

# ÚZKOSTNÉ PORUCHY A MANŽELSKÁ SPOKOJENOST

souborný článek

Petra Kasalová  
Ján Praško

Klinika psychiatrie LF UP a FN  
Olomouc

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Petra Kasalová  
Klinika psychiatrie LF UP a FN  
Olomouc  
I. P. Pavlova 6  
775 20 Olomouc  
e-mail: petrakasalova@volny.cz

## SOUHRN

### Kasalová P, Praško J. Úzkostné poruchy a manželská spokojenost

Nespokojenost v partnerském vztahu může působit jako spouštěč úzkostné poruchy, její modulátor i udržující faktor. K nespokojenosti v manželském vztahu dochází i v důsledku příznaků úzkostné poruchy. Často je obtížné určit, co je příčinou a co následkem, nakolik se úzkostné příznaky s partnerskými problémy prolínají.

**Klíčová slova:** úzkostné poruchy, manželská spokojenost, konflikty v partnerském vztahu, partnerská terapie.

## SUMMARY

### Kasalová P, Praško J. Anxiety disorders and marital satisfaction

Dissatisfaction in a relationship can act as a trigger for anxiety disorders, the modulator or the sustaining factor. The discontent in the marriage relationship occurs as a result of the symptoms of anxiety disorders. It is often difficult to determine what the cause is and what the consequence is of and how much anxiety symptoms overlap with partner problems.

**Key words:** dissatisfaction in a relationship, anxiety disorders, marriage, marital therapy.

## ÚVOD

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy u dětí i dospělých.<sup>1,2</sup> Často jsou vysilující nejen pro jedince, kteří touto poruchou trpí, ale i pro jejich partnery, kteří s nimi mají blízký vztah. Výsledky mnoha studií uvádějí, že úzkostné poruchy negativně ovlivňují sociální fungování pacienta, kam patří i partnerský život.<sup>3</sup> Naše znalosti vlivu úzkostných poruch na jednoho či oba partnery v manželském či partnerském životě jsou dosud omezené.<sup>4</sup> Víme však, že lidé trpící psychickou poruchou mívají potíže v mezilidských vztazích, zejména ve vztahu s nejbližšími.<sup>3,5–7</sup> Spojitost mezi úzkostnými poruchami a rodinnými vztahy je obousměrná: psychické problémy negativně ovlivňují pacientovy vztahy a postoje partnera vůči nemocnému významně ovlivňují jeho úzkostnost.<sup>6,8–10</sup>

Výzkumy zabývající se spokojeností v manželství se v psychiatrické literatuře objevují zřídka. Zdá se však, že spokojenost v manželství a kvalita partnerského vztahu hraje důležitou roli při výskytu psychiatrických poruch a také má vliv na délku remise. Tyto vlivy jsou často podceňovány a nejsou brány do úvahy.<sup>3,11</sup>

Partnerský vztah a společné soužití s partnerem, nejčastěji v manželství, může být stresující pro zranitelné jedince, a také může spustit rozvoj úzkostné poruchy, která do té doby nebyla plně patrná. Rovněž obráceně, úzkostná porucha, podobně jako kterákoliv psychická porucha, se může stát příčinou nebo být důsledkem manželského sváru.<sup>12,13</sup> Některé poruchy osobnosti, ale i rysy osobnosti, které jsou vysoce komorbidní s úzkostnými poruchami, jako je závislost, pasivita, agresivita, emoční nestabilita, narcismus, his-

trionství, vztahovačnost a anankastické rysy, jsou spojeny s vysokým výskytem partnerských konfliktů.<sup>12,14</sup>

Ve srovnání s dobře fungujícími páry je u rozvádějících se párů vysoká psychiatrická morbidita, a to obzvláště u jedinců s neurotickými problémy.<sup>12,13</sup> Studie mužů s neurotickými poruchami ukázaly, že neschopnost ženy odejít z prostředí konstantního neurotického chování partnera výrazně přispívá k partnerskému napětí.<sup>15</sup> Rovněž očekávání rozchodu partnerů může vést k nezávislé a samostatné činnosti a dále zvyšovat konflikty a postupně vést k odcizení.<sup>15,16</sup> K psychickým problémům zvláště přispívají některé další problémové situace spojené s partnerským životem, jako je anorgasmie, impotence, zjištění mimomanželské aféry, problémy s dětmi. Také oznámení o záměru se rozejít může být hlavním spouštěčem psychických problémů.<sup>12,17</sup> Vdané ženy jsou častěji úzkostné než ženatí muži. To může souviset s mnoha faktory, které vedou k psychologické, sociální a biologické zátěži u žen, kam patří zpravidla více odpovědnosti v péči o rodinu, snaha se přizpůsobovat ostatním, těhotenství, porod i mateřství, zpravidla větší odpovědnost za výchovu dětí a jejich zdraví.<sup>9,12</sup> Zátěžové prvky, které se podílejí na rozvoji úzkostné poruchy, mohou být rozmanité a někdy není lehké určit tzv. *precipitující faktory*, tj. situaci nebo situace, které u zranitelného člověka spustily rozvoj úzkosti. Ovšem klinicky viděno, jedním z častých precipitujících faktorů, projevujícím se vleklým stresem, jsou právě partnerské konflikty.<sup>18,19</sup> Mezi důsledky úzkostné poruchy patří často změny v životním stylu, rodinné a pracovní situaci, někdy institucionální řešení situace, jako je získání invalidního důchodu apod. Některé z těchto sociálních důsledků pacientovi mohou pomáhat, jiné jsou negativní. Někdy se mluví o sekundárních ziscích – pacient má pozitivní sociální důsledky úzkostné poruchy, jako je renta, péče okolí, ochrana před zátěží apod. Řada terapeutů však tento pojem odmítá jako značkový, protože pacient má zpravidla více ztrát než zisků, a tento pojem tak v důsledku redukuje pohled na pacienta a tím zpravidla omezuje i péči, proto raději mluvíme o „pozitivních důsledcích“. Ovšem jak úzkostná porucha, tak její sociální důsledky mohou narušit rovnováhu v partnerském vztahu, vést k tomu, že pacient ztrácí ve vztahu své postavení, není brán jako rovnocenný partner, je partnerem stigmatizován či se sám stigmatizuje.

Recidivy po dosažení remise jsou i při udržovací léčbě léky nejčastěji spouštěny konflikty v rodině.<sup>6</sup> Naopak klidné rodinné prostředí a sociální podpora (velikost a kvalita sociální sítě) výrazně pozitivně ovlivňují průběh poruchy.

