

Wydział Filozofii i Socjologii UMCS

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA

Diada małżeńska a zaburzenia nerwicowe

Married couples and neurosis disorders

WPROWADZENIE

Zaburzenie nerwicowe jest to zakłócenie życia emocjonalnego, upośledzające funkcjonowanie społeczne i rozwój osobisty człowieka. Demonstruje się ono jako ucieczka w rolę chorego i koncentracja jednostki na psychofizycznych przejawach życia uczuciowego i marginalnych objawach aktywności umysłowej (natręctwa myślowe). Jest to zachowanie wyuczone w trakcie rozwoju osobniczego, sztywne i stereotypowe, uruchamiane zaś w obliczu rzeczywistych lub przewidywalnych zakłóceń, takich jak: konflikt, frustracja, deprivacja. Diada małżeńska rodziny prokreacyjnej oparta jest na wzorcach zachowań i sposobach pełnienia ról małżeńskich z rodziny generacyjnej. Jest tak zazwyczaj nawet wtedy, kiedy jedno z małżonków lub oboje próbują pełnić ten zespół ról w opozycji do wyniesionych wzorców (Rogiewicz 1983).

Przedmiotem analizy niniejszego artykułu jest wpływ zaburzeń nerwicowych na związek małżeński w obszarze pełnienia ról społecznych i więzi emocjonalnych między partnerami. Systemy małżeńskie tworzą się w wyniku interakcji ich członków, czyli konkretnych ludzi, o określonych cechach osobowości, potrzebach psychicznych i obrazie siebie. Sposób dopasowywania się indywidualnych systemów do siebie wpływa na to, jakimi właściwościami charakteryzował się będzie dany system małżeński, a także rodzinny. Zagadnienie to w literaturze przedmiotu opisywali m.in. Rostowski (1987), Tyszka (1980).

Podstawowy problem badawczy zawiera się w pytaniu:

- Czy istnieje zależność między funkcjonowaniem diady małżeńskiej w warunkach występowania u jednego z małżonków zaburzeń nerwicowych?

Uszczegółowieniem tego problemu są następujące pytania:

- Jaki jest poziom satysfakcji z małżeństwa pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i ich współmałżonków?
- Jak przedstawia się sfera kontaktów społecznych rodziny z pacjentem z zaburzeniami nerwicowymi?
- Jaka jest ocena sytuacji małżeńskiej w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi?
- Jaki jest typ relacji w małżeństwach z osobą z zaburzeniami nerwicowymi?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytanie, przebadano pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz ich współmałżonków, a otrzymane wyniki porównano z wynikami małżonków z grupy kontrolnej.

Artykuł ten został napisany na podstawie własnych badań empirycznych, przeprowadzonych w grupie 60 pacjentów Oddziału Nerwic i ich małżonków oraz 30 małżeństw z grupy kontrolnej. Ogółem przebadano 180 osób.

PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ

Neurotyczne cechy osobowości wnoszą do relacji między małżonkami sztywność strategii, deformację obrazu partnera oraz brak zdolności tworzenia więzi opartych na akceptacji swojego prawdziwego *ja*; powoduje to inter- i intrapersonalne konflikty, a dla rozwiązania ich lub złagodzenia człowiek stosuje swoiste mechanizmy obronne. Wszystko to składa się z pewnością na swoistość relacji małżeńskich pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. W badaniach dotyczących małżeństw z zaburzeniami nerwicowymi początkowo przyczyn dysharmonii dopatrywano się w psychologicznych odmiennościach współmałżonków. Nie rozpatrywano ani struktury relacji, ani charakteru więzi małżeńskich. Według Freuda (1958) i freudystów, istotą zaburzeń nerwicowych są konflikty między *id* a *super-ego*, którego *ego* nie może rozwiązać. Analizowano interpersonalne problemy małżonków, a relacje neurotyka z partnerem rozpatrywano w kategoriach związku przeniesieniowego. Neofreudyści interesowali się rodziną generacyjną chorego na nerwicę i jego aktualnymi relacjami małżeńskimi. Wybór partnerów rozpatrywano w ramach schematów rodzicielskich (Kubie 1958). W tych małżeństwach neurotyczny był już sam wybór małżonka. Cierpiący na nerwicę wybierają na współmałżonków tych, którzy przypominają im jedno z rodziców. Wybór partnera uwarunkowany jest takimi mechanizmami, jak przywiązanie do obrazu rodziców, neurotyczna miłość. Stąd też rodzinę prokreacyjną rozpatruje się tu jako kopię rodziny, z której pacjent wyszedł (Fromm 1956). W związku małżeńskim neurotyk nie realizuje siebie i uniemożliwia samorealizację partnerowi (Horney 1978). Według Rogersa (1951), zakłócenia małżeńskie należy rozumieć jako brak zado-

