

MAGAS VÉRNYOMÁS VAGY DEPRESSZIÓ? ROSSZ HÁZASSÁGBAN MÁSKÉPP BETEGEK A FÉRFIAK ÉS MÁSKÉPP A NŐK

BALOG PIROSKA^{1*} – DÉGI L. CSABA^{1,2} – SZABÓ GÁBOR^{1,4,5} –
SUSÁNSZKY ANNA¹ – STAUDER ADRIENNE¹ –
SZÉKELY ANDREA³ – PAUL FALGER⁶ – KOPP MÁRIA¹

¹ Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

² Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Szociális Munka Tanszék, Kolozsvár, Románia

³ Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

⁴ Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola, Viselkedéstudományi Intézet, Budapest

⁵ Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Budapest

⁶ Maastricht Egyetem, Pszichiátria és Neuropszichológia Tanszék,
Szociálpszichiátriai Csoport, Maastricht, Hollandia

(Beérkezett: 2010. szeptember 8.; elfogadva: 2010. október 13.)

E tanulmány célja a házastársi stressz kapcsolatának vizsgálata a magasvérnyomás-betegséggel és a depresszióval – 65 évnél fiatalabb, házasságban/élettársi kapcsolatban élő, gazdaságilag aktív személyek körében; országos reprezentatív mintán (Hungarostudy 2002). A házastársi stresszt a Rövidített Stockholmi Házastársi Stressz Skálával, a depressziós tüneteket a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel mértük. Azok a férfiak és nők alkották a „magasvérnyomás-beteg”, illetve „depressziós” csoportokat, akiket az elmúlt évben kezeltek is betegségük miatt. Hierarchikus logisztikus regresszióelemzéssel vizsgáltuk a házastársi stressz hatását a magasvérnyomás-betegek, illetve a depressziós páciensek körében, valamint egészséges férfiak és nők körében. Adatainkat kontrolláltuk életkorra, iskolai végzettségre, szocioökonómiai státusra, testtömegindexre, valamint az életmódra (dohányzás, alkoholfogyasztás és fizikai aktivitás). Míg a férfiaknál a házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség hagyományos rizikótényezőktől független kockázati tényezőjének bizonyult, addig a nőkre ez nem állt fenn. Egy rossz házasságban élő férfinak majdnem kétszer nagyobb az esélye arra, hogy magasvérnyomás-betegség miatt kezeljék, mint a jó házasságban élő férfitársának. Ugyanakkor nőknél a házastársi stressz a depresszió miatti kezelés valószínűségét növelte szignifikáns mértékben, ez pedig a férfiakra nem volt jellemző. Egy rossz házasságban élő nőnek több mint kétszer nagyobb az esélye arra, hogy depresszió miatt kezelésben részesüljön, mint a jó házasságban élő nőtársának. Elemzéseink tehát azt mutatták, hogy férfiaknál a házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség független kockázati tényezője, viszont nőknél a házastársi stressz a klinikai depresszió kockázati tényezője.

Kulcsszavak: házastársi stressz, nemi különbségek, magasvérnyomás-betegség, klinikai depresszió

* Levelező szerző: dr. Balog Piroška, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: balopir@net.sote.hu

1. BEVEZETÉS

Kísérleti kutatások sora igazolta, hogy a vérnyomás különösen érzékeny a fontos kapcsolatok minőségére: a társas interakciók minősége közvetlenül befolyásolja a vérnyomásértékeket. A családi veszekedések és a vérnyomásértékek összefüggéseit tesztelve, nőknél, férfiaknál egyaránt klinikailag szignifikáns növekedést tapasztaltak a vérnyomásértékekben (Mayne és mtsai, 1997). A kifejezett negatív érzelmek, a társhoz való negatív viszonyulás a vérnyomásértékek emelkedésében kulcsfontosságú szerepet játszanak (Newton és Sanford, 2003). Egy korábbi tanulmány eredményei szerint a magas szisztolés vérnyomásértékek 20%-áért a kifejezett negatív érzelmek voltak felelősek, és 53%-ban magyarázták a házastársi stressz összpontszámát is (Morell és Apple, 1990). Egy további tanulmányban az ellenségesség és a kardiovaszkuláris reaktivitás összefüggéseit vizsgálták házastársaknál, alacsony és magas veszélyeztetettség érzése közben, illetve amikor egyetértettek vagy nem értettek egyet a házastársak. A férjek ellenségessége magas szisztolés vérnyomásértékekkel járt együtt, de csak magas veszélyérzet esetén, a feleségek ellenségessége nem járt együtt a kardiovaszkuláris reaktivitás emelkedettségével. Az ő szívritmusuk akkor emelkedett meg, amikor nem értettek egyet férjeikkel (Smith és Gallo, 1999).

Ugyanakkor azt is kimutatták, hogy egy meghitt partnerkapcsolat pusztán tíz perc alatt is csökkenti a szisztolés és diasztolés vérnyomásértékeket. A kísérleti személyek tíz percen át házastársukkal egymás kezét fogva egy romantikus filmet néztek, míg a kontrollcsoport tagjai csak pihentek ez idő alatt, majd mindkét csoport tagjainak egy stresszkeltő feladatot (közönség előtt előadás megtartása) kellett megoldaniuk. A kísérleti csoport tagjainál az előadás alatt a csak pihenő csoporténál alacsonyabb szisztolés és diasztolés vérnyomásértékeket, valamint alacsonyabb szívritmus-értékeket mértek, és ez férfiakra, nőkre egyaránt jellemző volt (Grewen és mtsai, 2003). Egy másik tanulmányban (Holt-Lunstad és mtsai, 2003) egészséges férfiak és nők vérnyomását mérték három napig minden interperszonális interakció öt percében. Az interakció után a kísérleti személyek kitöltöttek egy naplót, melyben kategorizálták a kapcsolatot és értékelték a kapcsolat minőségét. A családtagokkal való pozitív kapcsolat alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt, míg az ambivalens kapcsolatok jártak a legmagasabb szisztolés vérnyomásértékekkel. A házastárssal való ölelések gyakorisága összefüggést mutatott a plazmaoxitocin-szinttel, és alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt (Light és mtsai, 2005). Vagyis a pozitív kapcsolat egy támogató partnerrel hozzájárulhat ahhoz, hogy a stresszel teli élet eseményekre alacsonyabb kardiovaszkuláris reaktivitással válaszoljunk.

Egy tanulmányban a kapcsolatban, illetve az egyedül élők vérnyomásértékei összességében nem mutattak különbséget (Grewen és mtsai, 2005). Viszont a kapcsolatban élőket a kapcsolattal való elégedettség alapján (elégedett, közepesen elégedett és elégedetlen) megkülönböztetve azt találták, hogy a kapcsolatukkal elégedettek mutatták a legalacsonyabb ébredési vérnyomásértékeket. A kapcsolatukkal elégedett férfiaknál mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomásértékek alacsonyabbak voltak, mint akár a kapcsolatukkal csak közepesen elégedett, akár az elégedetlen, akár az egyedül élők vérnyomásértékei. Nőknél csak a szisztolés vérnyomásértékekre volt igaz ez a különbség. A kapcsolatukkal elégedettek mutattak a legalacsonyabb stressz-szintet, és ők számoltak be a legkevesebb negatív érzésről a nap folyamán. Vagyis a kapcsolat minősége jobb előrejelzője a vérnyomásértékeknek és a stressz-szintnek, mint a családi állapot. A jó kapcsolat alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt mindkét nemnél.

