

Poziom funkcjonowania związku (małżeńskiego/partnerskiego) a zaburzenia lękowe u partnerów

The quality of their relationship and anxiety disorders in intimate partners

Piotr Pankiewicz¹,
Mikołaj Majkowicz²,
Grzegorz Krzykowski³,
Magdalena Z. Podolska⁴

¹Katedra i Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Zakład Jakości Życia, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

³Instytut Informatyki, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

⁴NZO Meditest, Diagnostyka Medyczna, Szczecin

STRESZCZENIE

Celem niniejszej pracy było wyjaśnienie, czy i w jakim stopniu zaburzenia lękowe oceniane klinicznie i w skali oceny lęku Spielberga — lęk–stan (STAI), występujące u jednego z partnerów lub obydwu partnerów mają wpływ na funkcjonowanie małżeństwa.

W badaniu brało udział 85 par, w których: 1) mężczyźni cierpieli na zaburzenia lękowe, kobiety były wolne od takich zaburzeń — $F^{(-)}M^{(+)}$, $n = 20$; 2) kobiety cierpiały na zaburzenia lękowe, mężczyźni byli wolni od takich zaburzeń — $F^{(+)}M^{(-)}$; 3) oboje partnerzy cierpieli na zaburzenia lękowe — $F^{(+)}M^{(+)}$. Jakość małżeństwa oceniana była przez oboje partnerów za pomocą trzech następujących kwestionariuszy: 1) Skala Powodzenia Małżeństwa (SPM); 2) Skala Spanera DAS(DAS); 3) Skala Dopasowania Rodziny (FAS).

W przypadku skali SPM, kobiety z grupy $F^{(-)}M^{(+)}$ oceniły swoje małżeństwo wyżej niż kobiety w pozostałych grupach. Jakość małżeństwa oceniana przez mężczyzn była najniższa w grupie $F^{(+)}M^{(+)}$. W przypadku skali DAS, zarówno kobiety jak i mężczyźni niecierpiący na zaburzenia lękowe ocenili swoje małżeństwo wyżej niż inni badani. Badana grupa nie różniła się istotnie w zakresie średnich wartości uzyskanych w skali FAS.

Brakuje analizy wieloczynnikowej, biorącej pod uwagę skutki poszczególnych zaburzeń lękowych. Obecność zaburzeń lękowych u przynajmniej jednego partnera wpływa negatywnie na ocenę jakości związku, Związki, w których to kobieta cierpi na zaburzenia lękowe, oceniono jako najbardziej stabilne.

Dlatego celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu zaburzenia lękowe dotyczące jednego lub obojga partnerów oceniane klinicznie oraz za pomocą skali lęku Spielberga (STAI), mają wpływ na funkcjonowanie małżeństwa.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 1, 29–36

słowa kluczowe: lęk, partnerstwo, para, małżeństwo, relacje

Adres do korespondencji:

dr n. med. Piotr Pankiewicz
Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń
Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: +48 58 349–26–50
e-mail: pankiew@gumed.edu.pl

ABSTRACT

For above reasons the aim of this work was to clarify whether and to what extent anxiety disorders evaluated clinically and according to the Spielberger STAI scale, affecting one partner or both partners have an impact on the functioning of marriage.

This study included 85 couples, where: 1) the male partner suffered from an anxiety disorder and female partner was free from this type of disorder ($F^{(-)}M^{(+)}$, $n = 20$); 2) the female partner suffered from an anxiety disorder and the male partner was free from this type of disorder ($F^{(+)}M^{(-)}$; $n = 40$); 3) both partners were affected with anxiety disorders ($F^{(+)}M^{(+)}$, $n = 25$). The quality of the relationship was assessed by both partners using three different scales: 1) Marriage Success Scale (SPM), 2) Dyadic Adjustment Scale (DAS), and 3) Family Affluence Scale (FAS).