walającego emocjonalnego związku sprzyjającego samoaktualizacji, brak odpowiedniego poziomu uwagi, empatii i gotowości otworzenia się przed partnerem.

Poza analizą osobowości i cech partnerów próbowano rozpatrywać mechanizmy funkcjonowania pary w całości (diady) w kategoriach mechanizmów obronnych rodziny. Prekursorem tych badań był Ferreira (1978). Definiował on rodzinę jako autokorektywny, homeostatyczny system funkcjonujący według określonych prawideł. W sytuacjach krytycznych pojawiają się zaburzenia relacji międzyosobowych i objawy nerwicowe.

Obecnie relacje małżeńskie rozpatruje się w kategoriach interakcjonizmu, analizy transakcyjnej, analizy komunikacji, teorii ról i teorii systemowych. Przedmiotem analiz jest diada. W podejściu transakcyjnym analiza relacji polega na sformułowaniu kategorii transakcji, stylu komunikacji małżonków oraz zgeneralizowanych postaw wobec małżonka (Berne 1987; James, Jongeward 1994). Badacze rozpatrujący małżeństwo i rodzinę za pomocą analizy komunikacyjnej uważają, że w rodzinach prawidła i normy życia rodzinnego „zakodowane są na poziomie odniesienia” (Rogiewicz 1985; Grzesiuk, Trzebińska 1978).

Zgodnie z teorią ról rodzina jest dynamiczną, społeczną jednością. Zaburzenia rozpatrywane są jako rozmijanie się między oczekiwaniami i spełnieniami związanymi z rolą (Merton 1957, Winch 1954, Rogiewicz 1981). Przedstawicielem podejścia systemowego jest Minuchin (1975, 1978), który uważa, że patologia może istnieć wewnątrz człowieka, w jego społecznym otoczeniu lub też we wzajemnych związkach między nimi.

Kreitman i współpracownicy (1970, 1971) wykazali, że zaburzenia nerwicowe wywierają wpływ na małżeństwo. Spostrzeżenia zawarte w literaturze przedmiotu, dotyczące wpływu zaburzeń nerwicowych na rodzinę, a w tym i na małżeństwo, stały się inspiracją do niniejszych badań.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w latach 1998–2000. Głównym kryterium w doborze pacjentów była ogólnie obowiązująca Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10. Wszystkie badane osoby były w związkach małżeńskich.

Przyjęto następujące kryteria doboru do grupy badawczej:

- 1) rozpoznanie zaburzeń nerwicowych u pacjenta – diagnoza zespołu terapeutycznego Oddziału Nerwic;
- 2) brak objawów poważniejszych schorzeń somatycznych i objawów organicznego uszkodzenia OUN;
- 3) pozostawanie od co najmniej 5 lat w związku małżeńskim;
- 4) wiek nie przekraczający 50 lat;
- 5) brak oznak upośledzenia umysłowego;

- 6) zgoda badanego na udział w badaniu;
- 7) posiadanie dzieci na utrzymaniu;
- 8) samodzielne mieszkanie.

Ogółem przebadano 60 pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych (30 kobiet i 30 mężczyzn).

Grupę kontrolną (30 małżeństw, dobranych intencjonalnie) stanowiły osoby, będące w związku małżeńskim, które nie podejmowały leczenia psychiatrycznego ani psychoterapeutycznego i nie korzystały z poradnictwa małżeńskiego. Przy czym osoby badane musiały charakteryzować się podobnymi cechami socjodemograficznymi, a także spełniać kryteria: 2, 4, 5, 6.

Wiek badanych wahał się w przypadku pacjentów od 24 do 45 lat, średnio 39 lat. Osoby z grupy kontrolnej były w wieku: od 26 do 50 lat, średnio 42.