Nemcsak kísérleti, de utánkövetéses vizsgálatok is igazolják a családi, házastársi kapcsolat minőségének szerepét a kardiovaszkuláris reaktivitás, a vérnyomásértékek alakulásában. Esszenciális magasvérnyomás-betegségben szenvedők egészségi állapotát és a házastársi kapcsolatuk minőségét három éven át követték, és azt találták, hogy azok, akik elégedettek voltak a házasságukkal, és sok időt is töltöttek együtt házastársukkal, szívük bal kamra falának vastagsága 8%-kal csökkent, és a 24 órás diasztolés vérnyomásértékeik is szignifikánsan alacsonyabbnak mutatkoztak. Ezzel szemben azoknál, akiknél a házastársi támogatás alacsony volt (házasságukkal elégedetlenek voltak, és kevés időt is töltöttek a házastársukkal), 6,26%-kal nőtt szívük bal kamra falának vastagsága. Az együtt töltött idő mennyisége és minősége is meghatározó volt: ugyanis azoknál, akik elégedetlenek voltak a házastársi kapcsolattal, ha sok időt töltöttek együtt, vérnyomásértékeik magasabbak voltak, számukra tehát vérnyomásértékeik szempontjából kedvezőbb volt a házastárstól való távolmaradás (Baker és mtsai, 2000, 2003).

Az is ismert, hogy a házastársi kapcsolattal való elégedetlenség növeli a pszichiátriai betegségek és különösen a depresszió előfordulási gyakoriságát (Wishman, 1999; Kiekolt-Glaser és Newton, 2001). Mind a depressziós tünetegyüttes, mind a klinikai depresszió szoros kapcsolatban áll a házastársi stresszrel (Beach és mtsai, 1998; Fincham és Beach, 1999; Balog és mtsai, 2003; Balog és Mészáros, 2005; Balog, 2006a, 2008). Különböző tanulmányok különböző eredményeket szolgáltatnak e kapcsolat „szoroságára” vonatkozóan: egy régebbi tanulmány szerint a házastársi viszálykodás tízszeresére növelte a depressziós tünetegyüttes előfordulásának esélyét (O’Learly és mtsai, 1994). Egy másik, átfogó epidemiológiai elemzésen alapuló tanulmány szerint mind a férfiak, mind a nők esetében a

boldogtalan házasság (szemben a boldog házassággal) 25-szörös kockázati tényezőnek bizonyult a major depresszióban való megbetegedésre (Shröder és mtsai, 1996). A kapcsolat, úgy tűnik, kétirányú: a rossz házastársi kapcsolat növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor a depresszió is hozzájárul a házasság minőségének romlásához (Beach és mtsai, 1998; Fincham és Beach, 1999), bár a házastársi kapcsolattal való elégedetlenség gyakrabban előzi meg a depressziót, mint fordítva, és a családterápia a depresszió kezelésében hatékonynak bizonyult (Beach és mtsai, 1998).

A pszichoszomatikus irodalom egyik legidőtállóbb konstrukciója a „magasvérnyomásos személyiség”. E szerint szoros összefüggés mutatható ki bizonyos pszichológiai változók (mint az elfojtott harag és a szorongás), valamint a magasvérnyomás-betegség megjelenésének valószínűsége között. A tünet nélküli magasvérnyomás-betegek vagy azok a borderline vérnyomású betegek, akiknek családjában gyakori a magasvérnyomás-betegség, kevesebb érzelmet fejeznek ki, kevesebb érzelmet tudnak megkülönböztetni, és „panaszkodásmentes attitűddel” rendelkeznek (Theorell, 1990). Theorell szerint ez a személyiségtípus részben magyarázható egy olyan stresszes munkahellyel, ahol elvárt a „panaszkodásmentes attitűd”, és nem adnak teret az aktív emocionális copingnak. A Framingham-tanulmányban (Markovitz és mtsai, 1993) a kezdeti feszültség és a szorongás bejósolta a húsz évvel később megjelenő magasvérnyomás-betegséget. Egy másik utánkövetéses, epidemiológiai vizsgálat szintén szoros összefüggést mutatott ki a szorongás és a magasvérnyomás-betegség között: akik a szorongáskálán magas pontszámot értek el, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel lettek magasvérnyomás-betegek az utánkövetés alatt, mint azok, akik alacsony vagy közepesen magas pontszámot értek el (Jonas és mtsai, 1997).

Az utóbbi időben a depressziót is összefüggésbe hozzák a magasvérnyomás-betegséggel. Hosszú távú, prospektív tanulmányok hangsúlyozzák, hogy nemcsak a klinikai depresszió, de már a szubklinikai, az enyhe depresszió is a magasvérnyomás-betegség független prediktora (Jonas és mtsai, 1997; Dimsdale, 1997; Davidson és mtsai, 2000), vagyis az összefüggés a hipertenzió hagyományos kockázati tényezőtől függetlenül is fennáll, nőknél és férfiaknál egyaránt. Az összefüggés biológiai mechanizmusának magyarázatát egyesek az adrenerg aktivitás zavarában látják, mely nagyon gyakori klinikai depresszióban, és fontos szerepet játszhat a magasabb vérnyomásértékek fenntartásában (Davidson és mtsai, 2000).

A házastársi stressz tehát a kísérleti és utánkövetéses vizsgálatok alapján összefüggést mutatott a magas vérnyomásértékekkel és a depresszióval, viszont a depresszióról is elmondható a szakirodalom alapján, hogy

összefüggést mutat a magasvérnyomás-betegséggel. Az említett tanulmányok egymástól nagyon eltérő módszertannal, különböző kísérleti személyekkel dolgoztak, és kevés tanulmány elemezte a nemi különbségeket. Ugyanakkor az is elmondható, hogy alig akad olyan tanulmány, mely e három változót együtt elemezte volna. Tanulmányunk célja ezért egy országos reprezentatív egészségfelmérés (Hungarostudy 2002) adatait elemezve a házastársi stressz, a magasvérnyomás-betegség és a depresszió összefüggéseinek vizsgálata, a figyelem fókuszába helyezve a nemi különbségeket is.

