovatelnosti a méněcennosti jsou v nich stále přítomné. Jedná se o jedince vysoce citlivé k odmítnutí a negativní zpětné vazbě, s nízkou frustrační tolerancí. Běžné partnerské interakce, které nevyhnutně obsahují i negativní zpětnou vazbu, mohou být pro ně

stresující, proto partnerský vztah impulzivně kontrolují, a to zvláště tehdy, když se situačně cítí neschopně/opuštěně („obnaží jejich špatné self“). Ve stresu se u nich mohou objevit obranné mechanismy, jako je splitting, primitivní idealizace, znehodnocení, primitivní popření, projekce a projektivní identifikace. Na rozdíl od pacientů s hraniční poruchou osobnosti však nebývá jejich používání v každodenním životě běžné. Testování reality bývá v zásadě dobré, ačkoliv se zde objevují subtilní distorze v době aktivace primitivních obran, s tendencí prožívat přítomnost v infantilních fantaziích a vytvářet si infantilní sebeobraz.

Naučená bezmocnost

Podle Seligmana (22) se deprese objevuje v situaci, kdy jedinec pocituje nedostatečnou spojitost mezi chováním a jeho očekávanými důsledky, a prožívá stav bezmoci, pasivity a rezignace. V reformulované hypotéze je pak kladen důraz na to, čemu je bezmocnost přisuzována (23). Jde o následující atributy:

- Očekávání, že se záležitosti budou vyvíjet velmi nepříznivě.
- Presumpce vlastní neschopnosti ovlivnit, co se bude dít.
- Přisuzování negativních událostí vnitřním, stabilním a obecným příčinám a pozitivních událostí vnějším, nestabilním a specifickým příčinám (23).

Čím více člověk očekává averzivní charakter situace a čím menší je schopnost kontroly, tím menší je motivace a větší kognitivní narušení. Méně kontrolovatelné události zvyšují narušení afektivity a sebevědomí. Tyto předpoklady jsou snadno naplněny v konfliktním nebo dysfunkčním partnerském vztahu (24). Revidovaná teorie zahrnuje navíc fakt, že poté, co se deprese objeví, dochází k přerušení některých osobních automatických vzorců chování (23). Pacient se méně věnuje činnosti, které ho dříve těšily. Postupem času tak má v životě čím dál méně „odměn“, přičemž averzivní zážitky a jiné „tresty“ obvykle zůstávají. Jedinec tak získává dojem, že jeho život skutečně „nestojí za nic“ nebo že „je to stále horší a horší“, což dále oslabuje vyhledávání pozitivních aktivit a prohlubuje pocity bezmoci a beznaděje (25). To vede ke snížení pozitivního posilování (anebo zvýšení počtu trestajících zkušeností). Výsledkem je nárůst

negativních očekávání s dysforií, změnami chování, kognitivními a interpersonálními důsledky.

Beckova teorie deprese

Podle Becka je deprese naučenou reakcí jedince na vlivy vnějšího prostředí (26). V dětství se lidé, kteří jsou v pozdějším životě náchylní k depresi, opakovaně setkávají s tím, že jsou ze strany svých nejbližších, především rodičů, přijímání a oceňování převážně podmíněně, tedy jen pokud splňují určité nároky a kritéria. V důsledku toho se tito jedinci naučí odvozovat svou hodnotu od očekávání druhých a od výkonu, který jsou schopni podat. Tato očekávání mohou být aktivována v partnerském vztahu, protože bývají spojená s maladaptivními přesvědčeními jedince, např. „Abych si mohl vážit sám sebe, musím si mě partner vážit.“ nebo „Abych měla pro partnera hodnotu, musím být ve všem dokonalá.“ V partnerském vztahu tito jedinci vynakládají velké úsilí, aby dostáli nadměrným vnitřním nárokům a stávají se závislí na oceňování a přijímání od partnera. Pokud tyto potřeby nejsou saturovány, jejich nálada klesá. Sekundární pocity zlosti a zklamání se často snaží potlačit, aby partnera neodradili. Ve chvíli, kdy se dotýčný jedinec cítí odmítán druhými nebo kdy není schopen dostát nárokům, které na sebe v partnerském vztahu klade, se jeho sebevědomí snižuje a může propuknout klinická deprese (27).