Wiek zachorowania (oceniany na podstawie danych z wywiadu i dokumentacji lekarskiej) wahał się 18 do 40 lat, przy braku istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć pacjentów. Czas trwania choroby wynosił od 1 do 15 lat.

Jakkolwiek czas trwania choroby u wielu osób był dość długi – około 10 lat, to dla 85% pacjentów była to pierwsza hospitalizacja, dla 12% druga, zaś dla 4% trzecia.

Badane osoby reprezentowały następujące poziomy wykształcenia:

- 26% respondentów posiadało wykształcenie zawodowe,
- 47% wykształcenie średnie,
- 27% wykształcenie wyższe.

Osoby objęte badaniami były aktywne zawodowo.

Miejsce zamieszkania badanych osób:

- 33% – miasto wojewódzkie,
- 44% – miasto powiatowe,
- 22% – wieś.

Kolejną analizowaną zmienną była dzietność badanych: 38% pacjentów posiadało jedno dziecko, 53% – dwoje dzieci, a tylko 9% – troje dzieci.

W badaniu zastosowano następujące psychologiczne narzędzia badawcze:

- Test Przymiotnikowy ACL (w wersji 37 skal) Gougha i Heilbruna (1981) w wersji „jaki jestem”. Metoda ta jest powszechnie znana i stosowana, nie wymaga więc opisu.
- Skalę Satysfakcji Małżeńskiej SPM – M. Braun-Gałkowskiej. Skala pozwala określić liczbowy wskaźnik powodzenia małżeństwa osoby badanej albo inaczej – stopnia, w jakim jej małżeństwo jest udane.
- Kwestionariusz Pacjenta – do oceny różnych aspektów życia – własnej konstrukcji.

Pacjentów i ich współmałżonków badano indywidualnie, w pierwszych dwóch

tygodniach po przyjęciu do Oddziału Nerwic na 10-tygodniowe turnusy psycho-
terapeutyczne. Małżeństwa z grupy porównawczej badano także indywidualnie.

Rozpoznanie lekarskie badanych pacjentów (60 osób, w tym 30 K i 30 M):

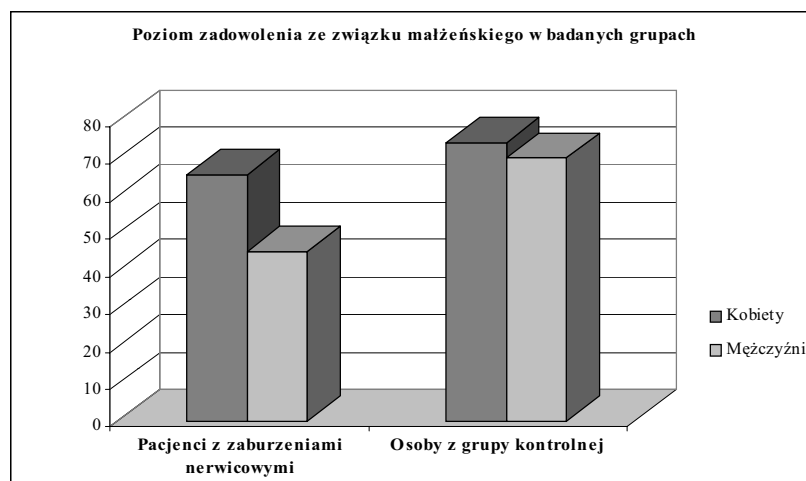
- Zaburzenia lękowe w postaci fobii – 8 osób (13,3 %), w tym 6 K i 2 M
- Zaburzenia lękowe uogólnione – 12 osób (20 %), w tym 8 K i 4 M
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – 8 osób (13,3 %), w tym 3 K i 5 M
- Zaburzenia adaptacyjne – 10 osób (16,6%), w tym 5 K i 5 M
- Zaburzenia dysocjacyjne – 5 osób (8,3 %), w tym 4 K i 1 M
- Zaburzenie hipochondryczne – 8 osób (13,3%), w tym 4 K i 4 M
- Zaburzenie somatyzacyjne – 5 osób (8,3%), w tym 1 K i 4 M
- Neurastenia – 4 osoby (6,6%), w tym 4 K i 0 M