2. MÓDSZER

2.1. Adatfelvétel

A Hungarostudy 2002 országos magyar reprezentatív felmérés, melynek célja a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának felmérése, az egészségi mutatók egyes környezeti, szociális és gazdasági háttér-tényezőkkel összefüggésben történő vizsgálata volt. 12 680 személlyel készítették interjút, kikérdezve a válaszadót szociodemográfiai adatairól, egészségi állapotáról, magatartási szokásairól, pszichológiai jellemzőiről, vallásosságáról, etnikai hovatartozásáról. A kiválasztott személyek reprezentálták a 18 év feletti magyar lakosságot nem, kor és kistérség szerint (Rózsa és mtsai, 2003).

2.2. Minta

Mivel Magyarországon különösen magas az idő előtti halálozás (Kopp és Réthelyi, 2004; Kopp és mtsai, 2004; Skrabski és mtsai, 2004; Kopp és mtsai, 2006), és az okok keresése ma is aktuális, a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiakat (N = 2206) és nőket (N = 1820) vizsgáltuk. Közülük 242 férfi és 280 nő számolt be magas házastársi stresszről, 343 férfit és 300 nőt kezeltek magasvérnyomás-betegséggel, illetve 49 férfit és 106 nőt kezeltek klinikai depresszióval. Kontrollként azokat a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő, egészséges férfiakat (N = 731) és nőket (N = 434) választottuk ki, akik nem szenvedtek sem krónikus, sem akut betegségben a vizsgálat időpontjában (leíró adataikat lásd az 1. és 2. táblázatban).

1. táblázat. Az egészséges, a magas vérnyomás miatt, illetve a depresszió miatt kezelt férfiak leíró adatai

	Egészséges (N = 731)	Magas vérnyomás miatt kezelték (N = 343)	Depresszió miatt kezelték (N = 49)
	% (N)	% (N)	% (N)
Szocioökonómiai státusz ¹	SES(1) 10,4% (76) SES(2) 27,5% (201) SES(3) 29,5% (216) SES(4) 32,6% (238)	SES(1) 8,7% (30) SES(2) 28,9% (99) SES(3) 30,0% (103) SES(4) 32,4% (111)	SES(1) 16,3% (8) SES(2) 18,4% (9) SES(3) 18,4% (9) SES(4) 46,9% (23)
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)
Életkor	39,83 (9,3)	47,6 (9,2)	46,8 (9,1)
Házastársi stressz (0–5)	0,42 (0,7)	0,57 (0,9)	0,75 (1)
Depresszió (0–60)	3,39 (5,7)	6,57 (7,3)	8,79 (8,1)
Testtömegindex (kg/m ²)	26,56 (3,7)	29,10 (4,4)	27,24 (4,7)
Alkohol (0–4)	1,74 (1,2)	2,04 (1,3)	1,92 (1,4)
Hány évig dohányzott?	9,53 (10,7)	13,96 (13,7)	13,55 (12,6)
Milyen gyakran sportol? (0–6)	1,66 (1,9)	1,41 (1,8)	1,51 (2)

2. táblázat. Az egészséges, a magas vérnyomás miatt, illetve a depresszió miatt kezelt nők leíró adatai

	Egészséges (N = 434)	Magas vérnyomás miatt kezelték (N = 300)	Depresszió miatt kezelték (N = 106)
	% (N)	% (N)	% (N)
Szocioökonómiai státusz	SES(1) 15,9% (69) SES(2) 15,0% (65) SES(3) 32,5% (141) SES(4) 36,6% (159)	SES(1) 16,3% (49) SES(2) 16,7% (50) SES(3) 32,7% (98) SES(4) 34,3% (103)	SES(1) 16,0% (17) SES(2) 16,0% (17) SES(3) 34,9% (37) SES(4) 33,0% (35)
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)
Életkor	39,4 (8,7)	46,8 (8,2)	43,2 (8,9)
Házastársi stressz (0–5)	0,59 (1,02)	0,70 (1,1)	1,30 (1,6)
Depresszió (0–60)	3,89 (5,6)	6,90 (8,3)	10,37 (9,9)
Testtömegindex (kg/m ²)	24,37 (4,2)	28,69 (5,3)	26,96 (5,4)
Alkohol (0–4)	0,77 (0,8)	0,72 (0,9)	0,71 (0,9)
Hány évig dohányzott?	5,41 (8,9)	6,98 (11,1)	7,38 (9,9)
Milyen gyakran sportol? (0–6)	1,85 (2,1)	1,62 (2,2)	1,47 (1,9)

¹ Definiálását lásd a származtatott változóknál (2.4. pont)

2.3. Mérészközök

A házastársi kapcsolat minőségét a Rövidített Stockholmi Házastársi Stressz Skálával (Balog és mtsai, 2006) mértük. Ez a mérőeszköz öt kérdést tartalmaz az eredeti Stockholmi Házastársi Stressz Skálából (Orth-Gomér és mtsai, 2000), melyek arra vonatkoznak, hogy a házastársak bizalommal vannak-e a házastársuk iránt, közösen oldják-e meg a felmerülő problémákat, vannak-e olyan problémáik, amelyekről nem tudnak nyíltan beszélni, közösen töltik-e a szabadidejüket, voltak-e korábban komoly problémák a kapcsolatukban. A skála Cronbach-alfa-értéke 0,69 volt.

A depressziós tünetek mérésére a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet (Kopp és Skrabski, 1990; Rózsa és mtsai, 2001) használtuk. A kérdőív 9 állítást tartalmaz az elmúlt két hétre vonatkozóan, például: „Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt”, „Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni”, „Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok”. A skála Cronbach-alfa-értéke 0,85 volt a jelen mintában.

Az egészségügyi adatok mérésére 39 tételből álló betegségi lista szolgált (pl. daganatos betegség, depresszió, szívinfarktus, gyomorfekély). A magasvérnyomás-betegség és a kezelt (klinikai) depresszió mérésére a következő kérdés szolgált: „Állott-e kezelés alatt élete során az alábbi betegségek miatt?” A válaszlehetőségek: 0. „Nem.” 1. „Igen, régebben.” 2. „Igen, az elmúlt év során kezelték járóbetegként.” 3. „Igen, az elmúlt év során feküdt kórházban.” Akiket az elmúlt évben kezelték akár járóbetegként, akár kórházban magasvérnyomás-betegséggel, azok alkották a „magasvérnyomás-betegek” csoportját; akiket pedig depresszió miatt kezelték az elmúlt évben járóbetegként vagy kórházban, azok alkották a „klinikai depressziósok” csoportját.

