

Rodzicielski stres mniejszościowy a symptomy depresji i lęku u kobiet wychowujących dzieci w związkach jednopłciowych

Parental minority stress and symptoms of depression and anxiety in women raising children in same-sex relationships

Jowita Wycisk, Marzenna Zakrzewska

Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Summary

Aim. The purpose of this study was to examine the levels of depression and anxiety of lesbian and bisexual (LB) mothers raising children from a previous heterosexual relationship in a current same-sex relationship, on the basis of minority stress theory.

Method. 58 LB biological mothers, 33 LB co-mothers from same-sex relationships and 60 mothers from different-sex marriages participated in a questionnaire-based online survey. The groups were compared in terms of depression and anxiety severity (state and trait). In the LB groups, correlation analysis was conducted between the dependent variables and the number of encountered negative homophobic events, the expectation of rejection, self-concealment, and internalised homophobia. To examine whether the associations between these variables in LB biological mothers and co-mothers differed, moderation analysis was used.

Results. The levels of depression and anxiety were similar across the groups. Among LB mothers, anxiety (state and trait) correlated mainly with internalised homophobia, whereas depression was linked to the expectation of rejection. Notably, among biological LB mothers, as opposed to co-mothers, there was an association between both depression and anxiety (state) and negative homophobic events.

Conclusions. The lack of intergroup differences in levels of depression and anxiety, with correlations of these variables with minority stress, may indicate high resources (e.g. family resilience) of LB mothers. The cost of homophobic events is higher for LB biological mothers than for LB co-mothers. This may be attributed to the later emergence of non-heterosexual identity in LB biological mothers who have children from heteronormative relationships, leading to a heightened sense of threat when their custody rights are challenged.

Słowa kluczowe: stres mniejszościowy, depresja, lęk

Key words: minority stress, depression, anxiety

Wprowadzenie

W ostatnim półwieczu w wielu krajach zachodniego kręgu kulturowego – w odróżnieniu od państw byłego bloku wschodniego – nastąpiło prawne usankcjonowanie życia rodzinnego par jedнопłciowych z dziećmi. W Polsce o ich istnieniu, specyficznych potrzebach i wyzwaniach donoszą pojedyncze badania [1, 2], a także organizacje pozarządowe i media. Większość tych rodzin stanowią pary kobiet wychowujące dzieci urodzone we wcześniejszym związku z mężczyzną [1].

W Polsce szacunki mówią o minimum 50 tysiącach dzieci wychowywanych przez pary osób tej samej płci [3]. Są to najczęściej rodziny rekonstruowane, w których dzieci urodziły się we wcześniejszym związku heteroseksualnym, rzadziej zaś rodziny planowane – gdy pary osób tej samej płci korzystają z metod wspomaganego rozrodu lub adopcji [1]. Jednocześnie należy podkreślić, że poziom systemowego heteroseksizmu w Polsce jest wysoki. Prawo do ochrony życia rodzinnego nie obejmuje osób LGBTQ (lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych, queerowych), a pary jedнопłciowe nie mają prawa do rejestracji związków partnerskich, zawierania małżeństw ani adopcji dziecka. Choć od dwóch dekad poparcie społeczne dla praw osób homoseksualnych wzrasta, 56% społeczeństwa odmawia parom jedнопłciowym prawa do zawierania małżeństw, a 75% – do adopcji dzieci [4]. Stereotypy i uprzedzenia wobec mniejszości są reprodukowane w publicystyce i polityce, co sprzyja eskalacji homofobicznej mowy nienawiści i przestępstw z nienawiści [5]. Zgodnie z teorią stresu mniejszościowego takie warunki społeczne niekorzystnie wpływają na zdrowie psychiczne osób LGBTQ.

Celem artykułu jest sprawdzenie, czy kobiety tworzące rodziny rekonstruowane z kobietami i wychowujące dzieci urodzone w poprzednim związku z mężczyzną również pozostają pod wpływem stresu mniejszościowego i czy odzwierciedla się on w objawach depresyjnych i lękowych. Kobiety te w większości uważają się za lesbijki lub osoby biseksualne, dlatego w dalszej części tekstu określane są jako matki LB.