In case of the SPM scale, women from $F^{(-)}M^{(+)}$ group evaluated their marriages significantly compared to other groups. In case of males, the self-evaluated quality of marriage was the lowest in the case of individuals from $F^{(+)}M^{(+)}$ group. In case of the DAS scale, women and men being free from anxiety disorders assessed the quality of their relationships significantly higher than other participants. The analyzed groups did not differ significantly in terms of mean values scored in the FAS scale.

The lack of a multifactorial analysis taking into account the effects of a variety of anxiety disorders.

The presence of anxiety disorders in at least one partner negatively affects the quality of partner relationship. The couples where the female partners are affected are particularly fragile.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 1, 29–36

key words: anxiety, cohabitation, couple, marriage, relationship

WSTĘP

Lęk w psychiatrii klinicznej interpretujemy jako zespół objawów psychicznych, behawioralnych i wegetatywno-somatycznych. Wyniki wielu badań wykazują, że oprócz skutków psychosomatycznych zaburzenia lękowe wywierają także niekorzystny wpływ na społeczne funkcjonowanie pacjenta. Wiedza na temat roli zaburzeń lękowych występujących u jednego lub obojga partnerów w związku (małżeńskim lub nieformalnym) jest wciąż niewielka [1–2].

Związek pomiędzy relacjami rodzinnymi a występowaniem zaburzeń lękowych jest dwukierunkowy: dolegliwości psychiczne wpływają niekorzystnie na stosunki panujące wśród bliskich sobie osób, natomiast relacje partnerskie pacjenta w istotny sposób modyfikują przebieg jego choroby [3–4]. Są dowody, które wskazują, że osoby z zaburzeniami lę-

kowymi przejawiają trudności w relacjach interpersonalnych, przede wszystkim z osobami bliskimi sobie [5–6]. Wyniki badań sugerują, że występowanie zaburzeń psychicznych koreluje z częstością rozpadu małżeństwa; jednak zastosowane modele eksperymentalne nie rozstrzygają, czy choroba była przyczyną, czy też konsekwencją rozpadu związku [7–11].

Można postawić tezę, że w związku dochodzi również do transmisji lęku między małżonkami lub partnerami. Istnienie takiego zjawiska potwierdzono wielokrotnie w przypadku krewnych pierwszego stopnia [12–13].

Wyniki nielicznych badań dowodzą, że związki, w których jeden lub oboje partnerów cierpią dotychczas na zaburzenia lękowe i fobie, cechują się gorszą jakością. Nie rozstrzygnięto jednak, czy gorsza jakość dotyczy związków, w których zaburzenia lękowe wy-

stępują u mężczyzn czy też u kobiet [5, 12, 14–15]. Nie można wykluczyć, że zmienność w tej kwestii dotychczasowych wyników nielicznych badań wynikała z rodzaju zaburzeń lękowych występujących u ich uczestników [5, 15–16]. Uznaje się generalnie, że występowanie lęku u obojga partnerów wiąże się z lepszą oceną związku niż w przypadku zaburzenia dotyczącego tylko jednej osoby; jednak wyniki dotychczasowych badań w tym przedmiocie również nie są jednoznaczne [12].

W obliczu obserwowanego w ostatnich latach narastającego kryzysu instytucji związków partnerskich, powyższe kwestie domagają się rozstrzygnięcia. Wiedza szczegółowa na temat czynników determinujących niekorzystny wpływ zaburzeń lękowych może być wykorzystana przy planowaniu wsparcia w poradniach rodzinnych [1, 17]. Wynik badania przeprowadzonego przez autorów niniejszej pracy [18] potwierdził, że występowanie zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów wpływa niekorzystnie na jakość związku. Wykazano, że ze szczególnym zagrożeniem związku wiąże się występowanie zaburzeń lękowych u kobiet.

Zrozumienie relacji pomiędzy funkcjonowaniem związku a występowaniem stanu lękowego u jednego z partnerów może się również okazać przydatne w terapii tego typu schorzeń. Celem niniejszej pracy z powyższych względów stało się wyjaśnienie, czy i w jakim stopniu oceniane klinicznie i w skali lęku Spielberga (według polskiego Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI, będącego adaptacją amerykańskiego testu *State Trait Anxiety Inventory*) zaburzenia lękowe występujące u jednego lub obojga partnerów mają wpływ na funkcjonowanie małżeństwa.