Az életkorra, iskolai végzettségre, valamint az egészségkárosító magatartások mutatóira (dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás gyakorisága, magasság és testsúly) vonatkozó kérdések szintén részét képezték a vizgálatnak. Az iskolai végzettséget hat kategóriával mértük: 1 – kevesebb, mint nyolc általános; 2 – nyolc általános; 3 – szakmunkásképző; 4 – szakközépszintű érettségi; 5 – gimnáziumi érettségi; 6 – főiskolai vagy egyetemi diploma. A dohányzással kapcsolatban egy kérdést vontunk be az elemzésekbe: „Hány éven keresztül dohányzott (dohányzik)?” Az alkoholfogyasztásra vonatkozóan a következő kérdés válaszait elemeztük: „Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél 4) alkohol tartalmú italt [pl. 5 (4) üveg sört, vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci tömény italt]?” A válaszlehetőségek: 0 – soha; 1 – havonta vagy kevesebbszer; 2 – havonta kétszer-négyyszer; 3 – hetente kétszer-háromszor; 4 – hetente négyszer

vagy többször. A sportolás gyakoriságát a következő kérdéssel mértük: „Milyen gyakran sportol (pl. úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.)?” A válaszlehetőségek: 0 – soha; 1 – rendszertelenül; 2 – ritkábban, mint havonta; 3 – havonta egyszer; 4 – hetente egyszer; 5 – hetente többször; 6 – naponta.

2.4. Származtatott változók

A jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők mutatóinak összehasonlítása céljából létrehoztuk az alacsony, illetve magas házastársi stressz kategóriáit. Mind a férfiak, mind a nők több mint 60%-ánál (68% és 63%) a Rövidített Házastársi Stressz Skála összpontszáma nulla, ezért egyesített minta alapján csak alacsony (a skála pontszáma ≤ 1) és magas (a skála pontszáma 2–5) házastársi stressz kategóriát különböztettünk meg. A magas házastársi stressz kategória létrehozásához a határt 75%-nál húztuk meg (felső quartilis). Így összességében a párkapcsolatban élő nők 18,5%-a számolt be magas házastársi stresszről (felső quartilis), ezzel szemben a férfiaknak csak 14%-a tartozik a magas házastársi stresszrel jellemezhető csoportba (vö. Balog és mtsai, 2006).

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív összpontszámát az eredeti verzióra átszámolva (összpontszám $\times 2,22$) négy kategória különböztethető meg: 0–9 a depressziós tünetek nem jellemzőek; 10–18 enyhe depressziós tünetek; 19–26 közepes depresszió; 26 felett súlyos depressziós tünetek. Korábbi vizsgálataink alapján a szív- és érrendszeri betegségek tekintetében már az enyhe depresszió is ugyanolyan kockázatonvelő szereppel bír, akár csak a közepes vagy súlyos depressziós tünetegyüttes (Balog, 2006b; Purebl és Balog, 2008). Ennek ismeretében létrehoztuk (és a logisztikus regresszioelemzések során alkalmaztuk) a depressziós tünetegyüttes változójának kétkategóriás változatát: 0 – nincs depresszió (a skála pontértéke 0–9), illetve 1 – enyhe, közepes vagy súlyos depresszió (a skála pontértéke 10 feletti).

A szocioökonomiai státus változójának három másik változó képezte alapját: a jövedelem, a foglalkoztatottság és az iskolázottság. A jövedelem ez esetben az egy főre jutó családi jövedelmet (és nem a saját jövedelmet) jelenti. A kérdés: „Mennyi háztartásának havi jövedelme (nettó)?” A válaszlehetőségek: 1. 0–50 000; 2. 50 000–100 000; 3. 100 000–150 000; 4. 150 000–200 000; 5. 200 000–250 000; 6. 250 000–300 000; 7. 300 000–500 000; 8. 500 000–700 000. A családi jövedelem változó kategóriáinak közepéből átlagjövedelem-változót alakítottunk ki (pl. 50 000–100 000 kategóriánál 75 000 lett az átlagérték), és ezt elosztottuk a háztartásban lakók számával.

A foglalkoztatottság kategóriái: 0 – nincs; 1 – szakképzetlen fizikai; 2 – szakképzett fizikai; 3 – ügyviteli; 4 – szakalkalmazott; 5 – vezető, diploma nélkül; 6 – diplomás vezető. A végzettség esetében kétszer két kategóriát vontunk össze, így a következő kategóriákat kaptuk: 1 – nyolc általános vagy kevesebb; 2 – szakmunkás; 3 – érettségi; 4 – felsőfok. E három változóból faktoranalízis útján képeztünk egy új, látens, folyamatos változót. A 25%, 50%, 75%-os határokat figyelembe véve képeztük a négykategóriás szocioökonómiai státus (SES) változót.

A testtömegindexet a testsúlyból és magasságból számítottuk: $\text{testsúly} / \text{magasság}^2$.

2.5. Statisztikai módszerek

A magas házastársi stressz kockázatnövelő hatását, a magasvérnyomás-betegség, illetve a kezelt depresszió tekintetében hierarchikus logisztikus regresszióelemzéssel vizsgáltuk. Első lépésben mindig az életkor és a szocioökonómiai státus, majd az egészségmagatartás mutatói (testtömegindex, dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás gyakorisága) kerültek be a modellbe, és csak ezt követően léptettük be a házastársi stressz, illetve a Rövidített Beck Depresszió Skála pontértékét, hogy a házastársi stressz és a vizsgált betegség tekintetében a hagyományos kockázati tényezőktől független összefüggést láthassuk. Referenciakategóriaként az egészséges férfiakat, illetve nőket választottuk, de ellenőrzésképpen elvégeztük az elemzéseket úgy is, hogy referenciaként az egyes betegségek miatt nem (de esetleg más betegség miatt) kezelt férfiak (illetve nők) szerepeltek, de ez nem változtatott számottevően az eredményeken, ezért itt nem közöljük ezeket. Az alacsony és a magas házastársi stressz kategóriáiban a depressziós tünetek (mint folyamatos változó) összehasonlítására többváltozós varianciaanalízist végeztünk General Linear Modellben, 95%-os konfidenciaintervallummal. Adatainkat ez esetben életkorra és végzettségre kontrolláltuk.

3. EREDMÉNYEK

Vizsgáltuk a jó házastársi/élettársi kapcsolatban, illetve a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiaknál és nőknél a depressziós tünetegyüttes alakulását, az életkor és a szocioökonómiai státus kontrollálásával (3. táblázat).

Eredményeink szerint a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő, egészséges és magasvérnyomás-beteg férfiak körében a depressziós tünetek mennyisége szorosan összefüggött a

3. táblázat. A depressziós tünetegyüttes alakulása a házastársi stressz függvényében

		Jó kapcsolatban BDI-átlag (SD)	Rossz kapcsolatban BDI-átlag (SD)	UNIANOVA		
				Mean square	F	Szign.
Férfiak	egészséges	3,02 (5,08)	7,25 (9,25)	434,931	14,119	<0,001
	magasvérnyomás-beteg	5,98(7,02)	9,29 (8,17)	256,648	5,044	0,002
	depressziós	6,84 (7,42)	15,00 (10,16)	104,590	1,689	0,195
Nők	egészséges	3,57 (5,31)	6,18 (7,38)	295,677	9,709	<0,001
	magasvérnyomás-beteg	5,69 (7,04)	7,93 (9,75)	108,930	1,953	0,122
	depressziós	7,45 (8,32)	12,66 (11,04)	590,999	8,640	<0,001

házastársi/élettársi kapcsolat minőségével, életkortól és szocioökonómiai státustól függetlenül. A depresszióval kezelt férfiak körében ez az összefüggés nem volt kimutatható. Hasonlóképpen, a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő, egészséges és depresszióval kezelt nők körében a depressziós tünetek gyakorisága szorosan összefüggött a házastársi/élettársi kapcsolat minőségével. A magasvérnyomás-beteg nők körében ez az összefüggés nem volt kimutatható.