Teorie vazby

Velký vliv na interpersonální teorii deprese měly Bowlbyho studie o důležitosti vazby pro lidské fungování a spojení mezi přerušením vazby a zranitelnosti k depresi. Bowlby (28) v koncepci „vnitřních pracovních modelů“ uvádí, že vzorce vazby, které se vyvíjí v dětství, se mají tendenci objevovat i v dospělosti. Hazan a Shaver (29) se pokusili adaptovat typologii dětské vazby na vztahy v dospělosti. Za klíčové determinanty intimních vztahů považují vzájemnou blízkost a citlivost. Popsali následující typy:

- Typ B – bezpečný – snadné nalézání blízkosti a citlivosti;
- Typ C – nejistý/ambivalentní – častá zamilovanost, žárlivost a odkrývání se, vnímání partnerů jako nestálých;

- Typ A – nejistý/vyhýbavý – sklon vyhýbat se intimitě a oddělovat sexuální a emocionální aspekty vztahů (29).

Přestože se nejistá vazba (ambivalentní nebo vyhýbavá) nepovažuje za nezbytně patologickou, jsou jedinci s méně jistou vazbou více náchylní k rozvoji deprese (30). Mezi typické spouštěcí kritické události nebo situace patří neshody nebo problémy ve vztazích (31, 32). Mohou být definovány jako situace, ve kterých dochází ke střetu rozdílných očekávání jedince a dalších osob. Tento konflikt je dostatečně výrazný, aby vedl ke zřetelné vnitřní tísní (33).

Vliv partnerských potíží na rozvoj deprese

Manželské problémy zvyšují riziko rozvoje deprese a předpovídají zdůrazněnou symptomatologii v průběhu času (11, 34–39). Síla tohoto spojení může být značná. O'Leary a kol. (40) zjistili, že při konfliktech v manželství je riziko rozvoje depresivní symptomatologie desetinásobně vyšší. Podobně data z epidemiologické studie prokázala, že disharmonická manželství jsou významným rizikovým faktorem pro rozvoj depresivní poruchy u obou pohlaví, riziko bylo až 25násobné oproti spokojeným vztahům (41). Tento vztah se přitom nezdá být závislý na dalších demografických faktorech (42). Dlouhodobé studie ukazují, že manželský nesoulad časově předchází nástupu depresivních epizod (43) a předpovídá následnou hloubku příznaků (44, 45). Konkrétně byly prokázány významné vazby mezi depresí a několika klíčovými vztahovými procesy:

- Zvládání konfliktů: časté a nevyřešené spory (46), zvýšené nepřátelství a kritika (47), psychická a fyzická agrese (48).
- Partnerská podpora: nízká úroveň podpory ve chvíli, kdy se jeden z partnerů cítí špatně nebo má problémy (49), nesoulad mezi požadovanou a získanou úrovní podpory (50). Zachování pozitivního sebepojetí u některých osobností vyžaduje nadměrné ujišťování a podporu, v případě jejich absence se objevuje depresivní symptomatologie (51).
- Emocionální intimita: absence intimního, důvěrného vztahu (52); nedostatečné projevy náklonnosti i nespokojenosti v čase stráveném s partnerem (53).
- Dynamika kontroly moci: nerovnoměrné rozložení sil ve vztahu (53), porušování osobních práv druhého, vysoká úroveň kontroly (54).

Vliv partnerství na udržování a rekurenci deprese

Whisman a Baucom (55) prokázali, že depresivní lidé v nešťastných vztazích mají horší výsledky při léčbě antidepresivy nebo individuální psychoterapii než pacienti ve spokojených vztazích. Depresivní jedinci se hůře zotavují z depresivní epizody, pokud žijí v nešťastných manželstvích (56), a také pravděpodobněji zažijí relaps depresivních symptomů (55, 57). George a kol. (58) sledovali katamnesticky 150 pacientů s velkou depresivní poruchou. Průběh nemoci významně ovlivnila jak sociální podpora, tak velikost a kvalita sociální sítě. Nejčastější stresovou situací, která předcházela depresi, byly manželské spory. Mezi nejvýznamnější udržovací faktory deprese patří kritizující či nepřátelský se chovající partner, nedostatek blízkých vztahů a nedostatečná sociální podpora (51). Relapsy po akutní epizodě jsou i při udržovací léčbě psychofarmaky nejčastěji spuštěny konflikty v manželství (59). Hooley (60) zjistil, že exprese emocí v rodině má výrazný vliv na průběh remise. V devítiměsíční katamněze se objevila nová epizoda deprese významně častěji u nemocných v rodinách s vysokou emoční expresivitou. Celkově se zdá, že narušený manželský vztah udržuje nebo zhoršuje depresi. Dále vede k opakovanému výskytu depresivních symptomů, a to zejména u žen (45).