Model stresu mniejszościowego osób LGB [6, 7] nawiązuje do teorii stresu społecznego, postulującej wpływ pozycji społecznej i zakresu przywilejów określonych grup na ich dobrostan psychiczny. Jest to stres uwarunkowany społecznie, chroniczny i unikatowy – stanowi dodatkowe, specyficzne obciążenie członków grup słabo uprzywilejowanych i zwiększa ryzyko pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Meyer [6] wyróżnił dwa typy czynników wywołujących go u osób LGB: (1) dystalne, czyli zobiektywizowane negatywne zdarzenia motywowane homofobią, takie jak gorsze traktowanie, agresja, wykluczenie; (2) proksymalne – uwarunkowane podmiotowo, w tym: (a) oczekiwanie odrzucenia skutkujące chroniczną czujnością i podejrzliwością; (b) ukrywanie się, związane z chęcią zatajenia swojej tożsamości seksualnej; (c) uwewnętrzniona homofobia, czyli negatywna postawa wobec nieheteroseksualności, skutkująca autodeprecjacją i konfliktem intrapsychicznym między homoseksualnymi pragnieniami a przekonaniami na ich temat.

Teoria stresu mniejszościowego znajduje potwierdzenie w zróżnicowanych badaniach. U osób LGB częściej niż u osób heteroseksualnych diagnozowano zaburzenia depresyjne, lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, myśli samobójcze

i samookaleczenia [7, 8]. Badania korelacyjno-regresyjne wykazały związki stresorów mniejszościowych z lękiem, depresyjnością oraz myślami samobójczymi [7, 9–11]. Badania eksperymentalne dowiodły, że ekspozycja osób LGB na homofobiczne treści powodowała nasilenie emocji negatywnych (m.in. lęku, gniewu i wstydu [12]) oraz endokrynologicznych i sercowo-naczyniowych fizjologicznych reakcji stresowych [13].

Badania nad stresem mniejszościowym rzadko uwzględniają rodziców LGB. Tymczasem rodzicielski stres mniejszościowy ma swoją specyfikę, gdyż wiąże się z chęcią ochrony dziecka i całej rodziny przed społecznym ostracyzmem, a nie tylko z obawą przed brakiem akceptacji własnej nieheteroseksualności [14, 15]. Dlatego w ujęciu rodzicielskiego stresu mniejszościowego należy uwzględnić dodatkowe stresory: negatywne zdarzenia motywowane uprzedzeniami wobec rodziców LGB, w tym mikroagresje i mikrowykluczenia w instytucjach edukacyjnych czy medycznych oraz w relacjach interpersonalnych (w wypadku rodzin powstałych po rozpadzie relacji heteroseksualnej – niechęć ze strony drugiego rodzica biologicznego i innych członków rodziny [16]; oczekiwanie odrzucenia siebie jako rodzica LGB, ale i dziecka, ponieważ ma nieheteronormatywnych rodziców; ukrywanie informacji o swojej tożsamości seksualnej i strukturze rodziny, zwłaszcza w sytuacjach społecznych eksponujących rolę rodzicielską; uwewnętrznione uprzedzenia dotyczące rodzicielstwa osób LGB).

Z wcześniejszych badań wynika, że zarówno rodzice LGB, jak i ich dzieci doświadczają odrzucenia i wykluczenia w środowisku szkolnym [17, 18], a obawa przed stygmatyzacją i dyskryminacją dziecka jest w tych rodzinach powszechna [17, 19, 20]. Często spotykaną przyczyną niepokoju rodziców LGB (zwłaszcza w rodzinach powstałych po rozpadzie związku heteronormatywnego) jest wykorzystanie informacji o tożsamości seksualnej rodziców przez osoby trzecie w celu podważenia ich kompetencji wychowawczych lub zakwestionowania prawa do opieki nad dzieckiem [20, 21].