A továbbiakban, többváltozós modellben (logisztikus regresszióelem-

4. táblázat. A házastársi stressz és a magasvérnyomás-betegség kapcsolata férfiaknál

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,08	1,06-1,10	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,87	0,48-1,57	NS
SES(3)	1,04	0,70-1,56	NS
SES(4)	1,01	0,69-1,50	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,16	1,12-1,21	***
Hány évig dohányzott?	1,01	1,00-1,02	*
Alkohol (0-4)	1,06	0,94-1,19	NS
Milyen gyakran sportol? (0-6)	0,97	0,89-1,05	NS
Házastársi stressz (magas)	1,76	1,10-2,82	*

*p<0,05; ***p<0,001; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges férfiak

zéssel) vizsgáltuk annak esélyét, hogy a jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiaknak és nőknek – a hagyományos kockázati tényezőktől függetlenül – mekkora esélyük van arra, hogy magasvérnyomás-betegség, illetve depresszió miatti kezelésre szoruljanak. Eredményeink azt mutatták, hogy a férfiak esetében a magas házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség önálló kockázati tényezője (4. táblázat), a nők esetében viszont nem (5. táblázat). Amennyiben a magasvérnyomás-betegeket nem az egészségesekkel, hanem a magasvérnyomás-betegség miatt nem, de esetleg egyéb betegség miatt kezeltekkel vetettük össze, a magas házastársi stressz férfiaknál még így is 1,49-szoros kockázattal bír (CI = 1,01–2,17; $p < 0,05$), míg nőknél így sem találtunk szignifikáns összefüggést.

Szakirodalmi ismereteink alapján feltételeztük, hogy a házastársi stressz és a magasvérnyomás-betegség összefüggésének közvetítő tényezője a depressziós tünetek, így következő lépésként az előző modellbe beléptettük a depressziós tünetegyüttes pontszámát (6. táblázat). Eredményeink igazolták elvárásainkat: a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiak esetében a házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség hagyományos rizikótényezőktől független kockázati tényezője mindaddig, amíg a depressziós tünetegyüttes nem szerepel a modellben. Amint a depressziós tünetek bekerülnek a változók közé, az életkor, a testtömegindex és a dohányzás mellett a depresszió válik a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjévé, a házastársi stressz hatása eltűnik.

5. táblázat. A házastársi stressz és a magasvérnyomás-betegség kapcsolata nőknél

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,08	1,05–1,10	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,69	0,39–1,22	NS
SES(3)	1,10	0,61–1,99	NS
SES(4)	0,89	0,56–1,40	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,20	1,15–1,26	***
Hány évig dohányzott?	1,00	0,98–1,02	NS
Alkohol (0–4)	0,94	0,76–1,16	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,97	0,89–1,06	NS
Házastársi stressz (magas)	1,12	0,66–1,89	NS

*** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges nők

6. táblázat. A magas házastársi stressz, valamint a depressziós tünetegyüttes mint a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezője férfiaknál

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,08	1,06–1,10	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,79	0,43–1,46	NS
SES(3)	0,93	0,62–1,41	NS
SES(4)	0,96	0,64–1,43	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,17	1,13–1,22	***
Hány évig dohányzott?	1,02	1,00–1,03	*
Alkohol (0–4)	1,04	0,92–1,17	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,98	0,90–1,07	NS
Házastársi stressz (magas)	1,45	0,89–2,36	NS
Depresszió (0 – nem depressziós, 1 – enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)	2,77	1,83–4,20	***

*p<0,05; ***p<0,001; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges férfiak

7. táblázat. A magas házastársi stressz, valamint a depressziós tünetegyüttes mint a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezője nőknél

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,08	1,06–1,11	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,62	0,35–1,12	NS
SES(3)	0,96	0,53–1,75	NS
SES(4)	0,85	0,54–1,35	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,20	1,15–1,25	***
Hány évig dohányzott?	1,01	0,99–1,03	NS
Alkohol (0–4)	0,89	0,72–1,11	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,99	0,90–1,08	NS
Házastársi stressz (magas)	1,05	0,61–1,78	NS
Depresszió (0 – nem depressziós, 1 – enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)	1,94	1,17–3,21	*

*p<0,05; ***p<0,001; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges nők

Nők esetében a házastársi stressz nem bizonyult a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének. A házastársi stressztől függetlenül, férfiakhoz hasonlóan nők körében is vizsgáltuk a depressziós tünetegyüttes szerepét. Eredményeink a nők esetében is igazolták elvárásainkat: az életkor és a testtömegindex mellett a depressziós tünetegyüttes a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő nők esetében a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult (7. táblázat).

Vizsgáltuk a magas házastársi stresszt a klinikai depresszió (mint kezelt betegség) kockázati tényezőjeként is (8–9. táblázat). Itt is markáns nemi különbségeket figyelhetünk meg: a magas házastársi stressz több mint kétszeresére növeli annak esélyét, hogy egy nő depresszió miatt orvoshoz forduljon, férfiak esetében viszont nem növeli szignifikáns mértékben ennek valószínűségét.

Vizsgáltuk a magasvérnyomás-betegek között a Rövidített Beck Depresszió Skála alapján megkülönböztetett depressziókategóriák előfordulását is (10. táblázat). Figyelemre méltó nemi különbségekkel találkozhatunk. A magasvérnyomás-beteg férfiak (N = 343) 26,6%-a a Rövidített Beck Depresszió Skála alapján (enyhe, közepes, vagy súlyos mértékben) depressziós. Közülük viszont depresszió miatt csak 19-en kaptak kezelést, azaz 5,5%-uk. Összességében a magasvérnyomás-beteg nők (N = 300) 23,3%-a depressziós (N = 70), és depresszió miatt kezelést kapott közülük

8. táblázat. A magas házastársi stressz mint a kezelt depresszió kockázati tényezője férfiaknál

	Kezelt depresszió		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,05	1,02–1,09	**
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,41	0,15–1,12	NS
SES(3)	0,35	0,12–0,98	*
SES(4)	0,95	0,39–2,33	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,01	0,94–1,09	NS
Hány évig dohányzott?	1,00	0,98–1,03	NS
Alkohol (0–4)	0,93	0,74–1,17	NS
Milyen gyakran sportolt? (0–6)	0,96	0,82–1,12	NS
Házastársi stressz (magas)	1,34	0,59–3,05	NS

*p<0,05; **p<0,01; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges férfiak

9. táblázat. A magas házastársi stressz mint a kezelt depresszió kockázati tényezője nőknél