Po zakończeniu badań uporządkowano dane z dokumentacji lekarskiej i wy-
wiadu, a wyniki liczbowe poddano analizie statystycznej, m.in. test t-studenta,
współczynnik korelacji r-Pearsona, analizę skupień, z wykorzystaniem pakietu
procedur statystycznych SPSS/PC+. Uzyskane wyniki testów przez grupę badawczą
i porównawczą poddano analizie ilościowej i jakościowej.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Poziom satysfakcji małżeńskiej pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi

Doświadczenie więzi emocjonalnej tworzonej przez małżonków poprzez wza-
jemne relacje ma zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia stanu zadowolenia i zasp-
okojenia potrzeb osobistych. Z literatury przedmiotu wynika, że zadowolenie ze związ-
ku małżeńskiego jest zwykle wyższe niż satysfakcja z innych obszarów życia i ma



Rycina 1. Wyniki poziomu satysfakcji małżeńskiej w Teście SPM w badanych grupach

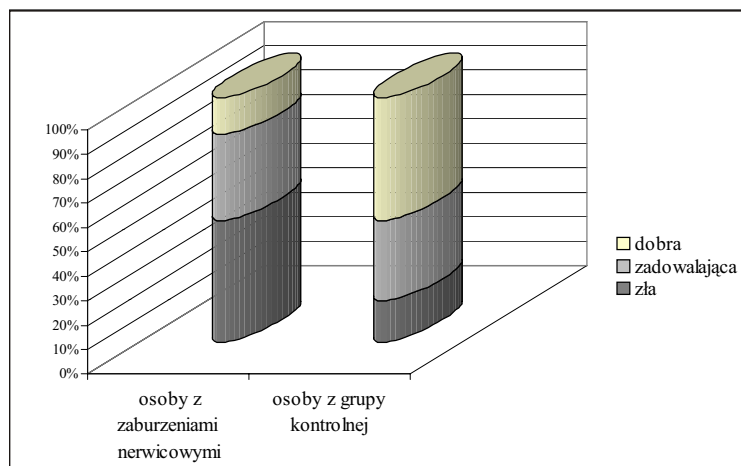
silny związek z poczuciem ogólnego szczęścia. Z praktyki psychoterapeutycznej wynika, że przeżycia emocjonalne jednego z małżonków stają się częścią przeżyć drugiego współmałżonka, rzutując wyraźnie na poziom satysfakcji ze związku.

Z zestawienia danych (ryc.1) wynika, że najwyższy poziom satysfakcji małżeńskiej osiągnęli małżonkowie w grupie kontrolnej (Gr. 5–6). Były to wyniki zbieżne ze sobą.

W grupie pacjentów (Gr. 1–4) analiza wyników wskazuje na ogólnie niski poziom zadowolenia w tej sferze. Kobiety z zaburzeniami nerwicowymi uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki niż badani mężczyźni. Można przypuszczać, że pacjentki w swoich związkach małżeńskich zaspokajały potrzeby emocjonalne, co wpływało pozytywnie na ich poziom zadowolenia.

Percepcja sytuacji małżeńskiej przez pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi

Sytuacja małżeńska jest obszarem wielowymiarowym i można ją scharakteryzować poprzez określenie poczucia satysfakcji małżonków, poziom przystosowania do ról i zadań społeczno-rodzinnych oraz poprzez subiektywną percepcję tejże sytuacji. Na ocenę tego obszaru życia składa się wzajemny poziom zaspokajania potrzeb emocjonalnych, poczucie więzi i jedności oraz odczuwanie przez małżonków współrozumienia, współdziałania i pokrewieństwa psychicznego.