Studie z posledních let tvrdí, že lidé s úzkostnými poruchami prožívají vyšší míru stresu v manželství a jejich manželství je náchylnější k rozpadu než manželství partnerů, kde nikdo z páru úzkostnou poruchou netrpí. Pacienti s úzkostnou poruchou vnímají kvalitu svého manželství jako horší v porovnání se zdravými jedinci.<sup>9,20</sup>

Některé výzkumy se věnovaly otázce, jaký vliv má výskyt úzkostné poruchy u žen na kvalitu manželského vztahu. Bylo zjištěno, že ženy trpící úzkostnou poruchou hodnotí svoje manželství hůře než ženy bez úzkostné poruchy. Muži popisovali svoje manželství jako nespokojené pouze za předpokladu, že úzkostnou poruchou trpěla i žena. Ženy tedy hrají klíčovou roli ve vytvoření kvalitního vztahu a také hrají podpůrnou roli, pokud úzkostnou poruchou trpí jejich partner.<sup>20</sup> V literatuře najdeme termín

partnerský efekt, kdy manželská spokojenost je určena jak úrovní úzkosti a deprese jednoho partnera, tak úrovní deprese jeho druha.<sup>21</sup> U příbuzných prvního stupně bylo také pozorováno, že úzkost může být přenášena i na další členy domácnosti, tedy i na partnery.<sup>22</sup>

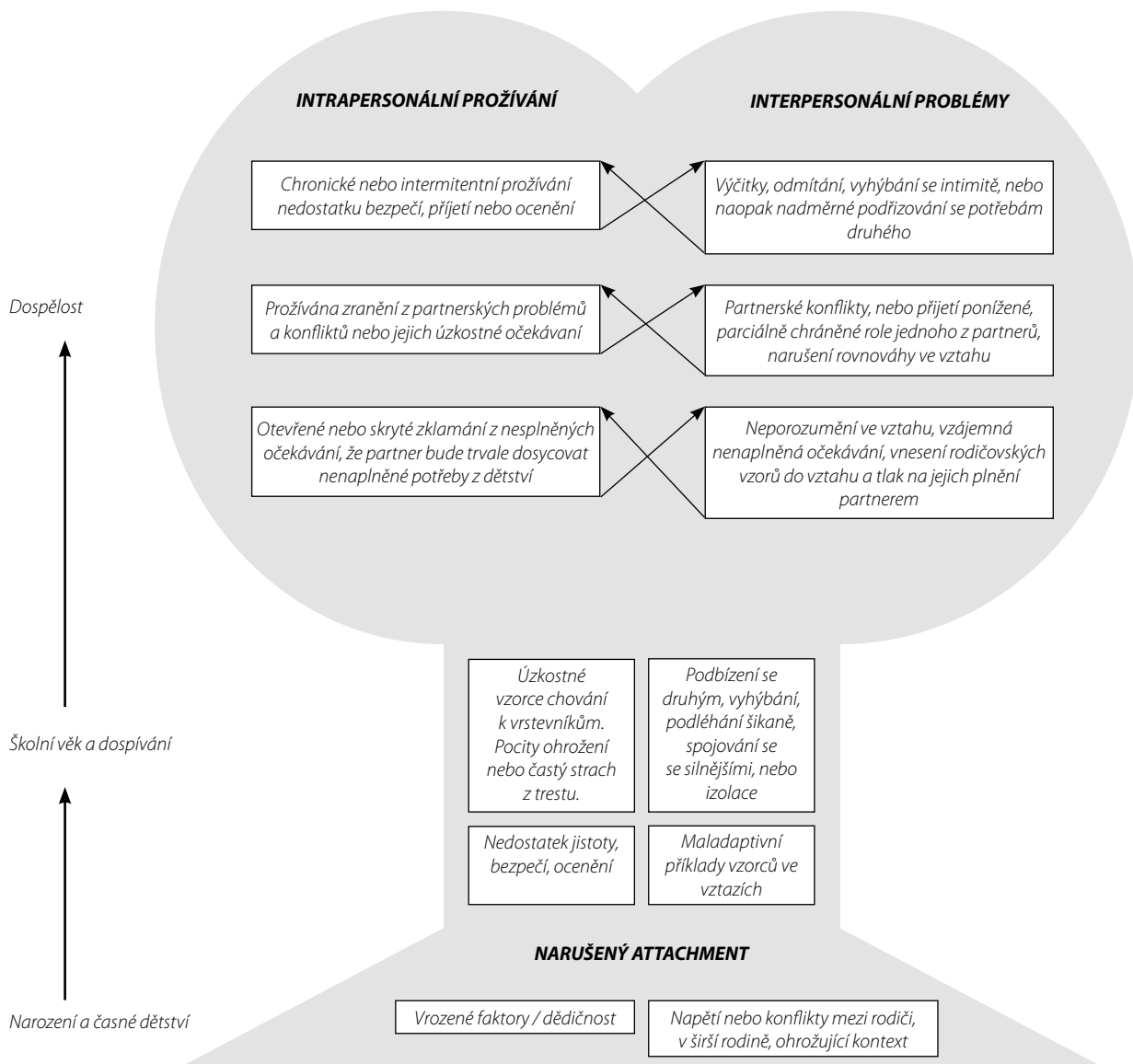
## TYPICKÉ JEVI, KTERÉ SE OBJEVUJÍ V PARTNERSKÉM VZTAHU ÚZKOSTNÉHO JEDINCE

### Narušený attachment

I když teorie připoutání byla původně vyvinuta k vysvětlení chování dítěte, Hazan a Shaver<sup>23</sup> ji použili pro pochopení chování v teorii dospělých romantických vztahů. Chápou připoutání jako globálně fungující model či vnitřní nastavení, které pomáhá řízení chování v blízkých vztazích. V definici stylu připoutání ukazují, že jde v podstatě o stabilní a globální schéma, které funguje napříč všemi vztahy jedince v různých blízkých vztazích.<sup>23</sup> Rovněž se v několika studiích ukázalo, že změny ve stylu připoutání souvisejí se změnou ve vztahových vzorcích, které se pak mohou výrazně lišit od předešlých vztahů.<sup>24–26</sup> Několik desítek let výzkumu ukazuje, že styl připoutání v dospělosti může být ovlivněn úzkostnými projevy, které se týkají strachu z opuštění a vyhýbání se ohrožení, které je spojeno se samotnou blízkostí.<sup>27,28</sup>

Zatímco klasická teorie vazby (tzv. attachmentu) patří mezi klíčové modely vysvětlující vznik úzkosti, současné teorie attachmentu mají potenciál integrovat neurobiologické a behaviorální poznatky do společného rámce.<sup>29</sup> Poslední výzkumy poukazují zejména na vztah mezi vznikem úzkostné poruchy a schopností jedince regulovat stres. Tyto faktory se vzájemně ovlivňují a mají za následek vznik určité kapacity pro zvládání interpersonálního stresu a kapacitu pro tzv. mentalizaci (schopnost chápat, rozumět a reagovat na myšlenky a pocity druhého). Vše je provázáno s ranou vazbou na pečující osobu (zejména matku). Děti, u kterých došlo k rozvoji kvalitní vazby na matku a které zažily citlivou, jejich potřeby naplňující matku, jsou později schopny lepší mentalizace než děti, které měly matku úzkostnou nebo depresivní. Z tohoto pohledu se vznik úzkostné poruchy jeví být výsledkem interakce genetických faktorů, faktorů prostředí a faktorů epigenetických.<sup>29</sup>