Vliv deprese na kvalitu partnerského vztahu

Jak bylo zmíněno v předchozím textu, nástup depresivní epizody je často spojen s předcházejícími partnerskými problémy a konflikty. Manželské problémy mohou být nejen prekurzory, ale také důsledky deprese (59, 61, 62). Studie Weissmanové a kol. (63) prokázala, že lidé trpící unipolární depresí se v blízkých vztazích častěji chovají závisle, nedostatečně komunikují a bývají hašteřiví a mrzutí i v době kvalitní remise. Vztah je přitom obousměrný: nespokojená manželství zvyšují výskyt depresivních příznaků a deprese zase zhoršuje kvalitu manželského vztahu. Studie, které se pokusily manželský distres statisticky hodnotit, ukazují, že depresivní a nedeprativní páry se v míře distresu i ve stylu komunikace významně liší (64–67). Osoby s depresivní poruchou v anamnéze mají zvýšenou emoční reaktivitu na stresory, zejména pak na nepohodu ve vztazích (19, 68–72).

INZERCE

Život s depresivním partnerem má negativní dopad na partnera, který depresí netrpí. Nespokojenost nebo deprese jednoho partnera mohou indukovat podobné emocionální reakce u druhého partnera (68). Dlouhodobé studie dále ukazují, že prohloubení depresivních příznaků jednoho partnera v průběhu času je spojeno s nárůstem příznaků u partnera druhého (12, 72–74). Studie partnerských deníků naznačují, že mezi partnery se přenášejí negativní a vzrušené emoce (75, 76). Ve srovnání s interakcemi v párech, kde partneři netrpí depresí, jsou manželské interakce párů s depresivním partnerem charakteristické vyšším výskytem negativních prvků v komunikaci (obviňování, stažení se, verbální agrese) a nízkým výskytem prvků pozitivní komunikace (sebeodhalení, řešení problémů, úsměv, oční kontakt). Fletcher a Thomas (77) v analýze 57 manželských párů prokázali, že deprese měla přímý a bezprostřední vliv na chování i kognici spojené s řešením problémů. Negativní interakce predikovaly vzestup depresivních symptomů u žen, nikoliv u mužů. Pro oba partnery platilo, že pozitivní interpretace chování partnera byly spojeny s následně nižšími hodnotami deprese.

Vliv problémů v partnerském vztahu a deprese na rozvoj tělesné nemoci

Kvalita manželství jasně odráží celkový pocit pohody a manželská nepohoda zvyšuje zdravotní rizika včetně rozvoje deprese (1, 2, 12). Morbidita a mortalita jsou u žen v manželství nižší než u nesezdaných. Nižší mortalita je u onemocnění, jako je rakovina, srdeční infarkty a operace (78–81). Manželská nepohoda a deprese mají důležité důsledky také pro fyzické fungování. Deprese mění mnohé biologické systémy (např. endokrinní, imunitní, kardiovaskulární, metabolické, neurokognitivní) a tyto změny jsou dostačující pro zvýšení řady zdravotních rizik, včetně předčasné smrti (82, 83). Deprese podporuje rozvoj zánětu, což je ústřední cesta k nemoci (84). Zvýšené zánětlivé parametry charakterizují řadu poruch a systémových onemocnění, jako jsou cukrovka, astma, kardiovaskulární choroby, metabolický syndrom, revmatoidní artritida, roztroušená skleróza či chronická bolest. Každé z těchto onemocnění představuje zvýšení rizika rozvoje deprese (85, 86). Manželské problémy tak mohou potenciálně nepřímo zvyšovat i riziko somatických onemocnění.