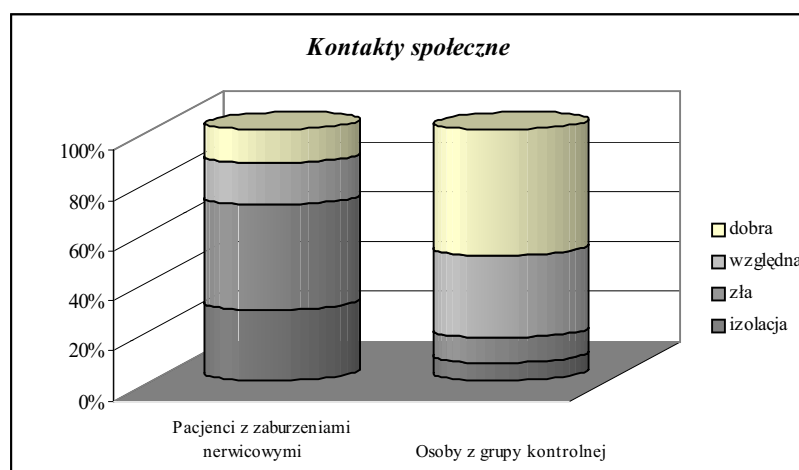
Rycina 2. Ocena sytuacji małżeńskiej przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osoby z grupy kontrolnej

Połowa badanych osób z zaburzeniami nerwicowymi (50%) nie była zadowolona ze swojego małżeństwa, określając je jako złe i nieudane. 35% respondentów z grupy badawczej określiło swoją sytuację małżeńską jako zadowalającą, a jedynie 15% twierdziło, że jest ona dobra. 80% osób z grupy kontrolnej oceniło

swoją sytuację małżeńską jako: dobrą (powyżej 50%) i zadowalającą (30%). Jedynie 20% z tej grupy badanych wyraziło pogląd negatywny odnośnie do swojego małżeństwa. Powyższe dane wskazują na istnienie istotnych różnic w percepcji sytuacji małżeńskiej przez obie grupy.

Kontakty społeczne badanych rodzin osób z zaburzeniami nerwicowymi

W małżeństwach dotkniętych zaburzeniami nerwicowymi obserwuje się silną koncentrację na swojej rodzinie. Intrygujące jest to, że małżonkowie celowo unikają kontaktów towarzyskich. Spostrzeżenia na ten temat znalazły potwierdzenie w niniejszych badaniach.



Rycina 3. Kontakty społeczne rodziny w ocenie badanych osób.

Na podstawie wyników badań, które graficznie prezentuje ryc. 2, zauważyć można znaczącą różnicę w ocenie takiego obszaru życia, jak kontakty rodziny z otoczeniem społecznym (np. znajomi, sąsiedzi, przyjaciele) pomiędzy grupą badawczą (Gr. 1) a grupą porównawczą (Gr. 2). Jako dobre i zadowalające oceniło swoje kontakty społeczne 30% pacjentów i 80% ankietowanych z grupy kontrolnej. Izolacja rodziny od kontaktów społecznych dotyczy 8% badanych z grupy kontrolnej i aż 30% rodzin pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. 42% respondentów z zaburzeniami nerwicowymi oceniło swoje kontakty jako złe, co w grupie porównawczej zaznaczyło się w 10 % rodzin.

Typ relacji w małżeństwach pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi

Relacje małżeńskie są integralną częścią więzi między małżonkami. Obejmują one więź emocjonalną i poznawczą między partnerami diady. Więź emocjonalna odnosi się do faktu istnienia między małżonkami „przywiązania” emocjonalnego. Więź poznawcza polega na wzajemnym dążeniu do wymiany spostrze-

zeń, refleksji, doświadczeń i poglądów. Sprzyja więc inspiracji poznawczej, ułatwia dostrzeżenie i rozwiązywanie problemów.

Dla wyodrębnienia charakterystycznych elementów (struktury) relacji małżeńskich zastosowano w badanych grupach analizę skupień. Użyta analiza skupień nosi nazwę statystycznej analizy średnich powiązań wewnątrz grup. Zmierzana ona do tworzenia skupień o jak najmniejszym zróżnicowaniu wewnętrznym. Zaletą tego typu analizy jest to, że prowadzi ona do ujawnienia struktury zmiennych ze względu na matematycznie określone podobieństwo między nimi, dając jednocześnie informację o umiejscowieniu konkretnej zmiennej w strukturze.

Wyniki analizy skupień przedstawia się graficznie w formie dendrogramu. Analiza skupień pozwoliła na wyodrębnienie trzech charakterystycznych dla badanych pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi (kobiet i mężczyzn) wiązek cech wpływających na typ relacji małżeńskich.

