

AGNIESZKA MASŁOWIECKA

Zakład Psychologii Społecznej i Rozwoju Człowieka

Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku

TRUDNA MIŁOŚĆ: PLEĆ NIEPEŁNOSPRAWNEGO DZIECKA A PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE JEGO MATKI

MACIERZYŃSTWO WZGLĘDEM DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO INTELEKTUALNIE

W literaturze dotyczącej sytuacji wychowywania dziecka o nieprawidłowym rozwoju najczęściej miejsca poświęca się matkom, przede wszystkim dlatego, że to one zwykle kontaktują się ze specjalistami, co sprawia, że wiedza o ich przeżyciach jest największa (Kościelska, 1995; Pisula, 1998; Dąbrowska, 2005). Mniejsze osobiste zaangażowanie ojców w terapię dziecka podyktowane jest często podziałem ról w rodzinie wymuszonym przez niepełnosprawność dziecka i konieczność sprawowania nad nim stałej opieki (Daniels-Mohring i Lambie, 1993; Pisula, 1998). Ojcowie koncentrują się zwykle na aktywności zawodowej i utrzymaniu rodziny, a matki na opiece, wychowywaniu i terapii dziecka.

Ważniejszym jednak niż częstotliwość kontaktów ze specjalistami powodem zajęcia się problematyką doświadczeń emocjonalnych i relacji z innymi ludźmi matek dzieci o zaburzonym rozwoju w tej pracy jest ich – wynikająca także z podziału ról rodzinnych – szczególna relacja z dzieckiem, często nacechowana nadmierną bliskością, dla wielu matek obciążająca, trudna, grożąca wypaleniem.

Ze wszystkich członków rodziny to matka jest w największym stopniu obciążona obowiązkami domowym i opieką nad dziećmi, z reguły też właśnie ona jest odpowiedzialna za terapię dziecka. To matki doświadczają szczególnej samotności w zmaganiu się z niepełnosprawnością dzieci i często narzekają na brak wsparcia ze strony ojca dziecka i najbliższej rodziny (Dąbrowska, 2005; Grodzka, 1995). Dołącza się do tego presja ze strony społeczeństwa, aby wszystkie z tych wielu ról (opiekunki, terapeutki, pielęgniarki, kucharki, sprzątaczk) wykonywać sprawnie, bezszelestnie, „z uśmiechem na twarzy”, bezustannie, choć ich liczba

jest przytłaczająca. Własne ambicje i pragnienia powinny zostać odłożone, a cała energia i czas poświęcone dziecku (Sekulowicz, 2000). Niewywiązywanie się z tych wszystkich zadań jest na dodatek piętnowane społecznie. Rola matki bowiem, choć rzadko wiążąca się ze społeczną pomocą, obarczona jest wieloma wymogami. Społeczeństwo jednak nie kieruje podobnych oczekiwań do ojców niepełnosprawnych dzieci.

Narodziny dziecka dotkniętego zaburzeniem rozwojowym są dla matki krytycznym wydarzeniem życiowym, odbieranym podobnie jak śmierć bliskiej osoby, ciężka choroba i kalectwo czy rozwód (Sekulowicz, 2000). Jednocześnie obecność niepełnosprawnego dziecka powoduje, że matka zmagą się z licznymi problemami dnia codziennego, które M. Dąbrowska (2005) nazywa utrapieniami. Są to m. in.: niewystarczająca ilość snu, konieczność ciągłego skupiania uwagi na dziecku, bycie z nim przez cały czas, niemożność odpoczynku, brak czasu dla siebie, konieczność korzystania ze środków komunikacji miejskiej, uciążliwość częstych wizyt u specjalistów, izolacja od dawnych znajomych, rezygnacja z dawnych planów i marzeń, lęk przed przyszłością i inne. Poza trudnościami codzienności obecność dziecka o zaburzonym rozwoju jest też źródłem silnego stresu (Pisula, 1998). Także przeżywanie depresji, poczucia bezefektywności, bezradności w roli matki oraz obniżona samoocena (Kruk-Lasocka, 1994) są kolejnymi komponentami samopoczucia tych kobiet. Permanentny charakter i brak perspektywy zmiany, jako przejaw silnego stresu rodzicielskiego, szczególnie mocno naraża matki dzieci niepełnosprawnych na wypalenie i nierealizowanie się w najważniejszych życiowych rolach – macierzyńskiej, partnerskiej, zawodowej i innych.