Mnoho výzkumů potvrdilo důležitost attachmentu a jeho vliv na výskyt depresivních symptomů v dospělosti. Četnými výzkumy byl zkoumán vliv výskytu depresivních symptomů a schopnosti řešit konflikty (vyvolat konflikt a dojít ke kompromisu) na spokojenost v manželství. Ze studie 64 párů vyplynulo, že u manželů byla pro výskyt depresivních symptomů a naopak pro subjektivní spokojenost v manželství zásadní zejména schopnost manžela řešit konflikty. To však neplatilo pro ženy. U žen má schopnost řešit problémy ve vztahu zejména vliv na kvalitu vazby na partnera, což následně ovlivňuje negativně či pozitivně jejich spokojenost ve vztahu.<sup>30</sup> Zdá se tedy, že pro ženu je pro spokojenost ve vztahu zásadní zejména kvalita vazby na partnera.



Obr. 1. Vývojový „strom“ partnerských problémů u jedinců trpících úzkostnými poruchami

## Nenaplněná očekávání

Konflikty v partnerském vztahu nejčastěji souvisejí s nenaplněnými očekáváními od partnera, ale také od sebe sama, kdy je partner za to obviňován. Nedostatečné naplnění potřeb bezpečí, přijetí a ocenění, které v různé míře nebyly nasyceny v dětství, pacienta zpravidla vede k neuvědomované snaze tyto potřeby dosytit v partnerském vztahu.<sup>31</sup> Často jsou tyto potřeby tak značné, že je partner nasytit nedokáže a v době další zevní zátěže, do které se rodina čas od času dostává, dochází k napětí nebo otevřeným konfliktům ve vztahu. Pár se tak ocitá v situaci, kdy se zvyšuje pravděpodobnost jeho rozpadu.<sup>32</sup> Nejistá vazba se replikuje v dospělém partnerském vztahu a dochází k rozvoji úzkosti zpravidla u závislejšího v páru, který se separace více obává.<sup>27</sup>

Spokojenost v partnerském vztahu je ovlivněna zejména čtyřmi faktory, kterými jsou: společenskost, spolehlivost, schopnost se dohodnout a vyjít si vstříc a také vzájemnost.<sup>33</sup>

Jako nejčastější příčiny rozpadu vztahu se naopak uvádějí: nízká schopnost řešit problémy, akcentace či porucha osobnosti, konflikty v rodině, neplodnost, týrání partnerem a také nevěra. Lidé trpící úzkostnými poruchami, pomocí zabezpečovacího, vyhýbavého i kompenzatorního chování, snadno naplní faktory, které souvisejí s příčinami rozpadu vztahů. Pro vlastní nedostatek bezpečí požadují nadměrné poskytování bezpečí partnerem, sami je však partnerovi poskytnout nedokážou. Podobně je to s potřebou přijetí a ocenění; mají zpravidla vysoké požadavky na partnera, s poskytováním je to však složitější, ve své úzkosti si často ani neuvědomují, že partnerovi chybí reciprocita.<sup>28</sup>

## Nedostatek intimity ve vztahu

Významnou roli při vzniku úzkostných poruch hraje zejména míra intimity ve vztahu. Intimita jako pojem se

týká různých významů, které souvisejí s věkem, pohlavím, vzděláním a kulturou. Mezi výzkumníky není o významu tohoto pojmu konsensus, což činí jeho definici obtížnou.<sup>34–36</sup> Bagarozzi<sup>37</sup> definuje intimitu jako blízkost, podobnost a osobní romantickou nebo emocionální komunikaci, která vyžaduje znalost a porozumění druhému k vyjádření myšlenek a pocitů. Intimita je pevně spojená s kvalitou života párů a je často označována za základní psychologickou potřebu a jednu z hlavních charakteristik rodinné komunikace, která má dopad na spokojenost v manželství a duševní zdraví. Snižuje riziko deprese, úzkostných poruch, zvyšuje pocity štěstí a pohody a poskytuje člověku uspokojivý pocit ze života.<sup>38</sup> Dále je silným prediktorem fyzického zdraví.<sup>39–41</sup> Všechny tyto faktory jsou provázány s manželskou spokojeností.<sup>42,43</sup> Intimita působí jako nárazník mezi vlivem každodenního stresu a vztahem mezi partnery.<sup>44</sup> Intimita pozitivně koreluje se sexuálním uspokojením v partnerském vztahu. Na rozdíl od toho nedostatek intimity je jednou z nejčastějších příčin úzkosti a má negativní dopad na vztah. Vede tak k nesouladu a zvyšuje stres, je precipitátorem depresivních a úzkostných stavů nebo dekompenzace osobnosti.<sup>21,43,45,46</sup> Nedostatek intimity v páru je nejdůležitějším ukazatelem rozvodu u starších pacientů.<sup>47</sup>

Longitudinální sedmiletý výzkum u 102 párů ukázal, že na rozvoj psychických potíží má zejména vliv nerovnováha moci a kontroly na straně manželů a nedostatek podpory ze strany manželky. Velký vliv má i pocíťovaný nedostek intimity ve vztahu na straně manželek.<sup>48</sup> Zkušenosti z psychoterapie ukazují, že míra intimity u partnerů se značně liší. Úzkostné pacientky si často stěžují na to, že se svým partnerem nemají dostatečně blízký, důvěrný vztah, ale přitom je zjevné, že se samy bojí být otevřené a otevřeně mluvit o svém prožívání. Chtějí po partnerovi něco, co samy neumějí, a v případě, že se v terapii mají otevřít, mají s tím problémy. Samy se nedokážou přijmout takové, jaké jsou, a paradoxně chtějí od partnera, aby je takové přijímal. Spíše se zdá, že než o intimitu ve vztahu s reciproční hlubokou otevřeností jim jde o naplnění základní potřeby bezpečí, přijetí (lásky) a ocenění. V případě, že to partner umí, jsou zpravidla ve vztahu spokojené, i když samy se svěřovat a otevřít úzkostně bojí. Úzkostní muži si častěji stěžují spíše sami na sebe, že nejsou schopni se svěřit nebo vyjádřit svoje emoce, protože nevědí jak, a jejich partnerkám to vadí a často se to od nich snaží získat. Tito muži bývají bezradní, protože nevědí, co mají dělat, nerozumějí, co by měli říkat. Úzkostní muži se mnohdy svěřují terapeutovi spíše se svými potížemi s otevřením se partnerce, nedokážou vyjádřit svá přání, mívají strach z konfliktu či pocity bezmoci („nemá to cenu“). Obávají se kritiky od partnerky a odmítnutí.