Možnosti terapie deprese v kontextu partnerského vztahu

Lidé trpící depresí nebo úzkostnou poruchou často vnímají velmi úporné situace, kdy jim jejich blízcí nedokáží nebo jim nechtějí splnit to, co od nich očekávají (26, 87). Někdy je problémem neschopnost svoje požadavky otevřeně vyjádřit, jindy jde o skryté či patrné konflikty (nesoulad sexuálního života, mimomanželský vztah, hádky), nebo o nadměrný či nespelnitelný nárok. Aby bylo možné situaci změnit, je důležité zjistit, v čem je rozpor, přehodnotit očekávání (zda jsou reálná a možná) a naučit se, jak své požadavky vyjádřit a jak tvořit kompromisy (29). Preventivní programy zaměřené na manželské konflikty a rozchody existují a mohou být prováděny v době uzavírání manželství (např. Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP; 88). Tyto programy mohou být přizpůsobeny tak, aby se snížilo riziko vzniku manželských konfliktů a prohloubení individuální psychopatologie.

Interpersonální psychoterapie (IPT) je krátkodobá, strukturovaná léčba, určená pro ambulantní pacienty s unipolární depresí. Její efektivita byla potvrzena několika kontrolovanými studiemi (26, 89–91). Pacient a jeho partner/partnerka mají od svého vztahu nereciproční požadavky (32). Cílem je identifikovat rozpor, modifikovat komunikační vzorce a přehodnotit požadavky. Terapeut pomáhá hledat paralely v přítomných vztazích. Pacient se učí své potřeby partnerovi projevit a hledat jejich naplnění. V IPT jsou definovány tato stadia konfliktu:

- stadium konfliktu,
- stadium slepé uličky,
- stadium rozpadu/rozchodu.

Interpersonální psychoterapie se za této situace zaměřuje na bližší určení závažnosti konfliktu, identifikaci zdroje nedorozumění (častým zdrojem je narušená komunikace či chybná nebo nepřiměřená očekávání). Intervenci pak cílí na nácvik komunikace, řešení problémů a další techniky, kterými usiluje o změnu situace.

Deprese také často přichází po neúspěšných pokusech přizpůsobit se vývojovým změnám nebo důležitým životním událostem (jak obecně vnímaným kladně i záporně), jako je svatba, rozvod, narození dítěte (92). Vývojové změny přinášejí nové úkoly, často pro oba partnery, a tím potřebu změnit životní návyky, přerozdělit povinnosti v domác-

nosti apod. Velmi často si člověk s depresí ani jeho blízcí neuvědomí potřebu změny a rigidně trvají na stereotypech chování (37). Jde zejména o změny, které dotýkný prožívá jako ztrátu (93). Ztráta může být zjevná (hrozící rozvod), ale i nenápadná (ztráta svobody po narození dítěte, po přijetí odpovědné funkce apod.). Zvládání přechodu do nových rolí se soustřeďuje na 4 úkoly (31):

- vzdát se staré role,
- uvědomit si a projevit pocity viny, hněvu, ztráty,
- naučit se nové dovednosti potřebné pro novou roli,
- navázat nové vztahy s lidmi, kteří souvisejí s novou rolí.

Závěr

Deprese má negativní dopad jak na manželství jako celek, tak na manžele jako samostatné jedince. Manželský nesoulad nejen koreluje s depresí, ale často také předchází nástupu depresivních epizod. Partnerský nesoulad vede k depresi prostřednictvím zvýšení negativních interakcí (např. konfliktu) a snížení pozitivních procesů (např. podpory). Depresivní jedinci se hůře zotavují z probíhající depresivní epizody, pokud žijí v nespokojeném partnerském vztahu, a zažívají také častější relaps depresivních symptomů. Manželské problémy tedy mohou být jak prekursor, tak důsledek deprese, a mohou depresivní prožívání udržovat nebo vést k rozvoji nové epizody. Platí však i opačná souvislost – deprese je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů pro nespokojenost v soužití s partnerem. Duševní rozpoložení jednoho partnera významně ovlivňuje spokojenost partnera druhého. Čím hlubší a protrahovanější průběh deprese je, tím menší spokojenost partneři ve vztahu pociťují a opačně, čím nespokojenější vztah partneři vytvoří, tím větší je pravděpodobnost, že jeden, či oba z partnerů onemocní depresí či relabují po její léčbě. Pro hodnocení efektů léčby je vždy důležité provádět katamnézy nemocných a sledovat kromě psychopatologie i sociální aspekty dopadu nemoci na jedince s depresí a jeho okolí. Protože manželská nepohoda a deprese zásadně souvisí se zdravotními rizikovými faktory pro řadu somatických nemocí, mohou páry, které mívají z partnerské terapie prospěch, zaznamenat významné snížení zdravotních rizik a zvýšení spokojenosti po zdravotní nebo psychické stránce.