Na przeżywanie stresu przez matki dzieci o nieprawidłowym rozwoju wpływa typ zaburzeń, a także niektóre cechy związane z samym dzieckiem. Taką cechą jest m. in. jego płeć, która włącza się razem z innymi charakterystykami niepełnosprawności do szeregu zmiennych modyfikujących funkcjonowanie matek. Posiadanie dziecka określonej płci może bowiem budzić szereg oczekiwań odnośnie do tego, jakie ono będzie, jakie przypisane mu zostaną role społeczne i w jaki sposób te role przez dziecko w przyszłości będą spełniane. Płeć dziecka wiąże się nadal z określonym statusem społecznym. I chociaż matczyna miłość, w odróżnieniu od ojcowskiej („Niepełnosprawny syn bardziej obniża wartość ojca niż niepełnosprawna córka”; Pisula, 1998, s. 76), potocznie nazywana jest bezwarunkową, a więc taką, która nie stawia wymagań, ale po prostu jest, rzeczywistość może być zaskakująca.

ZAŁOŻENIE I CEL PRACY

W pracy założono, że płeć dziecka jest ważnym predyktorem psychospołecznego funkcjonowania matek dzieci o zaburzonym rozwoju. Pojęcie funkcjonowania psychologicznego badanych kobiet jest tu rozumiane jako zbiór

wybranych aspektów spostrzegania siebie (samoocena osobista i świadomość bycia napiętnowanym), a także sposobów działania, w tym przypadku swoistych dla jednostki strategii radzenia sobie ze stresem. Samoocena indywidualna (*self-esteem*) używana jest jako określenie samopoczucia odnoszącego się do oceny samego siebie, swojej wartości i godności, zadowolenia z siebie (Pilegge, Holtz, 1997). Świadomość piętna natomiast, za Brownem i Pinel (2003) jest tu rozumiana jako sposób spostrzegania negatywnych stereotypów dotyczących jednostki, a konkretnie tego, jakie znaczenie dla jednostki ma dotyczący jej stygmat, jak jest ważny dla ja. Natomiast radzenie sobie ze stresem, czyli *coping*, za Endlerem i Parkerem (1993), to charakterystyczne dla jednostki i dostępne jej strategie, które uruchamiane są w procesie radzenia sobie z konkretną sytuacją stresową (Heszen-Niejodek, 1996).

Funkcjonowanie społeczne matek dzieci o zaburzonem rozwoju jest określeniem stosowanym do opisanie relacji jednostki względem innych i przejawia się w tym, jak jednostka spostrzega siebie w grupie (co opisuje samoocena kolektywna) oraz w emocjach, jakich doświadcza w czasie kontaktu społecznego (czego przejawem może być lęk społeczny). Samoocena kolektywna odnosi się do:

- 1) subiektywnego poczucia wartościowości grupy, do której się należy,
- 2) tego, jak ta grupa jest oceniana przez innych,
- 3) jak jest ważna pod względem własnej tożsamości,
- 4) na ile jednostka we własnej ocenie jest wartościowym członkiem grupy (Luhtanen i Crocker, 1992).

Zaprezentowane poniżej badanie miało na celu sprawdzenie, w jaki sposób płęć niepełnosprawnego dziecka wpływa na psychospołeczne funkcjonowanie matek: na stosowane przez nie sposoby radzenia sobie ze stresem, na ich samoocenę indywidualną, poczucie piętna społecznego, obawę przed negatywną oceną ze strony innych ludzi, samoocenę kolektywną, a także na to, jaki kobiety te mają stosunek do terapii dziecka w Ośrodku Wczesnej Interwencji.

NARZĘDZIA BADAWCZE DO ZMIERZENIA OKREŚLONYCH ZMIENNYCH

• Stopień upośledzenia umysłowego dziecka

Celem zaklasyfikowania jednostki do któregoś ze stopni upośledzenia umysłowego dokonano oceny rozwoju poznawczego dostępnymi narzędziami, głównie:

- Skalę do badania rozwoju psychomotorycznego dziecka w wieku od 0 do 3 lat (Brunet – Lezine), badającą postawę i lokomocję, koordynację wzrokowo-ruchową, mowę i reakcje społeczne;
- Skalę Terman – Merrill do badania inteligencji dzieci w wieku od 2 do 14 lat (według skali Stanford-Binet) oceniającą aktualny wiek inteligencji;

- Międzynarodową Wykonaniową Skalą Leitera P-93 (skala bezsłowna) do badania dzieci niesłyszących;
- innymi metodami do badania inteligencji małego dziecka.