Nieliczne badania korelacyjne potwierdzają teorię stresu mniejszościowego u rodziców LGB. Na przykład Goldberg i Smith [22] wykazały, że lesbijki i geje z wysokim poziomem zinternalizowanej homofobii, zamieszkujący w USA te stany, w których nie było korzystnych dla rodzin LGB rozwiązań prawnych, doświadczali najbardziej gwałtownego wzrostu objawów depresyjnych i lękowych w okresie adaptacji do rodzicielstwa. W holenderskich badaniach Bos i wsp. [23] matki lesbijki z rodzin planowanych, które doświadczyły ostracyzmu, antycypowały odrzucenie społeczne, miały wysoki poziom uwewnętrznionej homofobii oraz były bardziej skłonne do przejawiania rodzicielskiego usprawiedliwiania się – czyli silnego i uporczywego prezentowania się jako dobry rodzic. Jednocześnie należy podkreślić, że badania porównawcze nie wykazały różnic między matkami lesbijkami lub ojcami gejami a rodzicami heteroseksualnymi pod względem zakłóceń zdrowia psychicznego, w tym: neurotyzmu, depresji, zaburzeń lękowych i psychotycznych [24–26].

Teoria stresu mniejszościowego rodziców LGB znajduje więc potwierdzenie w wynikach badań korelacyjnych, ale nie porównawczych. Większość tych ostatnich dotyczyła jednak rodzin planowanych, w których podjęcie roli rodzicielskiej (przez urodzenie dziecka lub adopcję) wymaga silnej motywacji i determinacji. Prawdopodobnie na rodzicielstwo decydują się głównie osoby LGB o wysokich zasobach poznawczych, emocjonalnych i materialnych, które chronią je przed skutkami stresu

mniejszościowego. Nie wiadomo, w jakim stopniu dotyczy to także matek LB decydujących się na życie z kobietą po rozpadzie wcześniejszego związku heteronormatywnego. Interesujące wydaje się ponadto, czy stres mniejszościowy ma taki sam efekt dla matek biologicznych i ich partnerek – matek przybranych.

Sformułowano zatem następujące pytania badawcze: (1) Czy kobiety wychowujące dzieci w związkach jednopłciowych i matki z różnopłciowych małżeństw różnią się nasileniem depresji i lęku? (2) Czy nasilenie symptomów depresyjnych i lękowych jest związane ze stresem mniejszościowym w postaci: zinternalizowanej homofobii, oczekiwania odrzucenia, ukrywania się i negatywnych zdarzeń motywowanych homofobią? (3) Czy rola pełniona w rodzinie – jako matka biologiczna lub przybrana – moderuje związek między stresem mniejszościowym a depresją i lękiem?

Material i metoda

Grupa badawcza

Badanie było adresowane do kobiet tworzących romantyczne związki jednopłciowe i wychowujących przynajmniej jedno dziecko w wieku od 4 do 21 lat, zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym od minimum roku. Grupę badawczą zebrano metodą kuli śnieżnej i przez ogłoszenia na stronach internetowych dedykowanych osobom LGBTQ oraz przez stronę WWW uczelni. W zaproszeniu informowano o celu badania (opisanie i zrozumienie mechanizmów psychologicznych związanych ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem w zróżnicowanych sytuacjach osobistych, w tym wypadku – w rodzinie kobiet tworzących związki jednopłciowe). Osoby zainteresowane udziałem kontaktowały się mailowo z autorką. W odpowiedzi otrzymywały informację o przebiegu i czasie trwania badania oraz spersonalizowany link do zestawu ankiet umieszczonego na internetowej platformie jednostki badawczej. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny i poufny, poprzedzony wyrażeniem świadomej zgody przez uczestniczki. Ze względu na nieeksperymentalny charakter badania nie była wymagana zgoda komisji bioetycznej. Uczestniczki wypełniały kwestionariusze w dogodnym dla siebie czasie. Po zakończeniu badania w ramach rekompensaty za poświęcony czas otrzymywały e-bon podarunkowy do salonu prasowego o wartości 50 zł.