MATERIAŁ I METODY

Uczestnicy

Badanie, które objęło pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychiczych Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, a także w innych szpitalach psy-

chiatrycznych (Szpitalu Psychiatrycznym w Starogardzie Gdańskim, Sanatorium Psychiatrycznym we Fromborku), ponadto pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaniem zaburzeń lęku panicznego i lęku uogólnionego oraz ich partnerów/małżonków, przeprowadzono w latach 1999–2004. Łącznie w badaniu wzięło udział 170 osób (85 par).

Projekt badania został zaakceptowany przez Lokalną Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku. Wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą pisemną zgodę na udział w badaniu.

Kryterium kwalifikacji stanowiło występowanie u jednego lub obojga partnerów zaburzeń lękowych panicznych lub uogólnionych, rozpoznanych na podstawie badania klinicznego i zgodnych z kryteriami ICD-10. Kryteria wykluczenia obejmowały wiek poniżej 18 i powyżej 80 lat, występowanie zaburzeń poznawczych utrudniających wypełnienie kwestionariuszy wykorzystywanych w badaniu, współwystępowanie przewlekłych schorzeń psychicznych lub somatycznych, występowanie zmian organicznych w mózgu, oraz udokumentowane uzależnienie od alkoholu, leków i innych substancji.

Oprócz małżeństw ($n = 68$) w badaniu uwzględniono 17 par pozostających w związku nieformalnym. Średni wiek mężczyzn i kobiet uczestniczących w badaniu wyniósł odpowiednio $39,7 \pm 9,7$ i $37,3 \pm 10,0$ lat ($p < 0,05$). Rozkład poziomu wykształcenia i statusu zawodowego uczestników badania przedstawiono w tabeli 1.

W badanej grupie znalazło się 45 mężczyzn i 65 kobiet z zaburzeniami lękowymi. Średni wiek rozpoznania zaburzeń lękowych u mężczyzn i kobiet wyniósł odpowiednio $34,8 \pm 11,3$ i $30,2 \pm 7,3$ roku ($p > 0,05$), a średni czas trwania dolegliwości odpowiednio $6,5 \pm 4,8$ i $6,8 \pm 4,1$ roku ($p > 0,05$).

Analiza danych

Na podstawie występowania zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów, wśród

Tabela 1

Rozkład poziomu wykształcenia i statusu zawodowego uczestników badania

Zmienna	Mężczyźni		Kobiety		Wartość p
	N	%	N	%	
Wykształcenie					
Podstawowe	27	31,8	15	17,6	0,005
Średnie	23	27,1	43	50,6	
Wyższe	35	41,2	27	31,8	
Zatrudnienie					
Pracuje	49	57,6	66	77,6	0,001
Renta/emerytura	13	15,3	14	16,5	
Nie pracuje	23	27,1	5	5,9	

badanych związków wyodrębniono trzy grupy, a mianowicie związki, w których: 1) mężczyzna cierpiał na zaburzenia lękowe, a u kobiety nie stwierdzono obecności zaburzeń lękowych ($K^{(-)}M^{(+)}$; $n = 20$), 2) kobieta cierpiała na zaburzenia lękowe, a u mężczyzny nie stwierdzono zaburzeń lękowych ($K^{(+)}M^{(-)}$; $n = 40$), 3) zaburzenia lękowe stwierdzono u obojga partnerów ($K^{(+)}M^{(+)}$; $n = 25$). Podobną procedurę zastosowano w oparciu o wyniki uzyskane przy wykorzystaniu kwestionariusza STAI — Inwentarza Stanu i Cechy Lęku autorstwa Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a, w polskiej adaptacji Spielbergera, Strelaua, Tysarczyk i Wrześniewskiego [19]. Do analizy przyjęto wyniki w skali lęk jako stan (lęk-stan). Jako granicę podziału na grupy o niskim i wysokim poziomie lęku-stanu przyjęto wartość mediany.