LITERATURA

1. Kiecolt-Glaser JK, Newton T. Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*. 2001; 127: 472–503.
2. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014; 140: 140–187.
3. Almeida J, Subramanian SV, Kawachi I, Molnar BE. Is blood thicker than water? Social support, depression and the modifying role of ethnicity/nativity status. *JECH*. 2011; 65: 51–56.
4. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord*. 2017; 223: 65–68.
5. Cho I, Ahn S, Kim SY, Park YS, Kim HW, Lee SO, Lee SH, Chung CW. Depression of Married and Employed Women Based on Social-Role Theory. *J Korean Acad Nurs*. 2012; 42(4): 496–507.
6. Whitton SW, Whisman MA. Relationship satisfaction instability and depression. *J Fam Psychol*. 2010; 24(6): 791–794.
7. Uzma S, Rehman J, Gollan A, Mortimer R. The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical psychology review*, 2008; 172.
8. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. In: Hankin BL, Abela JRZ (eds). 2004.
9. Kendler KS, Prescott CA. Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders. NY: Guilford; 2006.
10. Bradbury TN, Cohan CL, Karney BR. Optimising longitudinal research for understanding and preventing marital dysfunction. In: Bradbury TN, editor. *The developmental course of marital dysfunction*. Cambridge Press; 1998: 279–311.
11. Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method, and research. *Psychol Bull*. 1995; 118(1): 3–34.
12. Foran HM, Whisman MA, Beach SRH. Intimate Partner Relationship Distress in the DSM-5. *Family Process*. 2015; 54: 48–63.
13. Cao H, Zhou N, Fang X, Fine M. Marital well-being and depression in Chinese marriage: Going beyond satisfaction and ruling out critical confounders. *J Fam Psychol*. 2017; 31(6): 775–784.
14. Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 857–864.
15. He Y, Song N, Xiao J, Cui L, McWhinnie CM. Levels of neuroticism differentially predict individual scores in the depression and anxiety dimensions of the tripartite model: A multiwave longitudinal study. *Stress Health*. 2018; 34(3): 435–439.
16. Cao H, Yuan X, Fine M, Zhou N, Fang X. Neuroticism and marital satisfaction during the early years of Chinese marriage: the mediating roles of marital attribution and aggression. *Fam Process*. 2019; 58(2): 478–495.
17. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Ann Rev Clin Psychol*. 2011; 7: 269–295.
18. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 582–586.
19. Hammen C. Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 555–561.
20. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005; 114: 522–536.
21. Goldstein E. *Object Relations and Self Psychology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 1988.
22. Seligman MEP. Helplessness: On depression, development, and death. Freeman, San Francisco, 1975.
23. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnormal Psychol*. 1978; 87: 49–74.
24. Lahey B, Cronin A. Risk Factors in Depression: Research, Theory and Methodological Issues. Elsevier Ltd, 2008.
25. Veale D. Behavioural activation for depression. *Adv Psychiatr Treat*. 2008; 14: 29–36.
26. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York, 1979.
27. Thase ME. Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl.6): 51–57.
28. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds, II: Some principles of Psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 421–431.
29. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987; 52(3): 511–524.
30. Novak JR, Sandberg JG, Davis SY. The role of attachment behaviors in the link between relationship satisfaction and depression in clinical couples: implications for clinical practice. *J Marital Fam Ther*. 2017; 43(2): 352–363.
31. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, Basic Books Inc Publishers, 1984.
32. Gruetter T. Interpersonální psychoterapie (IPT) deprese: CME Kurz na výroční konferenci České psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně 10. – 13. 6. 2004
33. Nosko A, Tieu TT, Lawford H, Pratt MW. How do I love thee? Let me count the ways: parenting during adolescence, attachment styles, and romantic narratives in emerging adulthood. *Dev Psychol*. 2011; 47(3): 645–657.
34. Whisman MA, Kaiser R. Marriage and relationship issues. In: Dobson KS, Dozoi DJA (eds): *Risk factors in depression*. San Diego, CA: Academic Press; 2008: 363–384.
35. Joiner T. Depression in its interpersonal context. In: Gotlib & Hammen (eds.), *Handbook of depression*. New York, NY, 2002: 295–313.
36. Whisman MA, Weinstock LM, Tolejko N. Marriage and depression. In: Keyes CLM, Goodman SH (eds): *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. New York: Cambridge Press; 2006: 219–240.
37. Whisman MA, Uebelacker LA. Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2009; 24: 184–189.