## Partnerské konflikty

Manželské neshody jsou úzce propojeny jak s výskytem deprese, tak úzkosti u partnerů. Jak přesně se manželství podílí na vzniku těchto symptomů, však nedokážeme přesně určit. Máme jen omezené nástroje a chybí nám jednoduchý model. Manželství je natolik složitý typ vztahu, že není jednoduché určit, jak přesně spouští či ovlivňuje psychické problémy partnerů. Je složité určit

procesy, které zapříčiňují vznik úzkostných symptomů. Hafner a Spence<sup>49</sup> zjišťovali ve studii u 109 párů psychologické symptomy, osobnost a manželské přizpůsobení (tzv. marital adjustment). Jak psychologické symptomy, tak manželské přizpůsobení zůstaly stabilní v čase trvání manželství. Manželky však skórovaly hůře než manželé ve většině položek. Bylo zjištěno, že hlavními prediktory manželské spokojenosti jsou míra psychologických symptomů, zejména fobické úzkosti u žen a deprese u mužů. A to zejména u krátce trvajících manželství. Ve střednědobých manželstvích byl nejsilnějším prediktorem stupeň hostility mezi manžely. V dlouhodobých manželstvích byly nejdůležitějším faktorem osobnostní charakteristiky manželů, zejména asertivita u mužů a osobnostní flexibilita a přizpůsobivost u žen. Významnou roli hraje i stupeň úzkostnosti manželů. Dalším významným faktorem, který určuje délku manželství, tedy setrvání jedinců v dlouhodobém vztahu, byla schopnost konstruktivně řešit problémy, adekvátně vyjadřovat hostilitu a nespokojenost a zlost směrem k partnerovi.<sup>49</sup>

Spojitosť mezi nefunkčním partnerským vztahem a úzkostností jednoho nebo obou partnerů může mít zdroj v nedostatečném porozumění vlastnímu chování. Problémy v partnerském fungování jsou pak důsledkem. Jeden nebo oba partneři zejména neumějí porozumět příčinám vzniku negativních emocí, které se v párovém soužití objevují. Negativním emocím se buď vyhýbají, potlačují je nebo od nich odvádějí pozornost k tělesným příznakům úzkosti. Lidé s úzkostnými poruchami proto mohou zažívat v mezilidských vztazích řadu nedorozumění, desinterpretací, hůře komunikují, a pokud trpí nadto poruchou osobnosti, mají vyšší pohotovost k verbální i fyzické agresi.<sup>50</sup>

Na výskyt deprese a úzkosti v partnerském vztahu má také vliv přítomnost násilí ve vztahu, tedy zejména násilí páchaného na ženě. Ve výzkumu 373 žen bylo zjištěno, že pokud bylo násilí přítomno ve vztahu, ženy trpěly 10× častěji depresí a 17× častěji úzkostí.<sup>51</sup>

## Dysfunkční komunikace

Komunikace lidí s úzkostnými poruchami může být dysfunkční v různé míře a různým způsobem, záleží na typu úzkostné poruchy a také na individuální výbavě jedince. Komunikace má dvě základní složky: (a) porozumění tomu, co partner sděluje, (b) exprese – vlastní vyjádření. Úzkostnost může postihovat obě složky.

K problémům v komunikaci s partnerem tedy dochází jak z nepřesných interpretací partnerova chování (nejčastěji souvisí s vlastními pocity ohrožení, nepřijetí, nedocenění, nedostatečnosti či křivdy z nenaplněných potřeb), tak z nedostatečně rozvinuté dovednosti komunikovat (komunikace je buď nadměrně podbízává, ze strachu z odmítnutí chybí vyjádření vlastních potřeb, nebo je naopak útočná, vyčítající, nutící druhého, aby základní potřeby zajistil a tím snížil úzkost či jinou nepohodu komunikujícího).

V problémových situacích partnerského vztahu u úzkostných pacientů se často objevují maladaptivní stereotypní reakce – komunikační zlozvyky. Objevují se zpravidla za stereotypního přispění obou partnerů, nezávislé na tom, který z nich trpí úzkostnou poruchou. Problémová

situace se může v nepatrně odlišných variantách opakovat znovu a znovu. Tyto zlovyky mohou být opakováním komunikačních vzorců rodičů, zčásti se objevily ve sporech se sourozenci, spolužáky a kamarády v dětství a některé se upevnily až v partnerských vztazích.<sup>52</sup> Jde zpravidla jak o zkreslený obsah sdělení, tak ještě častěji o jeho nevhodnou formu. Dochází ke vzájemnému znehodnocování partnerů, přičemž vlastního podílu na komunikační výměně si člověk zpravidla nebývá vědom. Vznikají pocity nespokojenosti a podrážděnosti, které mohou vyústit do úzkostné poruchy nebo zhoršovat její projevy. Mezi nejčastější komunikační zlovyky patří: čtení myšlenek, přerušování a skákání do řeči, nereagování na sdělení, neverbální odmítání, vyjadřování pocitů oklikou, neupřímnost, nejasnost a nekonkrétnost sdělení, přehánění, značkování, nadměrné zobecňování, připisování úmyslu, překrucování skutečnosti, nesoulad slovního a mimoslovního projevu, únik od tématu a přehnaná emoční reaktivita.<sup>52</sup>

### Narušení dosud stabilní rovnováhy ve vztahu

Projevy psychické poruchy i její důsledky mohou partnera iritovat, nutit ho ke změnám v chování, změně postoje k nemocnému partnerovi, být součástí manipulace o kontrolu ve vztahu. Důsledky psychické poruchy, které vedou k omezení ve fungování nemocného partnera, mohou znamenat zvýšené nároky na zdravého partnera, často bez reciproční odměny.<sup>53,54</sup> Porucha může narušit symetrii ve vztahu, vést ke zvýšení dominance zdravého, ale někdy i nemocného partnera, který svojí nemocí „drží partnera v šachu“.