Następnie porównano poziom funkcjonowania związku w poszczególnych grupach, korzystając z trzech skali pomiarowych: 1) Skali Powodzenia Małżeństwa — SPM [20], 2) Skali Dostosowania w Diadzie — DAS, *Dyadic Adjustment Scale* [21], oraz 3) Skali Postaw Rodziny — FAS, *The Family Attitude Scale* [22].

Analiza statystyczna

Zmienne ciągłe przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych i odchyleń standardowych. Normalność rozkładu zmiennych ciągłych weryfikowano przy użyciu testu

Kołmogorowa-Smirnowa. Wartości średnie pomiędzy grupami porównano przy pomocy analizy wariancji ANOVA i testu *post-hoc* Tukeya. Rozkłady zmiennych skokowych porównano przy pomocy testu chi-kwadrat Pearsona. Wszystkie obliczenia wykonano przy pomocy pakietu Statistica 7 (StatSoft®, Polska), jako poziom istotności przyjmując $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Skala Powodzenia Małżeństwa (SPM)

Wśród kobiet, poziom swojego związku znamienne wyżej oceniały respondentki wolne od zaburzeń lękowych pozostające w związku z partnerami, u których występowały tego typu zaburzenia ($K^{(-)}M^{(+)}$). Natomiast mężczyźni z zaburzeniami lękowymi pozostający w związku z partnerkami obciążonymi podobnym schorzeniem ($K^{(+)}M^{(+)}$) oceniali swoje relacje partnerskie znamienne gorzej niż pozostałe dwie grupy. W żadnej z grup nie stwierdzono znamienych różnic pomiędzy partnerami w zakresie oceny jakości związku (tab. 2A).

Podobne różnice w grupie kobiet wystąpiły przy zastosowaniu podziału w oparciu o pomiar lęku-stanu za pomocą kwestionariusza STAI. Istotnie statystycznie wyżej poziom powodzenia w życiu małżeńskim oceniały kobiety z niskim lękiem-stanem niezależnie od tego, czy u mężczyzny występował podwyższony lęk-stan, czy też nie. Natomiast mężczyźni z niskim poziomem lęku-stanu będący w związku z kobietami z lękiem wyżej oceniali powodzenie małżeństwa niż ich partnerki/żony (tab. 2B).

Skala Dostosowania w Diadzie (DAS)

Jakość swojego związku znamienne wyżej oceniały kobiety i mężczyźni, u których nie występowały zaburzenia lękowe (kobiety z grupy $K^{(-)}M^{(+)}$ oraz mężczyźni z grupy $K^{(+)}M^{(-)}$). W obu przypadkach, ocena jakości związku była znamienne wyższa od oceny wystawionej przez partnera cierpiącego na zaburzenie lękowe. Istotnych różnic w ocenie jakości zwią-

Tabela 2

Wartości Skali Oceny Matężństwa (SMP) u respondentów obu płci w zależności od występowania zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów

A. Kliniczna ocena lęku

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 40)	23	9,0	27	7,8	-4	7,6
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 20)	28*	10,1	27	9,4	1	9,3
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 25)	22	8,3	21**	9,4	1	8,1

*istotnie wyższe v. K⁽⁺⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05), wyższe v. K⁽⁺⁾M⁽⁻⁾ (p = 0.065); **istotnie niższe v. K⁽⁺⁾M⁽⁻⁾ (p < 0,05) oraz K⁽⁻⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05)

B. Ocena lęku-stanu w skali STAI

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 15)	20,5	7,9	25,2	7,8	-4 [†]	8,3
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 15)	27,4*	8,2	26,1	9,4	1	8,3
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 11)	20,2	11,1	25,2	9,4	1	14,9

*istotnie wyższe v. K⁽⁺⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05), oraz v. K⁽⁺⁾M⁽⁻⁾

[†]istotna różnica w ocenie kobiet i mężczyzn (p < 0,05)