- **Samoocena osobista**

- Skala Samooceny Morrisa Rosenberga, składająca się z 5 itemów. Służy do badania poczucia własnej wartości, szacunku, zadowolenia z siebie. Narzędzie umożliwia obliczenie wskaźnika, którym jest poziom samooceny indywidualnej. Rzetelność w próbie wynosiła: Alfa Cronbacha = 0,684.

- **Świadomość stereotypizacji swojej grupy odniesienia**

- Kwestionariusz Poczucia Piętna (Stigma Consciousness Questionnaire E. Pinel, 2003), przetłumaczony przeze mnie na język polski i dostosowany do tego badania za zgodą jego autorki. Narzędzie służy do badania percepcji negatywnej stereotypizacji, jakiej podlega osoba badana ze względu na posiadane cechy, takie jak np. płeć. Metoda składa się z 10 pozycji odnoszących się do spostrzeganej własnej stereotypizacji, w tym badaniu jako matki niepełnosprawnego dziecka. Sześciostopniowa skala (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 6 – zdecydowanie się zgadzam) pozwala na ustosunkowanie się do każdego itemu. Współczynnik Alfa Cronbacha w badanej próbie jest stosunkowo niski, wynosi 0,5 po usunięciu pozycji 10, co też uczyniono w dalszej analizie wyników.

Przykładowe pozycje skali to:

- w kontakcie z innymi ludźmi czuję, że interpretują moje zachowanie przez pryzmat tego, że jestem matką dziecka o zaburzonym rozwoju,
- inni ludzie mają o wiele więcej uprzedzonych myśli do osób o zaburzonym rozwoju i ich rodzin niż to wyrażają,
- to, że jestem matką dziecka o zaburzonym rozwoju nie wpływa na to, jak inni ludzie odnoszą się do mnie.

- **Style radzenia sobie ze stresem**

- Kwestionariusz CISS-S (E n d l e r i P a r k e r, 1993; w tłumaczeniu Kazimierza Wrześniewskiego). Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Wskaźniki rzetelności narzędzia, mierzone współczynnikiem Alpha Cronbacha, wynoszą w badanej próbie odpowiednio:

- Orientacja na zadanie: Alfa = 0,634,
- Orientacja na emocje: Alfa = 0,775,
- Unikanie: Alfa = 0,684.

- **Lęk społeczny**

- Skala Lęku Przed Negatywną Oceną Leary'ego i Kowalskiego (2002). Skala zawiera 12 pytań, odpowiedzi na każde z nich można udzielić na skalach 5-punktowych opisanych w następujący sposób: 1 – nie odnosi się do mnie, 5 – całkowicie się do mnie odnosi). Narzędzie umożliwia obliczenie wskaźnika,

jakim jest poziom lęku społecznego. Badanie rzetelności w próbie wskazuje na stosunkowo wysoki poziom (współczynnik Alfa Cronbacha wynosi 0,744).

● **Samoocena własnej grupy** (tu: grupy rodziców dzieci o zaburzonem rozwoju)

– Skala Samooceny Kolektywnej (Luhtanen i Crocker, 1992; Kwiatkowska, 1999). Metoda ta służy do badania spostrzeżeń i odczuć, jakie osoba badana żywi względem grup społecznych, których jest członkiem, w związku z posiadaniem takich cech, jak płęć, rasa, religia, narodowość i inne. Skala składa się z 16 pozycji pogrupowanych na podskale, które tworzą 4 wskaźniki:

– Prywatna Kolektywna Samoocena (osobiste zadowolenie i poczucie wartościowości grupy, do której się należy),

– Publiczna Kolektywna Samoocena (poczucie pozytywnego odbioru własnej grupy przez innych),

– Ważność Przynależności Grupowej dla Tożsamości Osobistej (ważność grupy dla obrazu samego siebie),

– Samoocena Członkowska (własny stopień wartościowości jako członka grupy, stopień zaangażowania w grupę).

Skala została przetłumaczona na język polski przez Annę Kwiatkowską (1999). Analiza rzetelności przeprowadzona przez autorkę tej pracy wykazała poziom Alfa Cronbacha równy 0,723 dla całej skali.