Warto wspomnieć, że udział w badaniu był dla uczestniczek doświadczeniem ważnym, czemu dawały wyraz w komentarzach do ankiety lub w kontakcie mailowym z autorką. Niektóre kobiety wyrażały zainteresowanie wynikami, udzielały dodatkowych informacji na temat swojej rodziny, dzieliły się własnymi doświadczeniami i podkreślały konieczność prowadzenia tego typu badań, w nadziei, że przyczynią się one do zwiększenia świadomości społecznej na temat osób wychowujących dzieci w związkach jednopłciowych. Pojedyncze osoby, które zgłosiły chęć zawarcia znajomości z podobnymi rodzinami, zostały zachęcane do kontaktu z organizacją pozarządową wspierającą rodziny osób LGBT+, Fundacją Tęczowe Rodziny i z odpowiednimi grupami w mediach społecznościowych.

Do grupy właściwej włączono 91 kobiet: 58 biologicznych matek dzieci urodzonych we wcześniejszym związku z mężczyzną i 33 kobiety nieposiadające własnego

potomstwa (matki przybrane). W grupie kontrolnej znalazło się 60 matek dzieci urodzonych w aktualnym związku małżeńskim z mężczyzną.

Tabela 1. Dane demograficzne z podziałem na podgrupy

	Kobiety w związkach jednopłciowych		Kobiety mężatki <i>n</i> = 60	Test istotności różnic
	Matki biologiczne <i>n</i> = 58	Matki przybrane <i>n</i> = 33		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
Wiek	38,9 (6,98) ^a	33,8 (6,73) ^{a,b}	39 (6,04) ^b	$F(2; 148) = 7,87$; $p < 0,001$
Wiek najstarszego dziecka w rodzinie	13,5 (5,08)	12,4 (4,86)	11,8 (4,14)	$F(2; 148) = 1,84$; $p = 0,162$
Liczba dzieci w rodzinie	1,81 (0,93)	1,48 (0,62) ^c	2,12 (0,74) ^c	$F(2; 148) = 6,93$; $p = 0,001$
Staż związku	6,22 (4,63) ^d	5,95 (4,97) ^e	16,44 (5,4) ^{d,e}	$F(2; 148) = 76,4$; $p < 0,001$
Orientacja seksualna	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Homoseksualna	25 (43,1%)	27 (81,8%)	0 (0%)	$\chi^2(6) = 173$; $p < 0,001$
Biseksualna	29 (50%)	6 (18,2%)	0 (0%)	
Heteroseksualna	0 (0%)	0 (0%)	60 (100%)	
Inna	4 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
Miejsce zamieszkania				
Wieś	7 (12,1%)	6 (18,2%)	11 (18,3%)	$\chi^2(6) = 1,44$; $p = 0,963$
Miasto do 100 tys. mieszkańców	15 (25,9%)	8 (24,2%)	17 (28,3%)	
Miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców	13 (22,4%)	7 (21,2%)	11 (18,3%)	
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	23 (39,7%)	12 (36,4%)	21 (35%)	
Wykształcenie				
Średnie lub niższe	23 (39,7%)	12 (36,4%)	19 (31,7%)	$\chi^2(2) = 0,826$; $p = 0,662$
Wyższe	35 (60,3%)	21 (63,6%)	41 (68,3%)	
Sytuacja zawodowa				
Nieaktywna zawodowo	6 (10,3%)	1 (3,0%)	7 (11,7%)	$\chi^2(2) = 2,02$; $p = 0,365$
Aktywna zawodowo	52 (89,7%)	32 (97,0%)	53 (88,3%)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Sytuacja materialna				
Bardzo dobra	14 (24,1%)	14 (42,4%)	20 (33,3%)	Chi ² (4) = 4,88; p = 0,3
Dobra	41 (70,7%)	17 (51,5%)	39 (65%)	
Niezadowolająca	3 (5,2%)	2 (6,1%)	1 (1,7%)	

^a $t_{\text{Tukeya}} (148) = 3,57; p = 0,001$; ^b $t_{\text{Tukeya}} (148) = 3,68; p = 0,001$; ^c $t_{\text{Gamesa-Howella}} (76,4) = 4,39; p < 0,001$;
^d $t_{\text{Tukeya}} (148) = 11,06; p = 0,001$; ^e $t_{\text{Tukeya}} (148) = 9,64; p = 0,001$