Tabela 3

Wartości Skali Dostosowania w Diadzie (DAS) u respondentów obu płci w zależności od występowania zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów

A. Kliniczna ocena lęku

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 40)	102	28,2	129**	40,1	-27 [†]	53,4
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 20)	117*	32,7	97	25,9	20 [†]	44,9
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 25)	97	22,9	111	33,1	-14	37,0

*istotnie wyższe v. K⁽⁺⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05); **istotnie wyższe w stosunku do K⁽⁻⁾M⁽⁺⁾ oraz K⁽⁺⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05); [†]istotna różnica w ocenie kobiet i mężczyzn (p < 0,05)

B. Ocena lęku-stanu w skali STAI

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 16)	102,2	32,3	100,8	15,5	1,37	14,6
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 20)	103,0	23,2	104,2	25,2	-1,2	31,7
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 11)	119,8	37,4	99,9	24,9	19,9 [†]	28,1

[†]istotna różnica w ocenie kobiet i mężczyzn (p < 0,05)

ku nie stwierdzono natomiast w przypadku par, w których oboje partnerów cierpiało na zaburzenia lękowe (tab. 3A).

W grupie par, w których zarówno kobieta, jak i mężczyzna mieli podwyższony poziom lęku-stanu, kobiety istotnie wyżej oceniały jakość swego związku (tab. 3B).

Skala Postaw Rodziny (FAS)

Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn poszczególne grupy nie różniły się istotnie pod względem średnich wartości uzyskanych w Skali Postaw Rodziny. Natomiast w obrębie każdej grupy znamienne wyższe wartości uzyskiwały kobiety (tab. 4A).

Tabela 4

Wartości Skali Postaw Rodziny (FAS) u respondentów obu płci w zależności od występowania zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów

A. Kliniczna ocena lęku

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 40)	115	24,7	100	23,6	15,0*	24,9
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 20)	127	14,7	105	21,2	18,5*	15,7
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 25)	112	23,9	101	22,5	10,8*	19,3

*istotna różnica w ocenie kobiet i mężczyzn (p < 0,05)

B. Ocena lęku–stanu w skali STAI

Grupa	Kobiety		Mężczyźni		Różnica (K-M)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁻⁾ (n = 16)	114,8	24,2	106,6	20,1	8,25	23,6
K ⁽⁻⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 17)	127,1	14,4	140,6	16,8	16,5†	18,3
K ⁽⁺⁾ M ⁽⁺⁾ (n = 11)	107*	18,3	96,0	26,0	11,8*	18,9

*istotnie niższe v. K⁽⁻⁾M⁽⁺⁾ (p < 0,05);

†istotna różnica w ocenie kobiet i mężczyzn (p < 0,01)

Biorąc pod uwagę lęk–stan mierzony za pomocą skali STAI, stwierdzono, że kobiety o podwyższonym poziomie lęku–stanu, które pozostawały w związku z mężczyznami o również podwyższonym poziomie lęku–stanu, istotnie gorzej oceniały swoje relacje w rodzinie w porównaniu do związków, w których kobiety miały niższy poziom lęku–stanu (tab. 4B).

DYSKUSJA

Jak widać z załączonych tabel, kliniczna ocena zaburzeń lękowych lepiej różnicuje niż ocena lęku w skali Spielberga lęk–stan STAI. Zastosowanie Skali Powodzenia Małżeństwa pokazało, że w ocenie poziomu związku istotną rolę odgrywa występowanie zaburzeń lękowych wśród kobiet. Kobiety z zaburzeniami lękowymi oceniały znamiennie gorzej jakość własnych związków niż respondentki wolne od tego typu dolegliwości — także w przypadku braku zaburzeń lękowych u swoich partnerów. Natomiast mężczyźni z zaburzeniami lękowymi gorzej oceniali jakość związku wyłączenie w sytuacji, jeśli podobne zaburzenia występowały również u ich partnerek. Wydaje się więc, że to kobieta odgrywa kluczową rolę w budowaniu jakości związku partnerskiego

— również poprzez wsparcie partnera, u którego występują zaburzenia lękowe.