● **Ocena terapii**

– Skala oceny terapii i realizacji programu stymulacji rozwoju dziecka (własnego autorstwa, stworzona na podstawie głównych założeń rządowego programu wczesnej interwencji, www.menis.gov.pl). Narzędzie to składa się z 10 twierdzeń, do których można się ustosunkować za pomocą sześciostopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie się zgadzam, 6 – zdecydowanie się nie zgadzam). Pozycje znajdujące się w tej metodzie dotyczą kwestii poprawności i zgodności programu realizowanego względem zasad wczesnej interwencji, opieki wielospecjalistycznej, kwestii oddziaływań na całą rodzinę, uczestnictwa w terapii indywidualnej, grupowej oraz w grupowych zajęciach dla rodziców, a także systematyczności spotkań terapeutycznych. Dokonano badania rzetelności skali oceny terapii, w wyniku czego ustalono wartość współczynnika Alfa Cronbacha równą 0,771.

OPIS GRUPY BADAWCZEJ

Badanie odbywało się w Białymstoku, w Ośrodku Wczesnej Pomocy „Dać Szansę” (ośrodek wczesnej interwencji) przy Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym, w latach 2006–2007.

Grupę badawczą stanowiło 115 matek dzieci w wieku od 0. do 7. roku życia, u których zdiagnozowano upośledzenie umysłowe, przy czym 20% dzieci z niepełnosprawnością umysłową w przedziale pogranicza normy i upośledzenia, 43,5% dzieci z upośledzeniem stopnia lekkiego, umiarkowanego (24,3%) oraz znacznego i głębokiego (10,4). Wiek dzieci zawierał się w granicach od 4 miesięcy do 9 lat (80% od 0. do 6. roku życia). Zbadano 41,7% matek dziewczynek i 58,3% matek chłopców. 40% dzieci wszystkich badanych matek miało wadę genetyczną (dysmorfia twarzy oraz innych części ciała); 23,9% dzieci badanych matek to dzieci autystyczne.

Wykształcenie matek: od zawodowego (30,1%), do wyższego (22,1%), najczęściej było średnie (47,8%). 53,9% matek było aktywnych zawodowo, 12,2% wychowywało swoje dzieci samotnie, reszta deklarowała obecność partnera (najczęściej ojca dziecka).

WYNIKI BADAŃ

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że matki chłopców z upośledzeniem umysłowym wydają się znajdować w sytuacji szczególnie trudnej psychologicznie. Dużo częściej niż matki dziewczynek w sytuacji stresu odwołują się do strategii unikowych, co zapewne oznacza, że nie widzą możliwości rozwiązania problemów, z którymi się zmagają. Matki dziewczynek stosują częściej sposoby skoncentrowane na zadaniu, a więc są nastawione na rozwiązywanie problemów, a nie dystansowanie się względem nich lub roztrząsanie ich i przeżywanie. Zapewne dlatego ich funkcjonowanie jest lepsze (tab. 1).

Tabela 1

Wyniki testu *t* Studenta: płeć dziecka a radzenie sobie ze stresem

Wyszczególnienie	Płeć dziecka				Wyniki testu <i>t</i>		
		N	średnia	odchylenie standardowe	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Orientacja na problem	dz	48	4,16	0,54	2,36	104,41	0,02
	chł	67	3,91	0,57			
Orientacja na emocje	dz	48	2,99	0,83	-0,94	112,44	0,34
	chł	67	3,15	1,08			
Orientacja na unikanie	dz	48	2,04	0,76	-2,07	109,80	0,04
	chł	67	2,37	0,90			

Posiadanie syna o zaburzonym rozwoju obniża samoocenę matki, sprawia, że jest ona niezadowolona z siebie, co więcej – przeżywa silniejszy lęk przed negatywną oceną ze strony innych ludzi (tab. 2). Oznacza to, że posiadanie dziecka określonej płci jest bardzo ważne dla postrzegania samego siebie i wyobrażeń na temat tego, jak mogą jednostkę postrzegać inni ludzie.

Matka upośledzonego umysłowo syna mocno identyfikuje się z jego niepełnosprawnością, ważność kategorii, która ją z powodu tej sytuacji etykietuje, dla jej tożsamości jest bardzo znacząca (tab. 2). Jednocześnie niechętnie staje się członkiem grup wsparcia i stowarzyszeń rodziców niepełnosprawnych dzieci, o czym informują wyniki dotyczące samooceny członkowskiej, oraz negatywnie ocenia swoje w nich uczestnictwo. Jest nieprzychylnie nastawiona do terapii swojego syna, co wiąże się z poprzednimi wynikami, uważa, że jej efekty są mierne.