	Kezelt depresszió		
	OR ⁺	95%-os konfidencia-intervallum	p
Életkor	1,01	0,98–1,03	NS
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	1,10	0,53–2,29	NS
SES(3)	1,19	0,62–2,26	NS
SES(4)	1,10	0,57–2,13	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,07	1,03–1,11	**
Hány évig dohányzott?	1,01	0,99–1,03	NS
Alkohol (0–4)	0,81	0,62–1,05	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,95	0,86–1,06	NS
Házastársi stressz (magas)	2,34	1,48–3,72	***

p<0,01; *p<0,001; NS: nem szignifikáns; + referenciakategória: egészséges nők

31 nő, azaz 10,3%-uk. Tehát itt is megtalálhatjuk a szakirodalomban a depresszió előfordulására oly gyakran leírt 2:1-es nő:férfi arányt. Látnunk kell azonban, hogy ez az arány a kezelt depresszióra, vagyis a depresszió miatti orvoshoz fordulásra vonatkozik, és nem a depressziós tünetek gyakoriságára.

10. táblázat. A Rövidített Beck Depresszió Skála alapján megkülönböztetett depressziókatóriák megoszlása a magasvérnyomás-beteg férfiak és nők körében

	Férfiak	Nők
Nincs depresszió	246 (73,4%)	224 (76,2%)
Enyhe depresszió	63 (18,8%)	43 (14,6%)
Közepes depresszió	21 (6,3%)	12 (4,1%)
Súlyos depresszió	5 (1,5%)	15 (5,1%)

4. MEGBESZÉLÉS

Vizsgálataink alapján a házastársi stressz férfiak esetében a hagyományos kockázati tényezőktől (életkor, szocioökonómiai státus, dohányzás, alkoholfogyasztás, testtömegindex, mozgáshiány) függetlenül a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult. Ugyanakkor, ha a depressziós tünettöveget is betettük a modellbe, a házastársi stressz füg-

getlen kockázatnövelő szerepét átvette a depressziós tünetegyüttes. Tehát férfiaknál a magas házastársi stressz magasvérnyomás-betegségre vonatkozó kockázatnövelő hatása a depressziós tünetegyüttes közvetítésével valósul meg. A depressziós tünetegyüttes nők esetében is a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult, a házastársi stressz viszont nem. A magas házastársi stressz nők esetében ugyanakkor a depresszió miatti orvoshoz fordulás esélyét növelte szignifikáns mértékben, míg a férfiakra ez nem állt.

A kutatók véleménye eltér a tekintetben, hogy a házastársi stressz és a depresszió összefüggéseiben vannak-e nemi különbségek. Egyes szerzők állítják ugyanis, hogy a nőknek fontosabbak a kapcsolatok, mint a férfiaknak (Cross és Madson, 1997), nők körében a házastársi stressz szorosabb kapcsolatban áll a depressziós tünetekkel, mint férfiak körében (O’Learly és mtsai, 1994), és nők körében a házastársi stressz szorosabb összefüggést mutat a depressziós tünetekkel, mint a munkastressz (Balog és mtsai, 2003). Ugyanakkor számos epidemiológiai vizsgálat bizonyítja azt a tényt, hogy nők között a depressziós tünetegyüttes, ezen belül is a major depresszió előfordulása jelentősen, de legalább kétszer gyakoribb, mint a férfiak körében (Kuehner, 2003; Purebl és Balog, 2008). Vizsgálatainkban a nemi különbségek mélyebb megértése érdekében többváltozós modellben elemeztük a házastársi stressz, a magasvérnyomás-betegség és a depresszió összefüggéseit mindkét nem körében. Így a nemi különbségek finomabb összefüggéseire is rálátást nyerhettünk. Igaz ugyan, hogy a mi eredményeink is mutatták a depresszió előfordulása tekintetében a szakirodalomból jól ismert 2:1-es nő:férfi arányt (a magasvérnyomás-betegek között is!), de hangsúlyoznánk, hogy itt a kezelt depresszióról, vagyis a depresszió miatti orvoshoz fordulásról beszélünk, és nem a depressziós tünetek jelenlétéről. Az is igaz, hogy a magasvérnyomás-betegek esetében a súlyos depressziós tünetegyüttes a nők körében volt gyakoribb, de az enyhe, illetve közepes mértékű depressziós tünetegyüttes (mely ugyancsak növeli a szív- és érrendszeri betegségek esélyét) nagyobb gyakorisággal fordult elő férfiak körében.

Egy korábbi tanulmány állítása szerint a nőknél a házastársi kapcsolat minősége erőteljesebb prediktív tényező a depresszióra vonatkozólag, mint a férfiaknál (Fincham és mtsai, 1997). A kezelt depresszióra vonatkoztatva mi is azt találtuk, hogy a magas házastársi stressz majdnem két és félszeresére növelte annak valószínűségét, hogy egy nő depressziója miatt orvoshoz forduljon, férfiak esetében viszont nem volt e tekintetben a házastársi stressznek kockázatnövelő hatása. Mégis, hogy a nőknél a házastársi kapcsolat minősége erőteljesebb prediktív tényező a depresszióra vonatkozóan, mint a férfiaknál – tanulmányunk alapján megtévesztő konklúzió

lenne. Hiszen nem hunyhatunk szemet azon eredményeink felett, melyek azt mutatták, hogy a házastársi stressz férfiak esetében is együtt járt a depressziós tünetek számának növekedésével. Valószínű tehát, hogy a depressziós tüneteket a férfiak nem ismerik fel, tehát kezeletlen marad. A depresszióban észlelhető nemi különbségeket magyarázó artefakt-elméletek szerint is egyrészt a férfiak sokkal kevésbé keresnek orvosi segítséget depresszív panaszuk miatt, mint a nők (ezért kevesebb depresszióért regisztrálnak közülük), másrészt pedig a férfiak depressziós tünetei (ingerlékenység, csökkent frusztrációs tolerancia, antiszociális megnyilvánulások) a nők tüneteitől eltérőek, a depresszió diagnosztikus kritériumai pedig ma inkább a nők tüneteinek alapulnak (Rutz, 2001; Purebl és Balog, 2008).

A depresszió az egészségkárosító magatartásoktól (mint például a dohányzás és a mértéktelen evés) függetlenül is növeli a magasvérnyomás-betegség előfordulási gyakoriságát (Jonas és mtsai, 1997; Dimsdale, 1997; Davidson és mtsai, 2000; Balog, 2006b), ugyanakkor azt is érdemes kiemelnünk, hogy a depresszió gyakran jár együtt egészségkárosító magatartással. A depresszió és az egészségkárosító magatartások vonatkozásában tehát kölcsönös okságot feltételezhetünk. Vagyis minél depressziósabb valaki, annál nagyobb valószínűséggel lesz fizikailag kevésbé aktív, de fordítva is: a mozgáshiány (mint a magasvérnyomás-betegség egyik kockázati tényezője) fokozza a depressziót, amely aztán tovább fokozza az aktivitás hiányát.