### Stigmatizace a sebestigmatizace

Vliv příbuzných a dalšího kontextu, odsuzování, ponižování a viktimizace pacienta, osobnost partnera, to všechno se odráží v postojích pacienta s úzkostnou poruchou k sobě samotnému. I když většina pacientů s úzkostnými poruchami rozvine jen mírné nebo středně závažné příznaky úzkostné poruchy, se kterými se dá přizpůsobit životu i práci, může to mít nepříznivý dopad na vztahy s partnerem, který začne postiženého partnera podceňovat. Vztah mezi jedincem a prostředím je vždy mnohovrstevný, a to je ještě složitější u lidí s úzkostnou poruchou. Emoční zranitelnost způsobuje, že vztahy jsou jednak více omezené, jednak více labilní. Například, fobie nebo záchvaty paniky mohou výrazně změnit vztah k partnerovi – pacient potřebuje, aby jej partner zabezpečoval a chránil, a proto mu v řadě věcí vychází nadměru vstříc. Když však takový jedinec nemá pocit dostatečné ochrany, což se přihodí snadno, protože partner si neuvědomuje, co všechno pacienta ohrožuje, pacient na to reaguje výčitkami nebo zlostí.<sup>55</sup> Často se partner pacienta dostane do více dominantní role, než byla původně, a začne nemocného partnera, který je na něm závislý, podceňovat. Nálepky jako „bláznivka“, „hysterka“ „všechno přehání“, „posera“ apod. vyjadřují některé postoje, které ukazují na stigmatizaci nemocného partnera. Pro některé jedince je nepřijatelný fakt, že jejich partner má psychiatrickou diagnózu, protože to „vrhá stín i na ně“. Často proti tomu bojují, odrazují úzkostného pacienta od návštěvy psychiatra, od

léčby medikamenty i psychoterapie, naléhají na něj, „aby se vzbudil“. Tento tlak je ještě zesílen, když je povzbuzován širším příbuzenstvem partnera. V takovém případě hrozí rozchod či rozvod, který úzkostného pacienta dále zasáhne. Nepochopení úzkostné poruchy, její značkování jako bláznění nebo jako neschopnosti či slabosti, vede někdy v rodině k „vyloučení“, s úzkostným člověkem ostatní omezují komunikaci, přestávají se s ním stýkat, partner mu věnuje minimum času, zůstává déle v práci, okázale se věnuje dětem, ale s úzkostným partnerem nekomunikuje. Nedostatečná odpověď na léčbu nebo nežádoucí účinky léků (zejména pokles libida), jakož i rozvoj přidružených poruch (deprese), situaci ještě zhoršují.

Somatická symptomatologie je lépe snášena a vzbuzuje sympatie, „protože je třeba chránit“.<sup>55,56</sup> Příznaky úzkosti v případě panické poruchy jsou obvykle tak dramatické, že partner jednoduše věří, že to je vážné tělesné onemocnění. Pacient i partner jsou často nejdříve zklamáni psychiatrickou diagnózou. Pokud se u pacienta rozvíjí vyhýbavé chování, partner je obvykle tolerantní, pokud mu to nepřináší mnoho práce navíc. Vyhnutí se je častěji považováno za „slabost“, „nedostatek odvahy“ a je přičítáno osobnosti postiženého jedince. Následně to také pacient sám cítí stejně: „Jsem neschopný bojovat.“<sup>55</sup> Slabost, nedostatek odvahy a plachost jsou lépe tolerovány u žen než u mužů. Pacienti cítí problém podobně jako okolí. Autostereotypy pak mohou bránit v léčbě, protože tito lidé mají pocit, že je to jejich charakter a osobnost, které nemůže změnit.

Pro strach ze stigmatizace může partner odrazovat pacienta od psychiatrické léčby. Může mít strach, že to pro jejich rodinu „bude ostuda“ a stigmatizování budou všichni, včetně něho a dětí. Tchyně zde mohou hrát nebezpečnou roli. „Vždycky jsem ti říkala, už jak jsi s ní chodil, že je divná.“ Snaží se přesvědčit pacienta, aby se „dal/a dohromady“, nebo se moc „neukazoval/a rodině“. Takové chování obvykle posiluje symptomy poruchy.<sup>57</sup>

Sebestigmatizace, tj. proces, při kterém pacient sám použije degradující nálepku na sebe a ztotožní se s tím, může být ještě vážnějším problémem, hluboce zasahujícím do partnerského vztahu. Úzkostný člověk má pocit viny vůči partnerovi, cítí se méněcenný, někdy poníženečtě vděčný za to, že s ním partner zůstává, může mít tendenci mu sloužit, nebo naopak bojovně začne vyčítat partnerovi stigmatizující postoje, které ten ani nevyjádřil, dokonce je ani nemusí mít. Jindy se pacient může začít vymlouvat na své psychické problémy a očekává pomoc od ostatních, kteří se podle něho musejí přizpůsobit. Následně může začít partnera kontrolovat a kritizovat.

### Rozvodovost

Mnoho studií také tvrdí, že přítomnost duševní poruchy koreluje s frekvencí rozvodů. Závěry studií však nevysvětlují, zda je duševní porucha příčinou rozvodu, či je její vznik jeho důsledkem.<sup>58,59</sup> Kessler et al.<sup>8</sup> zjistili, že mnohé psychiatrické diagnózy včetně GAD vedou ke zvýšené pravděpodobnosti, že se pár rozvede. Rozchod snášejí jedinci s úzkostnou poruchou zpravidla velmi těžce, zesiluje jejich pocity ohrožení, neschopnosti, opuštění či osamělosti. Nízká kvalita manželství úzkostných lidí může také pramenit ze strategií výběru partnera, kdy úzkostný jedi-

nec má mnohdy nedostatečné sociální dovednosti, a vybírá si tak nevhodného partnera.<sup>5</sup> Měli bychom si uvědomit, že pro léčbu pacientů je tedy nezbytné věnovat se také léčbě páru jako celku.<sup>20</sup>

## NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY U JEDNOTLIVÝCH ÚZKOSTNÝCH PORUCH

### Panická porucha

Lidé trpící *panickou poruchou* bývají často závislí na svých blízkých, které chtě nechtě spoutávají svým strachem. V těžších případech musí být někdo z blízkých osob neustále přítomen, aby postiženému mohl případně pomoci.<sup>60</sup> Zda strach z opuštění předchází panické poruše, nebo je jejím důsledkem, je obtížné určit. V dětství nicméně často zjistíme předčasnou separaci od rodičů, která byla zvládnuta s úzkostí či rezignací. Partneři pacientů se často cítí být spoutáni. Někdy to však může vyhovovat, protože jim dává pocit dominance a potřebnosti ve vztahu nebo pocit hodnoty. Jindy to však cítí jako výrazné omezení a dochází ke konfliktům, které pak zhoršují panickou poruchu nebo mohou vést k rozvoji druhotné deprese.