Tabela 2

Wyniki testu *t* Studenta: płć dziecka a funkcjonowanie psychospołeczne

Wyszczególnienie	Płć dziecka				Wyniki testu <i>t</i>		
		N	średnia	odchylenie standardowe	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Samoocena indywidualna	dz	38	3,67	0,57	4,06	85,91	0,00
	ch	50	3,10	0,73			
Poczucie piętna	dz	38	2,47	0,88	-0,97	78,46	0,33
	ch	50	2,66	0,85			
Lęk społeczny	dz	48	2,52	0,57	-2,86	104,95	0,00
	ch	67	2,84	0,60			
Prywatna KS	dz	38	4,14	0,72	0,20	82,10	0,83
	ch	50	4,10	1,19			
Publiczna KS	dz	38	4,34	0,62	1,18	83,41	0,24
	ch	50	4,17	0,69			
Tożsamość	dz	38	3,12	0,65	-2,69	84,08	0,00
	ch	50	3,60	1,01			
Samoocena członkowska	dz	38	4,27	0,54	3,67	82,84	0,00
	ch	50	3,71	0,87			
Ocena terapii	dz	38	4,26	0,56	3,12	85,86	0,00
	ch	50	3,82	0,76			

Możliwą przyczyną takiego stanu rzeczy są nasilone zaburzenia zachowania występujące częściej u niepełnosprawnych chłopców niż u dziewczynek (Pisula, 1998, 2003), a także istniejące w społeczeństwie przekonania na temat ról związanych z płcią i mocno ugruntowane oczekiwania co do realizowania tych zadań. Zadania męczyzny związane są głównie z obszarami wymagającymi sprawności intelektualnej (m. in. utrzymanie rodziny), społeczne oczekiwania

względem kobiet (choć też i szanse) są mniejsze. Możliwe, że właśnie dlatego urodzenie i wychowywanie niepełnosprawnego umysłowo syna jest „większą stratą” odnośnie do realizowania społecznych oczekiwań niż posiadanie niepełnosprawnej córki.

Prawdopodobnie też samo powołanie na świat dziecka jest dla kobiety powodem do dumy, ale większej, jak sugeruje podejście freudowskie, w przypadku syna niż córki. Przecież według Freuda dziewczynka, „kobieta, to coś wtórnego w stosunku do męskości” (Badinter, 1998; Budrowska, 2000). W tym kontekście syn, ale jednocześnie osoba nie w pełni wszystkich atrybutów „męskości”, czym jest tu sprawność intelektualna, chłopiec upośledzony umysłowo, mógłby być wielkim upokorzeniem i porażką dla matki.

Wyniki prezentowane w tej pracy potwierdzone są rezultatami wielu innych badań, które także wskazują na to, że chłopcy o upośledzonym rozwoju wywołują silniejszy stres rodzicielski i bardziej negatywnie wpływają na małżeństwo rodziców niż dziewczynki (Frey i in., 1989; Pisula, 1998). Przyczyny tej sytuacji mogą być jednak rozmaite i wymagają dalszej eksploracji.

Należy jeszcze raz podkreślić, że czynniki związane z sytuacją matki i z cechami niepełnosprawności dziecka wywierają wpływ zarówno na dobór strategii radzenia sobie – dojrzałych i niekonstruktywnych, jak i na niemal każdy aspekt funkcjonowania psychospołecznego (Masłowiecka, 2006, 2007). W ten sposób negatywne koło zamyka się, ważność niepełnosprawności dziecka wzrasta, gdy jest ono chłopcem, ponieważ obniża samoocenę indywidualną, nasila lęki przed negatywną oceną ze strony innych, sprawia, że matka nie chce uczestniczyć w terapii i w grupach, których członkami są rodzice dzieci o zaburzonym rozwoju, skłania do stosowania opartych na unikaniu strategii radzenia sobie w stresie, a więc znacząco ogranicza matce możliwość uzyskiwania potrzebnego jej społecznego wsparcia, a dziecku minimalizuje szanse na rehabilitację i stymulację rozwoju (poprzez udział w terapii).