Negatywny wpływ występowania zaburzeń lękowych na jakość związku potwierdziły wyniki uzyskane przy użyciu Skali Dostosowania w Diadzie. Jednak w przypadku tego narzędzia, jedynym czynnikiem determinującym niższą ocenę związku było występowanie zaburzeń lękowych u respondenta. Sugeruje to, iż lęk jest czynnikiem wpływającym niekorzystnie na ogólny poziom samooceny.

Jeszcze inne wyniki uzyskano po zastosowaniu Skali Postaw Rodziny. W przypadku owego narzędzia, występowanie zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów nie wpływało na poziom oceny jakości związku; wykazano jedynie, że tę ostatnią wyżej oceniają kobiety.

Uzyskane przez autorów niniejszej pracy wyniki stanowią cenne uzupełnienie aktualnego stanu wiedzy na temat wpływu występowania zaburzeń lękowych na poziom związku. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na negatywny wpływ tego typu zaburzeń na funkcjonowanie związku partnerskiego. Tymczasem przeprowadzona obecnie analiza pogłębiła poziom tej wiedzy, wskazując, że jakość związku należy rozpatrywać dwu-

wymiarowo: z punktu widzenia osoby chorej oraz z perspektywy osoby zdrowej związanej z partnerem, u którego występują zaburzenia lękowe. W tym pierwszym przypadku, uzyskane przez autorów wyniki były zgodne z rezultatami wcześniej przeprowadzonych badań [5–6, 12, 14–15, 23] i potwierdziły, że osoby z zaburzeniami lękowymi oceniają jakość swojego związku niżej niż ludzie zdrowi (jako wewnętrzną grupę kontrolną uwzględniono wolnych od zaburzeń lękowych partnerów z grup $K^{(+)}M^{(-)}$ oraz $K^{(-)}M^{(+)}$). Obecnie wykazano jednak wpływ płci na poziom oceny związku, w którym jeden lub oboje partnerów cierpią na zaburzenia lękowe, co w w dotychczasowych badaniach było nieudokumentowane.

Wyniki niniejszego badania uwypukliły istotny problem związany z oceną wpływu zaburzeń lękowych na jakość związku, a mianowicie wartość użytych w tym celu skali pomiarowych. Wpływ płci na poziom oceny związku uwidocznił, wyłącznie stosując Skalę Powodzenia Małżeństwa — narzędzie dotyczące bardziej subiektywnych aspektów relacji międzyludzkich niż Skala Dostosowania w Diadzie czy Skala Postaw Rodziny. Skala Powodzenia Małżeństwa wymienia 46 czynników decydujących o powodzeniu małżeństwa. W pierwszym etapie badania respondent wskazuje te czynniki, które występują w jego małżeństwie (związek realny), w drugim zaznacza czynniki charakteryzujące jego zdaniem związek idealny. Wskaźnik powodzenia

małżeństwa określa się na podstawie procentowej zgodności listy czynników wybranych w odniesieniu do związku realnego z tymi wskazanymi w przypadku związku idealnego. Maksymalna wartość wskaźnika wynosi 100, co oznacza, że małżeństwo respondenta posiada wszystkie cechy, które przypisuje on związkowi idealnemu. Rzetelność narzędzia, sprawdzona metodą retestu, mieści się w przedziale 0,95–0,99 [20].

Obok wykorzystania kilku narzędzi dotyczących różnych aspektów funkcjonowania związku, niewątpliwą zaletę niniejszego badania stanowiła dość duża liczebność analizowanej próby. Pomimo wszystko była ona zbyt mała, by przeprowadzić analizę wieloczynnikową, z uwzględnieniem podgrup o różnym charakterze zaburzeń lękowych. Brak tego typu analizy może stanowić potencjalne ograniczenie uzyskanych przez autorów niniejszej pracy wyników, gdyż w świetle aktualnej wiedzy na poziom związku może wpływać nie tylko charakter zaburzeń lękowych, ale również ich etiologia [24].