### GAD

GAD, jedna z nejčastějších úzkostných poruch, je mimo jiné charakteristická narušením v oblasti pracovní, vztahové a v oblasti manželského fungování. Četné studie prokázaly, že otázka vztahů bývá jedním z hlavních témat, kterými lidé s diagnózou GAD trpí.<sup>61–63</sup> Pacienti s *generalizovanou úzkostnou poruchou* mají často interpersonální problémy, které souvisejí se symptomatologií. Rozvoj GAD je významně častější v době po životních událostech, které souvisí s interpersonálními vztahy.<sup>64</sup> Někdy je však těžké říci, zda interpersonální problémy předcházely rozvoji poruchy, nebo vznikly až v jejím důsledku. Podobně jako u deprese jde zejména o problémy se změnou životní role (narození dítěte, mateřská dovolená, změna zaměstnání, onemocnění člena rodiny, odchod dětí z rodiny), ztrátou (rozchod partnerů), konflikty v rolích (spory v partnerském vztahu). Výsledky studií popisují zvýšený manželský distres u lidí s GAD. Studie McLeodové<sup>5</sup> zjistila, že ženy trpící GAD popisují větší manželské problémy a větší míru stresu v manželském životě než ženy bez GAD. Naopak muži tyto problémy neuvádějí, ani když jejich žena GAD trpí. Ani ženy, které žijí v manželství s mužem s GAD, podobné problémy neuvádějí. Ve studii Whisman et al.<sup>65</sup> došli k závěru, že mezi 9 diagnózami (zahrnující MDE, máni, dystymii, sociální fobii, agorafobii, panickou úzkostnou poruchu, depresivní poruchu, GAD a závislost na alkoholu) je GAD nejsilnějším prediktorem manželské nespokojenosti, a to jak u mužů, tak u žen.

Zaider et al. zkoumali dopad projevů úzkosti na vztah u 33 párů, kde žena trpěla generalizovanou úzkostnou poruchou. Zjistili, že existuje vztah mezi výskytem GAD u ženy a vnímáním kvality vztahu mezi oběma partnery.

Popsali souvislost mezi ženinou anxiétou a manželským distresem. Konkordance byla silnější u mužů, kteří se přizpůsobovali úzkostným symptomům své ženy, což byla jejich hlavní copingová strategie k vyrovnání se s úzkostnými projevy jejich partnerky.<sup>6</sup>

Ženy trpící GAD skutečně popisují menší manželskou spokojenost než ženy, které GAD netrpí.<sup>5</sup> Průběh GAD mnohdy komplikují přidružené komorbidity, nejčastěji s abúzem alkoholu a dalších návykových klátek, což se ukázalo být hlavním důvodem nespokojenosti a problémů v manželství. Špatná kvalita manželství však také může nastartovat vznik GAD v průběhu života.<sup>5</sup>

### Agorafobie

Lidé trpící *agorafobií* mívají skutečně i v dospělosti strach z opuštění a zároveň strach z připoutanosti k druhé osobě,<sup>66,67</sup> proto mají nadměrnou potřebu kontrolovat vztahy. Protože vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení ve vztazích pocitem napětí. Navíc mají postižení potíže s identifikací a zpracováním negativních emocí.<sup>68,69</sup> Stav zvýšeného napětí bývá přičítán vnějším podmínkám a nikoliv zpracován jako vnitřní konflikt.<sup>70</sup> Typickými obrannými mechanismy jsou potlačení, přenos, vyhýbání a symbolizace. Agorafobii mohou také nechtěně pomáhat udržovat svým chováním lidé, kteří jsou s postiženým v blízkém kontaktu – pokud za něj přebírají určité povinnosti a pomáhají mu, aby nemusel obávaným situacím čelit, upevňují tím jeho sebepojetí „neschopného“ a umožňují mu „sekundární zisky“. Např. manžel odváží svoji ženu do práce, protože ona nedokáže cestovat, chodí za ni nakupovat apod. Na jedné straně je toto chování velmi příjemné a lidské, je patrná snaha pomoci partnerovi, který se trápí. Na druhé straně tyto pozitivní důsledky pomáhají k udržování úzkostné poruchy. Navíc každé takové ochranné gesto snižuje sebevědomí manželky a posiluje její sklon ke katastrofizaci: „Sama to už nedokážu zvládnout...“ nebo „Ani manžel nevěří, že bych to zvládla.“

Pacient s agorafobií může mít pocity nadměrného závanu ke svému partnerovi, který ho „zabezpečuje“. To může vést k tomu, že nemůže otevřeně vyjadřovat své další potřeby, musí se podřizovat a ustupovat i v situacích, kdy mu to není milé (např. vždy kladně reagovat na partnerovy sexuální potřeby), což vede k hluboké nespokojenosti se vztahem. Velmi často dochází ve vztahu k silné ambivalenci.<sup>60</sup> Pacient je závislý, proto v mnohém podřízený, zároveň vnímá partnera se značnou averzí. Situace je pro něj patová. Sám být nedokáže. Agorafobie může vést k otevřeným partnerským konfliktům. Vyžadování po partnerovi, aby postiženého doprovázel, omezování celé rodiny v cestování (např. na dovolenou), vyhýbání se kinům, divadlům, koncertům či vyhýbání se nakupování a požadavek, aby nakupoval někdo jiný – to vše může omezovat celou rodinu.

### Sociální fobie

Většina studií prokazuje, že lidé se sociální fobií jsou méně úspěšní v mezilidských, tedy i v partnerských vztazích.<sup>71</sup> Zhruba 25 % z nich nikdy nezažilo partnerský vztah.<sup>72</sup> Tito lidé jsou limitováni mírou své interpersonální úzkosti a mají také slabé sociální dovednosti. Méně často zahaju-

jí rozhovor, méně hovoří a odhalují se méně než ostatní, druzí interakce s nimi vnímají jako méně uspokojivé, nepříjemné a nemají příliš motivace se stát jejich partnery.<sup>73</sup> Partner si *sociální fobie* všimne většinou záhy, již v době seznamování a klasifikuje ji jako „nesmělost“, někdy při vytrvalém vyhýbavém chování jako „tvrdohlavost“ či „chlad“. Tato „nesmělost“ nebo „tvrdohlavost“ bývá pak terčem nejrůznějšího „povzbuzování“ nebo posmívání či kárání, které dále postiženého utvrzuje, že v sociálních situacích selhává – „všichni to vidí“. Partner často začne jedince se sociální fobií „šetřit“ tím, že mu umožní, aby se obávaným situacím vyhnul. Rubem je podceňování a někdy pohrdání. Telefonuje za něj, chodí za něj vyřizovat záležitosti na úřady apod. To ovšem také výrazně posiluje pohyb postiženého v bludném kruhu sociální úzkosti.