Wiązki tych cech powstały z następujących skal testu ACL:

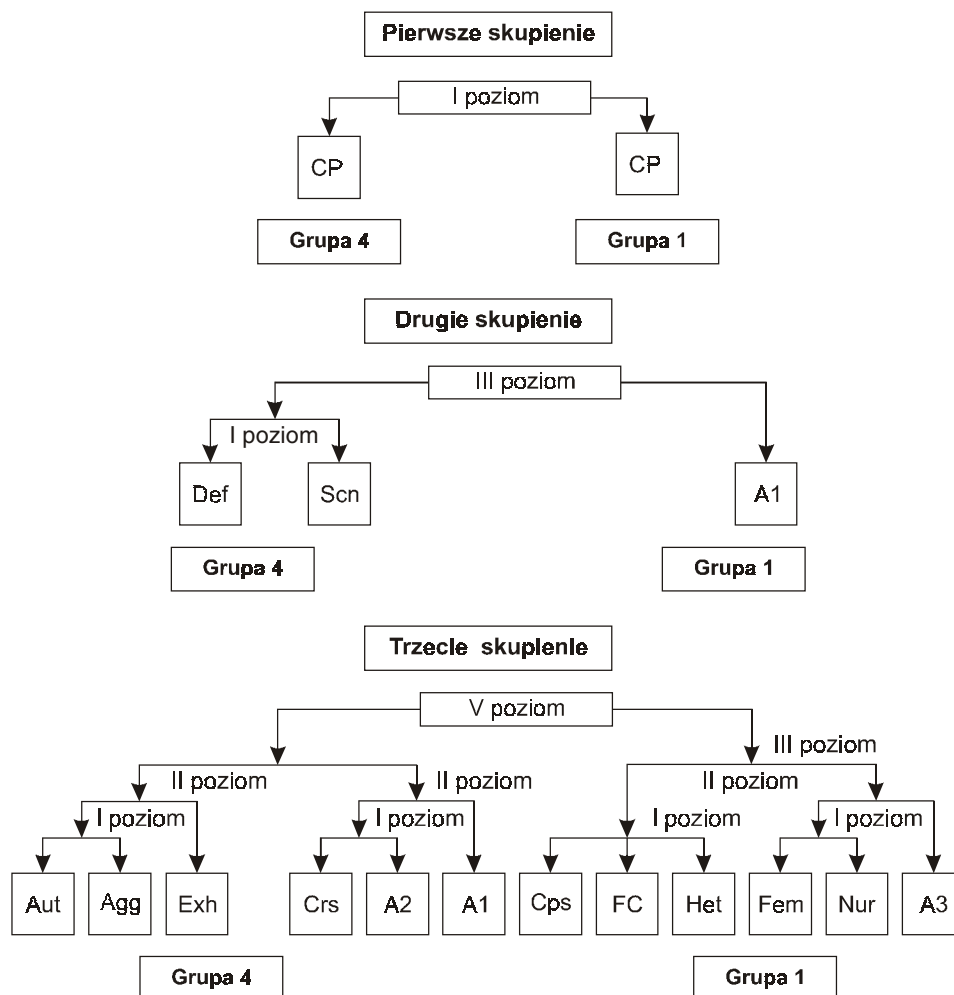
CP – postawa krytycznego rodzica	Agg – potrzeba agresji
Def – potrzeba podporządkowania	Exh – potrzeba ujawniania się
S-Cn – samokontrola	Crs – gotowość na pomoc innych
A1,2,3 – skale oryginalności	Cps – skala osobowości twórczej
Aut – potrzeba autonomii	Nur – potrzeba opieki nad innymi
Het – potrzeba kontaktów interpersonalnych	FC – postawa dziecka

Rycina 4 prezentuje wyniki analizy skupień w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi.

Pierwsze skupienie (ryc. 4), o najsilniejszym związku cech (I poziom), połączyło na zasadzie podobieństwa konstelację uczuć postaw i predyspozycji behawioralnych rodzica krytycznego (CP) badanych osób z zaburzeniami nerwicowymi. Wyniki analizy korelacyjnej wskazywały, iż pomiędzy tymi cechami zachodzi korelacja dodatnia.