Podsumowując, wynik badania autorów pracy potwierdził, że występowanie zaburzeń lękowych u jednego lub obojga partnerów wpływa niekorzystnie na jakość związku. Wykazano również, że ze szczególnym zagrożeniem związku wiąże się występowanie zaburzeń lękowych u kobiet; natomiast badania wpływu lęku na jakość związku powinny dotyczyć również jego subiektywnych aspektów.

PIŚMIENNICTWO

1. Halford W.K., Bouma R., Kelly A., McD Young R. Individual psychopathology and marital distress. Analyzing the association and implications for therapy. *Behav. Modif.* 1999; 23 (2):179–216.
2. Diamond G., Siqueland L. Current status of family intervention science. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2001; 10 (3): 641–661.
3. Kessler R.C., Walters E.E., Forthofer M.S. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155 (8):1092–1096.
4. Scott K.M., Wells J.E., Angermeyer M. i wsp. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychol. Med.* 2010; 40 (9):1495–1505. Epub 2009 Nov 26.
5. McLeod J.D. Anxiety disorders and marital quality. *J. Abnorm. Psychol.* 1994; 103 (4):767–776.
6. Zaider T.I., Heimberg R.G., Lida M. Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 119 (1):163–173.

7. Merikangas K.R., Prusoff B.A., Kupfer D.J., Frank E. Marital adjustment in major depression. *J. Affect Disord.* 1985; 9: 5–11.
8. Waring E.M., Patton D., Neron C.A., Linker W. Types of marital intimacy and prevalence of emotional illness. *Can. J. Psychiatry.* 1986; 31: 720–726.
9. Frank R.G., Gertler P. Mental health and marital stability. *Int. J. Law Psychiatry.* 1991; 14: 377–386.
10. Williams D.R., Takeuchi D.T., Adair R.K. Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites. *J. Health Soc. Behav.* 1992; 33: 140–157.
11. Thompson A.H., Bland R.C. Social dysfunction and mental illness in a community sample. *Can. J. Psychiatry.* 1995; 40: 15–20.
12. Crowe R.R., Noyes R., Pauls D.L., Slymen D. A family study of panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1983; 40 (10):1065–1069.
13. Zvolensky M.J., Raulin M.L. Panic-Related fears in persons reporting a family history of panic disorder. *Anxiety Stress Coping.* 1999; 12 (4): 351–362.
14. Woodside D.B., Swinson R.P., Kuch K., Heinmaa M. Family functioning in anxiety and eating disorders — a comparative study. *Compr. Psychiatry* 1996; 37 (2):139–143.
15. Whisman M.A., Uebelacker L.A., Weinstock L.M. Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *J. Consult. Clint. Psycho.* 2004; 72 (5): 830–838.
16. Sanz-Carrillo C., Sánchez Blanque A., García-Campayo J.J. Assessment of sexuality in patients diagnosed as having an anxiety attack — induced disorder (sexuality in patients with anxiety — induced disorder). *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines.* 1994; 22(3):131–136.
17. Yoon K.L., Zinbarg R.E. Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *J. Anxiety Disord.* 2007; 21(7): 955–965. Epub 2007 Jan 10.
18. Pankiewicz P., Majkovicz M., Krzykowski G. Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *J. Affect. Disord.* 2012; 140 (2):176–180.
19. Sosnowski T., Wrześniewski K., Jaworowska A., Fecenec D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku /ISCL/. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2011.
20. Braun-Galkowska M. Miłość aktywna. Psychologiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa. IW PAX, Warszawa 1980.
21. Spanier G.B. The measurement of marital quality. *J. Sex Marital Ther.* 1979; 5 (3): 288–300.
22. Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V. i wsp. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res.* 1997; 70 (3):185–195.
23. Whisman M.A. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population — based national survey. *J. Abnorm. Psychol.* 2007; 116 (3):638–643.
24. Whisman M.A. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J. Abnorm. Psychol.* 1999; 108 (4):701–706.