Lidé se sociální fobií mají omezené zdroje sociální opory ve svém okolí právě pro svou uzavřenost a méně vztahů, které dokážou navázat a udržet. To zvyšuje jejich vulnerabilitu pro další stres a vede k prohlubování psychopatologie. Jejich schopnost zažívat blízkost ve vztazích je nízká, méně často se otvírají druhým, neprojevují se a nejsou dostatečně asertivní. Zároveň se ukazuje, že lidé se sociální fobií popisují menší spokojenost ve vztahu s partnerem a zažívají menší intimitu.<sup>74</sup> Na budování vztahu je velmi důležité být schopen prožívat intimitu a sebeodhalit se. Právě tyto dva faktory lidé se sociální fobií nedokážou do vztahu vnést. To má za následek jejich vlastní nespokojenost ve vztahu. Nedokážou prožívat takovou intimitu jako ostatní lidé. To zapříčiňuje omezený přístup ke zdrojům podpory, vede k pocitům osamělosti, opuštěnosti a k depresi.

## Specifická fobie

Mnoho lidí v neklinické populaci trpí nějakou *specifickou fobií*. V některých případech může specifická fobie

výrazně zasáhnout do života s partnerem a rodinou, zejména když fobie omezuje trávení volného času nebo partner musí postiženého doprovázet, dělat za něj určité činnosti, nebo když fobie omezuje výchovu dětí.<sup>17</sup> Zdraví partneři mohou na potíže postiženého reagovat jak nadměrným ochranitelstvím a mít z fobie sami zisky (závislost partnera, menší obavy z nevěry), tak mohou být velmi kritičtí a útoční, protože nechtějí dělat činnosti, které nemají rádi.

Zdá se však, že samotná fobie, pokud jí trpí žena, nemá vliv na kvalitu manželství.<sup>5,75</sup> To však neplatí, pokud fobií trpí muž. V tomto případě má negativní dopad na manželství z pohledu obou partnerů.

Zde musíme brát v úvahu i genderové stereotypy, na které reaguje nejen partner, ale i širší rodina a společnost. Společensky je strach spíše akceptovatelný u žen než u mužů, kde se genderově vyžaduje odvaha. V rodinách, kde trpí fobií manžel, ho vnímají jako rušivější faktor v manželském soužití, než pokud fobií trpí žena.<sup>76</sup>

Zároveň se zdá, že fobií pár „lépe snáší“, pokud nějakou její formou trpí oba v páru. Zejména manželky jsou více podpůrné a chápající k projevům manželovy fobie, pokud samy mají takovou zkušenost. Jsou tedy více empatické.<sup>5</sup>

## ZÁVĚR

Úzkostné poruchy negativně ovlivňují sociální fungování pacienta a jeho rodiny. Porozumění jevům, které se nejčastěji vyskytují v partnerském a rodinném životě těchto jedinců, je pro jejich léčbu velmi potřebné a přínosné. Právě tyto jevy mohou mít zásadní vliv na to, jakou má daný pacient motivaci k léčbě, a porozumění jeho vztahům a nenaplněným potřebám může mít nezanedbatelný vliv na její úspěšnost.

## LITERATURA

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15 (4): 357–376.
2. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 2: 36–41.
3. Machell KA, Rallis BA, Esposito-Smythers C. Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *J Anxiety Disord* 2016; 40: 1–7.
4. Diamond G, Siqueland L. Current status of family intervention science. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001; 10 (3): 641–661.
5. McLeod JD. Anxiety disorders and marital quality. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 767–776.
6. Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *J Abnorm Psychol* 2010; 119 (1): 163–173.
7. Malary M, Shahhosseini Z, Pourasghar M, Hamzehgardeshi Z. Couples Communication Skills and Anxiety of Pregnancy: A Narrative Review. *Mater Sociomed* 2015; 27 (4): 286–290.
8. Kessler RC et al. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *The American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1092–1096.
9. Scott R, Braithwaite RD, Frank D, Fincham. Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal relationships* 2010; 17 (1): 1–12.
10. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2015; 178: 165–180.
11. Waring EM, Patton D, Neron CA, Linker W. Types of marital intimacy and prevalence of emotional illness. *Can J Psychiatry*. 1986; 31 (8): 720–726.
12. Schless AP, Teichman A, Mendels J, DiGiacomo JN. The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 19–22.
13. Rao TSS, Nambi S, Chandrashekhara H. Marriage, mental health and Indian legislation. *Indian J Psychiatry* 2009; 51: 113–128.
14. Dominian J. Marriage and psychiatric illness. *BMJ* 1979; 2: 854–855.
15. Ovenstone IM. The development of neurosis in the wives of neurotic men. II. Marital role functions and marital tension. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 711–717.
16. Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. Neurosis and marital interaction.