Saját eredményeink szerint a házastársi stressz férfiak esetében a magasvérnyomás-betegség, nők körében pedig a kezelt depresszió önálló – az egészségkárosító magatartástól független – kockázati tényezőjének bizonyult. Ugyanakkor férfiaknál a depresszió a regressziós modellben a házastársi stressz független kockázattövelő helyébe lép, és nők esetében is növeli a magasvérnyomás-betegség esélyét.

A depresszió és a magas vérnyomás pszichobiológiai háttértényezőinek áttekintésekor az emelkedett plakk-képződés és a módosult lipidmetabolizmus mellett találkozunk azzal az összefüggéssel is, hogy a depresszió emelkedett szimpatikus aktivitással, magas kortizolszinttel és emelkedett vérnyomásértékekkel jár együtt (Sesso és mtsai, 1998). A miokardiális infarktuson átesett depressziós betegek mortalitását egy tanulmány a depresszió következményeként alacsonyabb szívritmus-variabilitással hozza összefüggésbe (Carney és mtsai, 2001). Ez lehetne tehát egy másik lehetséges pszichobiológiai háttér a magas vérnyomás és depresszió közötti összefüggések magyarázatára. Sőt, itt nemi különbségeket is leírtak: a depresszió férfiak körében alacsonyabb szívritmus-variabilitással járt, mint a nők körében (Thayer és mtsai, 1998). Ez tehát az egyik lehetséges magya-

rázat arra, hogy a depresszió férfiaknál a szív- és érrendszeri betegségek súlyosabb kockázati tényezője, mint a nőknél.

A pszichobiológiai háttértényezők áttekintésekor az emelkedett plakk-képződés és a módosult lipidmetabolizmus mellett találkozunk azzal az összefüggéssel is, hogy a depresszió emelkedett szimpatikus aktivitással, magas kortizolszinttel és emelkedett vérnyomásértékekkel jár együtt (Sesso és mtsai, 1998). Scherrer és munkatársai (2003) felteszik a kérdést: nem lehetséges-e, hogy a depresszió és a magas vérnyomás nem ok-okozati összefüggésben állnak egymással, hanem pusztán közös etiológiával rendelkeznek. Vagyis a depresszió, a magas vérnyomás és a szívbetegségek gyakori együttes előfordulása esetleg további faktoroknak volna betudható (pl. genetikai és környezeti hatások). Jóllehet ikerkutatásuk eredményei csak középkorú férfiakra általánosíthatóak, hangsúlyozzák, hogy a depresszió, a magas vérnyomás és a szívbetegségek összefüggéseiben a közös genetikai vulnerabilitás jelentős. Ez a kérdés nyitva marad számunkra, az azonban eredményeink alapján bizonyos, hogy a magas házastársi stressz mind a férfiak, mind a nők esetében – életkortól és szocioökonómiai státustól függetlenül – növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát. Nők esetében ugyanakkor a rossz házastársi kapcsolat a klinikai depresszió, illetve depresszió miatti orvoshoz fordulás – férfiak esetében a depressziós tünetek közvetítésével – a magasvérnyomás-betegség önálló rizikófaktora. Ugyanakkor eredményeink szerint mind a nők, mind a férfiak esetében a depressziós tünetegyüttes a magasvérnyomás-betegség hagyományos kockázati tényezőktől független kockázati tényezőjének bizonyult. Mind az enyhe, mind a közepes szintű depresszió nagyobb gyakorisággal fordult elő a magasvérnyomás-beteg férfiak, mint nők körében, viszont a súlyos depresszió a magasvérnyomás-beteg nők körében volt gyakoribb. Ez tehát egyrészt érthetővé teszi az orvoshoz fordulásban megjelenő különbségeket, másrészt viszont érdemes kiemelnünk, hogy a szív- és érrendszeri betegségek tekintetében az enyhe depresszió is ugyanolyan fontos kockázati tényező, akárcsak a súlyos depresszió, tehát a férfiak e tekintetben is megjelenő nagyobb sérülékenységet hangsúlyoznánk.

Vizsgálatunk korlátai között kell említünk, hogy a vizsgálat keresztmetszeti jellege nem ad lehetőséget oksági viszonyok megállapítására. Meg kell jegyezzük továbbá azt is, hogy epidemiológiai vizsgálatunkban az egyes betegségek tekintetében adataink finomabb analízisre nem alkalmasak, mivel sem pontos diagnózis, sem pontos súlyossági kategóriák nem állnak rendelkezésre. Hasonlóképpen az egyes betegségek kezeléséről sem állnak rendelkezésünkre pontosabb adatok (például, hogy részesült-e egy

depressziós beteg gyógyszeres kezelésben – és ha igen, milyen gyógyszerrel – és/ vagy pszichoterápiában).

Mivel mind a házastársi stressz, mind a depresszió a (gyógyszerrel, pszichoterápiával, családterápiával) kezelhető változók közé tartozik, befejezőként annak a korábbi tanulmánynak (Hafner és mtsai, 1983) ma is aktuális konklúzióját ismételnénk és hangsúlyoznánk, miszerint az esszenciális magasvérnyomás-betegségben szenvedők (és kiegészítenénk: minden szív- és érrendszeri beteg) vizsgálatánál a klinikusok feltehetnének egy, a házastársi/élettársi kapcsolat minőségére vonatkozó rutinkérdést.

Köszönetnyilvánítások: A tanulmány az OTKA K73754, az NKFP 1/002/2001, és az IN-NOTCSE OMF00701/2009 pályázatok támogatásával készült.

IRODALOM

- Baker, B., Paquette, M., Szalai, J.P., Driver, H., Perger, T., Helmers, K., O’Kelly, B., Tobe, S. (2000): The influence of marital adjustment on 3-year left ventricular mass and ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 160: 3453–3458.
- Baker, B., Szalai, J.P., Paquette, M., Tobe, S. (2003): Marital support, spousal contact and the course of mild hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (3): 229–233.
- Balog P. (2006a): Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In: Kopp M.S., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 233–245.
- Balog P. (2006b): A szív-és érrendszeri betegek életminősége. In: Kopp M.S., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 444–466.
- Balog P. (2008): A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M.S. (szerk.). *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 240–249.
- Balog P., Janszky I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S.P., Orth-Gomer, K. (2003): Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 113–119.
- Balog P., Mészáros E. (2005): A házastársi stressz, a depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggései nőknél. *Lege Artis Medicinae*, 15 (8–9): 685–692.
- Balog P., Székely A., Szabó G., Kopp M. (2006): A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7: 193–203.
- Beach, S.R.H., Fincham, F.D., Katz, J. (1998): Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18: 635–661.
- Carney, R., Blumenthal, J., Stein, P.K., Watkins, L., Catellier, B., Berkman, L.F., Czajkowski, S.M., O’Connor, C., Stonem, P.H., Freedland, K.E. (2001): Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation*, 104: 2024–2028.