Wyniki zaprezentowanych badań mają wymiar praktyczny, zaistniałe zależności mogą bowiem – i powinny – być wykorzystywane w trakcie kontaktu specjalisty z matką dziecka z upośledzeniem umysłowym. Uwrażliwienie także na tę cechę dziecka w kontekście jego niepełnosprawności może mieć znaczenie w podjęciu trafnych i adekwatnych technik terapeutycznych, zwłaszcza skoncentrowanych na poprawie psychospołecznego funkcjonowania matki. A korzystne funkcjonowanie matki, jak wiadomo, znacząco przyczynia się do sukcesów rewalidacyjnych dziecka – w taki oto sposób można przyczyniać się do dobroczynnego koła zależności.

BIBLIOGRAFIA

- Badinter E. (1998), *Historia miłości macierzyńskiej*, Volumen, Warszawa
- Brown R. P., Pinel E. C. (2003), *Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat*, „Journal of Experimental Social Psychology”, 39, 626–633
- Budrowska B. (2000), *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Funna, Wrocław
- Dąbrowska M. (2005), *Zjawisko wypalenia wśród matek dzieci niepełnosprawnych*, Impuls, Kraków
- Daniels-Mohring D., Lambie R. (1993), *Dysfunctional families of the student of special needs*, „Fokus on Exceptional Children”, 25, 1–11
- Endler N. S., Parker J. D. A. (1993), *The multidimensional assesment of coping: Concepts, issues and measurement*, [w:] G. L. Ven Heck, P. Bonaiuto, I. Deary, W. Nowack (red.), *Personality Psychology in Europe*, 4, University Press, Tilburg
- Frey K. S., Fewell R. F., Vadasy P. F. (1989), *Parental adjustment and changes in child outcome among families of young handicapped children*, „Topics in Early Childhood Special Education”, 8, 38–57
- Grodzka M. (1995), *Placz bez łez. Listy rodziców dzieci autystycznych*, Synapsis, Warszawa
- Heszen-Niejodek I. (1996), *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*, [w:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu, Problemy teoretyczne i metodologiczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego, Katowice
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa
- Kruk-Lasocka J. (1994), *Autyzm a oligofrenia*, „Szkoła Specjalna”, 4, 195–200
- Kwiatkowska A. (1999), *Tożsamość a społeczne kategoryzacje*, WIP PAN, Warszawa
- Leary M., Kowalski R. M. (2002), *Lęk społeczny*, GWP, Gdańsk
- Luhtanen R., Crocker J. (1992), *A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity*, „Personality and Social Psychology Bulletin”, 18, 302–318
- Masłowiecka A. (2006), *Radzenie sobie ze stresem przez matki dzieci z upośledzeniem umysłowym*, „Psychologia Rozwojowa”, 11, 1, 119–130
- Masłowiecka A. (2007), *Dziecko niepełnosprawne intelektualnie*, [w:] R. Piwowarski (red.), *Dziecko – sukcesy i porażki*, IBE, Warszawa
- Pilegge A. J., Holtz R. (1997), *The Effects of Social Identity on the Self-Set Goals and Task Performance of High and Low Self-Esteem*, „Individuals. Organizational Behavior and Human Decision Processes”, 70, 17–26
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa
- Pisula E. (2003), *Autyzm i przywiązanie*, GWP, Gdańsk
- Sekułowicz M. (2000), *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław
- Wrześniewski K. (1996), *Style a strategie radzenia sobie. Problemy pomiaru*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa

AGNIESZKA MASŁOWIECKA

**DIFFICULT LOVE: PSYCHOSOCIAL FUNCTION OF THE
MENTALLY DISABLED CHILD'S MOTHERS
– THE MATTER OF THE CHILD SEX**

Motherhood is a special kind of love, that connects with the child's sex. We would like to think, that the relationship is unconditional, but having a child relates to some consequences and causes some projections, expectations, isn't neutral. What happens when a child – equipped in particular gender – has a mental disability? What are the mothers feelings, how does she behave, when she is a mother of handicapped boy or a girl? This work contains the results of researches of psychosocial function of 115 mothers of handicapped children. Relationships between sex, coping, collective self-esteem of mothers and their personal self-esteem, social anxiety, consciousness of stigma (stereotypisation) was analyzed in this study. Results revealed, that child's sex is meaningful for the mother. Mothers of handicapped sons have more problems than girl's mothers. They have lower level of personal self-esteem, higher social anxiety, they show strong identification with the category of disability, feel worse in groups, prefer avoiding ways of coping, their attitude to the child's therapy is negative.

Key words: motherhood, sex, disability, mental handicap, self-esteem, social anxiety, collective self-esteem.