Drugie skupienie (ryc. 4), największe z wyszczególnionych, zgrupowało na V poziomie na zasadzie komplementarności postawę unikania rywalizacji i konfliktów (Agg), niskiej autonomii (Aut), ostrożności w kontaktach interpersonalnych (Exh), połączonej z poszukiwaniem stabilności i niską potrzebą zmiany (Cha) i gotowości na pomoc innych (Crs) badanych kobiet z niską potrzebą nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów z płcią przeciwną (Het), tendencją do utrzymywania dystansu z ludźmi, zaniżoną potrzebą opieki nad innymi (Nur), przytłumieniem, małą ekspresywnością (Cps) pacjentów.

Trzecie skupienie (ryc. 4), o silnym związku cech, łączyło na zasadzie komplementarności na III poziomie tendencję utrzymywania podrzędnych ról w relacjach z ludźmi (Def) i nadmierną samokontrolę badanych kobiet (S-Cn) z tendencją do dbania o własną wygodę pacjentów (A1).



Rycina 4. Analiza skupień wyników Testu ACL w grupie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi.

Na podstawie wyżej przedstawionych wyników (ryc. 4) można sądzić, że bez względu na płeć w relacjach małżeńskich badanych osób z zaburzeniami nerwicowymi dominował brak akceptacji potrzeb partnera. Były to relacje wynikające z zależności.

Występowała charakterystyczna dla badanych osób zależność, która dotyczyła potrzeby dominacji i zależności, poniżania siebie, podejmowania zachowań i postaw wynikających z podporządkowanych ról dziecięcych w relacjach małżeńskich. Tworzenie mechanizmu zależności, czyli podporządkowania się jednemu partnera drugiemu, jest prawdopodobnie jedynym skutecznym rozwiązaniem sytuacji walki między małżonkami, umożliwiającym realizację celów. Objawy

nerwicowe, występujące u jednego z badanych partnerów, pozwalają na funkcjonowanie małżonków na zasadzie kompromisu. Wytwarza się w ten sposób typ nieprawidłowych relacji regulowany nasilaniem się symptomów nerwicowych.

Z jednej strony występowanie zaburzeń nerwicowych jest sytuacją negatywną dla małżeństwa, z drugiej jednak wydaje się powodować optymalne warunki funkcjonowania małżeństwa na zasadzie kompromisu wobec wzajemnych neurotycznych potrzeb i oczekiwań.

Mechanizm relacji małżeńskich polegał na ustawicznej frustracji i jednocześnie konflikcie potrzeb związanych z zależną, podporządkowaną i bierną postawą z jednej strony oraz kontrolującą i dominującą postawą z drugiej.

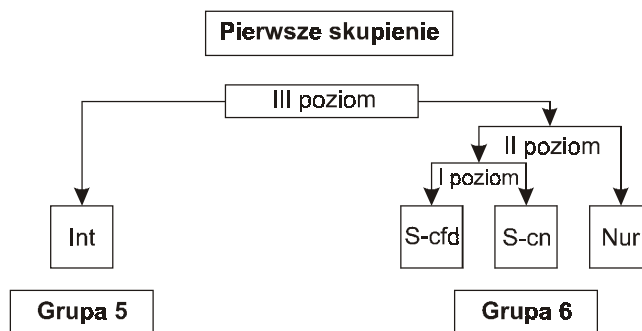
W grupie porównawczej uzyskano jedną wiązkę cech, czyli strukturę. Składały się na nią następujące skale testu ACL:

Int – potrzeba rozumienia siebie i innych

Nur – potrzeba opiekowania się innymi

S-cfd – postawa zaufania do siebie

S-cn –samokontrola



Rycina 5. Analiza skupień wyników Testu ACL w grupie porównawczej.

Wyodrębniono tylko jedno charakterystyczne skupienie (ryc. 5) dla małżeństw z grupy kontrolnej. Skupienie to o silnym związku cech łączyło na zasadzie komplementarności na II poziomie poczucie samokontroli (S-Cn), opiekowania się innymi (Nur) i zaufania do siebie żon (S-Cfd), z potrzebą rozumienia siebie i innych mężów (Int).

WNIOSKI

W niniejszym artykule przedstawione zostały wyniki badań dotyczące wpływu zaburzeń nerwicowych na związek małżeński. Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Zaburzenia nerwicowe miały istotny wpływ na diadę małżeńską w wielu wymiarach, takich jak: poziom zadowolenia ze związku małżeńskiego, kontakty społeczne rodziny, sytuacja małżeńska, typ relacji interpersonalnej.

2. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi osiągnęły niski poziom zadowolenia ze swojego związku małżeńskiego w porównaniu do osób z grupy kontrolnej. Wśród badanych osób kobiety zawsze osiągały wyższy poziom zadowolenia ze związku małżeńskiego niż mężczyźni.

3. Kontakty społeczne rodzin pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi charakteryzowały się:

- przyjmowaniem postaw związanych z izolacją i alienacją społeczną,
- wycofaniem się z życia społecznego i towarzyskiego.

4. Jedynym schematem relacji w związkach małżeńskich badanych pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi był typ relacji oparty na mechanizmie zależności, czyli podporządkowania jednego partnera drugiemu, podczas gdy w grupie porównawczej schemat ten opierał się na poczuciu wzajemnego zaufania do siebie, samokontroli oraz potrzebie rozumienia siebie i innych.

5. Połowa badanych osób z zaburzeniami nerwicowymi nie była zadowolona ze swojego małżeństwa, określając je jako złe i nieudane. Dominował brak wzajemnej akceptacji potrzeb przez małżonków.

6. Objawy nerwicowe występujące u jednego z partnerów pozwalają na funkcjonowanie małżonków na zasadzie kompromisu. Wytwarza się w ten sposób typ nieprawidłowych relacji regulowany nasilaniem się symptomów nerwicowych.

7. Powyższe analizy potwierdziły obserwacje kliniczne, z których wynika, iż psychoterapia zaburzeń nerwicowych powinna być oparta na podejściu interakcyjnym, interpersonalnym i społecznym.

LITERATURA

- Berne E., *W co ludzie grają?*, Warszawa 1987.
- Ferreira A., Winter W. D., *The Civert Rules of their Relationship*, „Family Process” 1966, 8, New York.
- Freud Z., *Wstęp do psychoanalizy*, Warszawa 1958.
- Fromm E., *The Art of the living*, New York 1956.
- Gough H. G., Heilbrun A. B., *The Adjective Check – List Manual-ACL*, Palo Alto Consulting Psychologistis Press 1981.
- Grzesiuk L., Trzebińska E., *Jak ludzie porozumiewają się?*, Warszawa 1978.
- Horney K., *Nerwica a rozwój człowieka*, Warszawa 1978.
- James M., Jongeward D., *Narodzić się by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień*, Poznań 1994.
- Kreitman N., *Manifest psychological interaction*, „British Journal of Psychiatry” 1971, 119, s. 243–252.
- Kreitman N., *Neurosis and marital interaction*, „British Journal of Psychiatry” 1970, 117, s. 47–58.
- Kubie L. S., *Psychoanalysis and Marriage*, New York 1958.
- Merton R. K., *The role-set*, „The British Journal of Sociology” 1957, 2.
- Minuchin S., *Psychosomatic Families*, Cambridge 1978, Harvard Univ. Press.

- Minuchin S., *Families and Family Therapy*, Cambridge 1975, Harvard Univ. Press.
- Rogers C., *Client – centered therapy*, Boston 1951.
- Rogiewicz A., *Zespół ról społecznych Dziecko–Chory i psychoterapia nerwic*, „Psychiatria Polska” 1981, s.4–6.
- Rogiewicz M., *Małżeństwo a nerwica*, „Psychiatria Polska” 1985, t. 19, nr 6.
- Rostowski J., *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa 1987.
- Tyszką Z. [red.], *Metodologiczne problemy badań nad rodziną*, Poznań 1980.
- Winch R.F., *The theory of complementary needs in mate selection*, „American Sociological Review” 1954.

SUMMARY

The main purpose of this work was to analyze interactions inside married couples with one neurotic partner. Ninety couples were tested, including thirty couples with 30 neurotic female partners, thirty couples with 30 neurotic male partners, and thirty couples without psychiatric disorders (controls).

Neurotic families tended to the withdrawal from the activities of social life.

The incidences of neurotic disorders were the real burden for the couples but on the other hand those couples emerged more conformed to the mutual neurotic requirements and expectations.

The both stabilized marriages and transferred personal problems from the neurotic partner to neurotic symptoms in this way concealing someone's own problems and marital dissatisfactions.