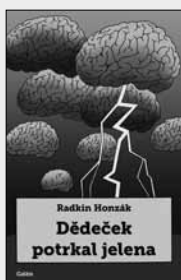
- I. Personality and symptoms. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 33–46.
17. Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.
18. Faller H, Gossler S. [Problems and goals of psychotherapy patients. A qualitative-content analytic study of patient statements at initial assessment]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48 (5): 176–186.
19. Benson LA, Sevier M, Christensen A. The impact of behavioral couple therapy on attachment in distressed couples. *J Marital Fam Ther* 2013; 39 (4): 407–420.
20. Yoon KL, Zinbarg RE. Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of anxiety disorders* 2007; 21 (7): 955–965.
21. Whisman MA, Dixon AE, Johnson B. Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology* 1997; 11 (3): 361–366.
22. Crowe RR, Noyes R, Pauls D, Slymen D. A Family Study of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40 (10): 1065–1069.
23. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52 (3): 511–524.
24. Cobb R, Davila J, Bradbury T. Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2001; 27: 1131–1144.
25. Davila J, Bradbury TN. Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *J Fam Psychol* 2001; 15 (3): 371–393.
26. Saavedra MC, Chapman KE, Rogge RD. Clarifying links between attachment and relationship quality: Negative conflict and mindfulness as moderators. *Journal of Family Psychology* 2010; 24 (4): 380–390.
27. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology* 2000; 4: 132–154.
28. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthanikiya B, Lancee W. Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 69 (4): 419–432.
29. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci* 2011; 5: 55. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055. eCollection 2011.
30. Marchand JF. Husbands' and wives' marital quality: the role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attach Hum Dev* 2004; 6 (1): 99–112.
31. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, New York 2003.
32. Praško J, Ocisková M, Jelenová D. Rozvoj adaptační poruchy po ukončení blízkého vztahu. *Čes a slov Psychiat* 2015; 111 (1): 577–583.
33. McNulty JK, Widman L. Sexual narcissism and infidelity in early marriage. *Archives of Sexual Behavior* 2014; 43 (7): 1315–1325.
34. Martin GM, Tardif M. What we do and don't know about sex offenders' intimacy dispositions. *Aggression and Violent Behavior* 2014; 19 (4): 372–382.
35. Mitchell AE. The effect of self-disclosure and empathic responding on intimacy: Testing an interpersonal process model of intimacy using an observational coding system. Master's thesis, Texas A & M University, Texas, United States 2007. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1969.1/5805>.
36. Kardan-Souraki M, Hamzehgardehi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani S. A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. *Glob J Health Sci* 2015 Dec 18; 8 (8): 53109. Doi: 10.5539/gjhs.v8n8p74.
37. Bagarozzi DA. *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*. Routledge 2001.
38. Soltani A, Molazadeh J, Mahmoodi M, Hosseini S. A study on the effectiveness of emotional focused couple therapy on intimacy of couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 82: 461–465.
39. Boden JS, Fischer JL, Niehuis S. Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. *Journal of Adult Development* 2010; 17 (3): 121–134.
40. Dandurand C & Lafontaine MF. Intimacy and couple satisfaction: The moderating role of romantic attachment. *International Journal of Psychological Studies* 2013; 5 (1): 74–90.
41. Moreira H, Crespo C, Pereira M, Canavaro MC. Marital quality among women with breast cancer: The role of marital intimacy and quality of life. *Psicooncologia* 2010; 7 (7): 61–80.
42. Greeff P, Hildegarde L, Malherbe A. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital therapy* 2001; 27 (3): 247–257.
43. Kim M. The effect of marital intimacy, sex communication, and sexual satisfaction on the marital satisfaction for Korean middle-aged women. *Journal of Next Generation Information Technology* 2013; 4 (8): 441–448.
44. Harper JM, Schaalje BG, Sandberg JG. Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *American Journal of Family Therapy* 2000; 28 (1): 1–18.
45. Duffey TH, Wooten HR, Lumadue CA, Comstock DC. The effects of dream sharing on marital intimacy and satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2004; 3 (1): 53–68.
46. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2014; 40 (4): 275–293.
47. Weinberger MI, Hofstein Y, Whitbourne SK. Intimacy in young adulthood as a predictor of divorce in midlife. *Personal Relationships* 2008; 15 (4): 551–557.
48. Brock RL, Lawrence E. Marriage as a risk factor for internalizing disorders: clarifying scope and specificity. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79 (5): 577–589.
49. Hafner RJ, Spence NS. Marriage duration, marital adjustment and psychological symptoms: a cross-sectional study. *J Clin Psychol* 1988; 44 (3): 309–316.
50. South SC, Turkheimer E, Oltmanns TF. Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76 (5): 769–780.
51. Mapayi B, Makanjuola RO, Mosaku SK, Adewuya OA, Afolabi O, Aloba OO, Akinsulore A. Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16 (1): 11–18.
52. Praško J. *Asertivita v partnerství*. Grada, Praha 2005.
53. Boisvert JM, Beaudry M. [The marriage therapist is a Trojan horse: reflections inspired by the results of research on interventions with couples]. *Sante Ment Que* 1991; 16 (1): 269–286.
54. Daiuto AD, Baucom DH, Epstein N, Dutton SS. The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clin Psychol Rev* 1998; 18 (6): 663–687.
55. Praško J, Mainerová B, Diveky T, Kamarádová D, Jelenová D, Grambal A, Látalová K, Sigmundová Z, Šilhán P. Panic disorder and stigmatization. *Act Nerv Super Rediviva* 2011; 53 (4): 194–201.



56. Praško J, Trojan O. O milování s důvěrou a láskou aneb jak překonat sexuální problémy v páru. Praha: Grada 2001.
57. Praško J, Sigmundová Z. Stigmatizace a autostigmatizace. In: Praško J (ed.): Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, lékařská fakulta 2010; 79–89.
58. Frank GR, Gertler P. Mental health and marital stability. *International Journal of Law and Psychiatry* 1991; 14 (4): 377–386.
59. Rees R, Fahn M. Household Relational Contracts for Marriage, Fertility and Divorce 2011. CESifo Working Paper Series No 3655.
60. Praško J, Herman E: Reakce na nemoc a somatizace. In: Herman E, Praško J, Seifertová D. (eds.): Konsiliární psychiatrie, Medical Tribune, Galén 2007: 10–18.
61. Jackel L, Barlow DH, Grasbe MG, Rapee RM. Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 27 (4): 390–402.
62. Roemer L, Molina S, Borkovec TD. An Investigation of Worry Content Among Generally Anxious Individuals. *Journal of Nervous and mental Disease* 1997; 185 (5): 314–319.
63. Breitholtz E, Johansson B, Ost LG. Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37 (6): 533–544.
64. Brown GW, Harris T, Copeland JR, Kendler KS: Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1997; 130: 1–18.
65. Whisman MA, Sheldon CT, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: does type of relationship matter? *J Abnorm Psychol* 2000; 109 (4): 803–808.
66. Nemiah J. The psychodynamic view of anxiety: an historical perspective. In: Roth M, Noyes R, Burrows GD (eds.): *Handbook of Anxiety*, vol 1. New York, NY: Elsevier Science 1988: 277–305.
67. Manassis K, Bradley S, Goldberg S et al. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1106–1113.
68. Guidano V. The agoraphobic cognitive organization. In: *Complexity of the Self*. New York, NY: Guilford Press 1987; 139–155.
69. Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 658–660.
70. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1500–1502.
71. Beidel DC, Turner SM, Dancu VC. Physiological, cognitive and behavioural aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 1985; 23 (2): 109–117.
72. Rapee MR. Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review* 2012; 17 (1): 69–80.
73. Spence SH, Donovan C. Social skills, social outcomes and cognitive features of social phobia. *Journal of Abnormal psychology* 1999; 108 (2): 211–221.
74. Wenzel A, Harvey JH. *Clinician's Guide to Maintaining and Enhancing Close Relationships*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey 2002.
75. Arrindel WA, Emmelkam PMG. Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners; A controlled study. *British journal of psychiatry* 1986; 149: 592–602.
76. Rosenfield S, Gerstel N, Riessman CKK. Explaining the symptomatology of separated and divorced women and men: the role of material conditions and social networks. *Social forces*. 1985, [Sf.oxfordjournals.org](http://Sf.oxfordjournals.org).

## Radkin Honzák

### DĚDEČEK POTRKAL JELENA



Náš přední psychiatr MUDr. Radkin Honzák, CSc., (\* 1939) připravil po pěti letech od vydání knížky **Babičku potrkal jelen** druhý výbor ze svých esejů, sloupků, komentářů i zamyšlení, které publikoval v odborných časopisech nebo na svém blogu. Obsahem jsou jako vždy jeho bezprostřední reakce na události kolem

nás. Autor nám přibližuje medicínu i témata, v nichž se lékařské vědy proplétají s jinými oblastmi, s politikou, morálkou, vědou i občanstvím jako takovým, a se svým typickým humorem otevírá i témata nepříjemná a boľavá. I kdybychom s některými jeho postřehy nemuseli souhlasit, je rozhodně dobré se nad otázkami, které sobě i nám pokládá, vážně zamýšlet.

250 Kč, Galén, 284 stran, černobíle, 120 × 190 mm, brožované