- Cross, S.E., Madson, L. (1997): Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122: 5–37.
- Davidson, K., Jonas, B.S., Dixon, K.E., Markovitz, J.H. (2000): Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study. *Archives of Internal Medicine*, 160: 1495–1500.
- Dimsdale, J.E. (1997): Symptoms of anxiety and depression as precursors to hypertension. *Journal of the American Medical Association*, 277: 574–575.
- Fincham, F.D., Beach, S.R. (1999): Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50: 47–77.
- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T., Osborne, L.N. (1997): Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8 (5): 351–357.
- Grewen, K.M., Anderson, B.J., Girdler, S.S., Light, K.C. (2003): Warm partner contact is related to lower cardiovascular reactivity. *Behavioral Medicine*, 29 (3): 123–130.
- Grewen, K.M., Girdler, S.S., Light, K.C. (2005): Relationship quality: effects on ambulatory blood pressure and negative affect in a biracial sample of men and women. *Blood Pressure Monitoring*, 10 (3): 117–124.
- Hafner, R.J., Chalmers, J.P., Swift, H., Graham, J.R., West, M.J., Wing, L.M. (1983): Marital interaction and adjustment in patients with essential hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 5 (1): 119–131.
- Holt-Lunstad, J., Uchinob, B.N., Smith, T.W., Olson-Cerny, C., Nealey-Moore, J.B. (2003): Social relationships and ambulatory blood pressure: structural and qualitative predictors of cardiovascular function during everyday social interactions. *Health Psychology*, 22 (4): 388–397.
- Jonas, B.S., Franks, P., Ingram, D.D. (1997): Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Archives of Family Medicine*, 6: 43–49.
- Kiekolt-Glaser, J.K., Newton, T.L. (2001): Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4): 472–503.
- Kopp M.S., Rethelyi J. (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62 (5): 351–367.
- Kopp M.S., Skrabski Á. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok módszertana. *Végeken*, 2: 4–24.
- Kopp M.S., Skrabski A., Rethelyi J., Kawachi, I., Adler, N. E. (2004): Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30 (2): 65–70.
- Kopp M.S., Skrabski Á., Szanto Zs., Siegrist, J. (2006): Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 782–788.
- Kuehner, C. (2003): Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108: 163–174.
- Light, K.C., Grewen, K.M., Amico, J.A. (2005): More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biological Psychology*, 69 (1): 5–21.
- Markovitz, J.H., Matthews, K.A., Kannel, W.B., Cobb, J.L., D'Agustino, R.B. (1993): Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. *The Journal of the American Medical Association*, 270: 2439–2443.

- Mayne, T., O'Leary, A., McCrady, B., Contrada, R., Labouvie, E. (1997): The differential effects of acute marital distress on emotional, physiological and immune functions in maritally distressed men and women. *Psychology and Health*, 12 (2): 277–288.
- Morell, M.A., Apple, R.F. (1990): Affect expression, marital satisfaction, and stress reactivity among premenopausal women during a conflictual marital discussion. *Psychology of Women Quarterly*, 14 (3): 387–402.
- Newton, T.L., Sanford, J.M. (2003): Conflict structure moderates associations between cardiovascular reactivity and negative marital interaction. *Health Psychology*, 22 (3): 270–278.
- O'Leary, K.D., Christian, J.L., Mendell, N.R. (1994): A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13: 33–41.
- Orth-Gomér, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Schenk-Gustafsson, K., Schneiderman, N., Mittleman, M.A. (2000): Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of the American Medical Association*, 284 (23): 3008–3014.
- Purebl Gy., Balog P. (2008): A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M.S. (szerk.). *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 584–591.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M.S. (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18: 83–94.
- Rózsa S., Szádóczy E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Rutz, W. (2001): Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62: 123–129.
- Scherrer, J.F., Xian, H., Bucholz, K.K., Eisen, S.A., Lyons, M.J., Goldberg, J., Tsuang, M., True, W.R. (2003): A twin study of depressive symptoms, hypertension, and heart disease in middle-aged men. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4): 548–557.
- Schröder, B., Hahlweg, K., Fiedler, P., Mundt, C. (1996): Marital interaction in couples with a depressed or a schizophrenic patient. In: Mundt, C., Goldstein, M.J., Hahlweg, K., Fiedler, P. (Eds). *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. Gaskell/Royal College of Psychiatrists, Heidelberg, 257–276.
- Sesso, H.D., Kawachi, I., Vokonas, P.S., Sparrow, D. (1998): Depression and the risk of coronary heart disease in the Normative Aging Study. *American Journal of Cardiology*, 82: 851–856.
- Skrabski Á., Kopp M.S., Kawachi, I. (2004): Social capital and collective efficacy in Hungary. Cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 340–345.
- Smith, T.W., Gallo, L.C. (1999): Hostility and cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychosomatic Medicine*, 61 (4): 436–445.
- Thayer, J.F., Smith, M., Rossy, L.A., Sollers, J.J., Friedman, B.H. (1998): Heart period variability and depressive symptoms: gender differences. *Biological Psychiatry*, 44: 304–306.
- Theorell, T. (1990): Family history of hypertension: an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 16 (1): 74–79.
- Wishman, M.A. (1999): Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4): 701–706.

BALOG, PIROSKA – DÉGI L., CSABA – SZABÓ, GÁBOR –
SUSÁNSZKY, ANNA – STAUDER, ADRIENNE –
SZÉKELY, ANDREA – FALGER, PAUL – KOPP, MÁRIA

HYPERTENSION OR DEPRESSION? IN BAD MARRIAGES, MEN MAY REACT DIFFERENTLY THAN WOMEN

The aim of this study was to clarify the association of marital distress with hypertension and depression, based on a representative health survey, the Hungarostudy 2002. We analyzed data on all men and women younger than age 65, who were married or cohabitating and economically active at the time of examination. Marital distress (shortened Stockholm Marital Stress Scale) and depressive symptoms (shortened Beck Depression Inventory) were included in the survey. All subjects who during the past year had been diagnosed by a physician as suffering from hypertension or depression, and had been treated accordingly (self-report), were classified as "hypertensive" or "depressed". Hierarchical logistic regression analyses evaluated the effects of marital distress on hypertensive or depressed subjects, compared to controls who did not report health complaints. Analyses were adjusted for age, education, SES, BMI, and lifestyle (smoking, alcohol use and physical activity). Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated. In men, but not in women, marital distress was independently associated with current treatment for hypertension. A man having a bad marriage runs a double risk of being treated for hypertension, compared to having a good marriage. In women, but not in men, marital distress was associated with elevated risk of treatment for depression. A woman having a bad marriage runs more than a double risk of being treated for depression, compared to living a good marriage. Based on these data, in men, marital distress was independently associated with elevated risk for hypertension treatment, whereas in women, marital distress was independently associated with risk for depression treatment.

Keywords: marital distress, gender differences, hypertension treatment, depression treatment