38. Trombello JM, Schoebi D, Bradbury TN. Relationship functioning moderates the association between depressive symptoms and life stressors. *J Fam Psychol*. 2011; 25(1): 58–67.
39. Barry RA, Barden EP, Dubac C. Pulling away: Links among disengaged couple communication, relationship distress, and depressive symptoms. *J Fam Psychol*. 2019; 33(3): 280–293.
40. O'Leary KD, Christian JL, Mendell NR. A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *J Soc Clin Psychol*. 1994; 13: 33–41.
41. Weissman MM. Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*. 1987; 77: 445–451.
42. Whisman MA. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116: 638–643.
43. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychol*. 1999; 108: 674–678.
44. Beach SRH, Katz J, Kim S, Brody GH. Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2003; 20: 355–371.
45. Fincham FD, Beach SRH, Harold GT, Osborne LN. Marital satisfaction and depression. *Psychological Science*. 1997; 3: 351–357.
46. McGonagle KA, Schilling EA. The frequency and determinants in a community sample. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1992; 9: 507–524.
47. Rehman US, Gollan J, Mortimer AR. The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28: 179–198.
48. Lawrence E, Brock RL, Barry R, Langer A, Bunde M. Assessing relationship quality: Development of an interview and implications for couple assessment and intervention. In: Cuyler E (ed): *Psychology of relationships*. New York, NY: Nova Science Publishers, Inc; 2009; 173–189.
49. Barry RA, Bunde M, Brock RL, Lawrence E. Validity and utility of a multidimensional model of received support in intimate relationships. *Journal of Family Psychology*. 2009; 23: 48–57.
50. Dehle C, Larsen D, Landers JE. Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy*. 2001; 29: 307–324.
51. Lewinsohn PM, Youngren MA, Grosscup SJ. Reinforcement and depression. In: Depue RA (ed.): *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. New York, Academic Press, 1979: 203–218.
52. Horwitz AV, McLaughlin J, White HR. How the negative and positive aspects of partner relationships affect the mental health of young married people. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997; 39: 124–136.
53. Hautzinger M, Linden N, Hoffman N. Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 1982; 13: 307–314.
54. Schweitzer RD, Logan GP, Strassberg DS. The relationship between marital intimacy and postnatal depression. *Australian Journal of Marriage & Family*. 1992; 13: 19–23.
55. Whisman MA, Baucom DH. Intimate relationships and psychopathology. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012; 15: 4–13.
56. McLean PD, Ogston K, Grauer L. A behavioral approach to the treatment of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1973; 4: 323–330.
57. Fiedler P, Backenstraß M, Kronmüller KT, Mundt Ch. Expressed emotion, marital quality and satisfaction, and relapse in depression. *Nervenarzt*. 1998; 69: 600–608.
58. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry*. 1989; 154: 478–485.
59. Hooley JM, Teasdale JD. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology* 1989; 98: 229–235.
60. Hooley JM. Expressed emotion in depression: Interactions between patients and high- vs low- expressed emotion spouses. *J Abnorm Psychology* 1986; 95: 237–246.
61. Paykel ES, Myers JK, Dienes MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 1969; 21: 753–760.
62. Beach, SRH. The couple and family discord model of depression: Updates and future directions. In: South, CRASC, editor. *Interpersonal relationships and health: Social and clinical psychological mechanisms*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2014.
63. Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES, Prusoff B, Hanson B. Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 30(6): 771–778.
64. Johnson S, Jaco T. Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 15–23.
65. Ruscher SM, Gotlib IH. Marital interaction patterns of couples with and without a depressed partner. *Behavior Therapy* 1988; 19: 455–470.
66. Schmalin KB, Whisman MA, Fruzzetti AE, Truax P. Identifying areas of marital conflict interactional behaviors associated with depression. *Journal of Family Psychology*. 1991; 5: 145–157.
67. Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM. Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology*. 2004; 18: 171–183.
68. Schulz R, Beach SR, Hebert RS, Martire LM, Monin JK, Tompkins CA, Albert SM. Spousal suffering and partner's depression and cardiovascular disease: the Cardiovascular Health Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009; 17: 246–254.
69. Hammen C. Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1: 293–319.

Další literatura u autorky
a na www.psychiatriepropraxi.cz