Grupy w większości nie różniły się zmiennymi demograficznymi (tab. 1). Jedyne różnice dotyczyły stażu związku i średniej liczby dzieci w rodzinie. Jest to zrozumiałe, gdyż grupę kobiet LB tworzyły osoby z rodzin rekonstruowanych, a porównywano je z kobietami żyjącymi w swoim pierwszym związku małżeńskim. Ponadto matki przybrane były młodsze od biologicznych matek LB i matek z grupy kontrolnej, przy czym wiek dwu ostatnich grup był zbliżony.

Narzędzia badawcze

Depresja

Zastosowano *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised* (CESD-R) [27] – skalę szeroko wykorzystywaną do badania nasilenia depresji w populacji ogólnej; w badanej próbie α Cronbacha = 0,936.

Symptomy lękowe

Do pomiaru nasilenia niepokoju i lękliwości zastosowano *Inwentarz stanu i sechylęku* STAI-X1 i STAI-X2 [28]; α Cronbacha w badanej próbie wyniosła, odpowiednio, 0,949 i 0,919.

Stres mniejszościowy

Zastosowano cztery częściowo zmodyfikowane podskale ze *Skali stresu mniejszościowego* Goldbluma i wsp. [29] (zob. też [30]) („Negatywne zdarzenia”, „Oczekiwanie odrzucenia”, „Ukrywanie się”, „Zinternalizowana homofobia”) oraz pięć dodatkowych skal autorskich uwzględniających mniejszościowe doświadczenia rodzicielskie. Łącznie obejmowały one 111 twierdzeń, a odpowiedzi zaznaczano na skalach Likerta z wyjątkiem *Skali negatywnych zdarzeń*, mających postać check-list. Współczynnik α Cronbacha wynosił od 0,881 do 0,941. Na potrzeby prezentowanych analiz wyniki wymienionych dziewięciu podskal poddano agregacji przez analizę czynnikową. Uzyskano cztery miary stresu mniejszościowego:

- (1) „Zinternalizowaną homofobię” – uwewnętrznione uprzedzenia na temat nieheteroseksualnej tożsamości i nieheteronormatywnego rodzicielstwa;
- (2) „Oczekiwanie odrzucenia” – antycypację niechęci otoczenia wobec siebie jako nieheteronormatywnego rodzica oraz wobec wychowywanego dziecka;

- (3) „Ukrywanie się” – zatajanie tożsamości seksualnej w okolicznościach sprawowania opieki nad dzieckiem i w innych, niezwiązanych z opieką, sytuacjach;
- (4) „Negatywne zdarzenia” – doświadczenia wykluczenia, poniżenia, odrzucenia lub przemocy motywowane uprzedzeniami wobec nieheteroseksualnej tożsamości i łączenia jej z rolą rodzicielską w ciągu roku poprzedzającego badanie.

Analizy statystyczne

Zastosowano pakiet SPSS 28.0 oraz makra PROCESS 4.2 Hayesa. Do porównań międzygrupowych użyto jednoczynnikowej analizy wariancji dla grup niezależnych. Siłę związków między stresem mniejszościowym a depresyjnością i lękiem określano na podstawie analizy korelacji. Aby sprawdzić, czy związki te są podobne u matek biologicznych i przybranych, zastosowano analizę moderacji. Choć zmienne nie miały rozkładów normalnych, to ich wariancje były homogeniczne w porównywanych grupach, stąd zdecydowano o zaprezentowaniu wyników testów parametrycznych (t Studenta, r Pearsona), każdorazowo kontrolując spójność uzyskanych efektów z wynikami ich nieparametrycznych odpowiedników (z wyjątkiem analizy moderacji opartej na równaniach regresji).

Wyniki

Jak wskazuje tabela 2, średni wynik w skalach depresji, stanu lęku i cechy lęku był porównywalny u matek LB biologicznych i w grupie kontrolnej, a niższy u matek LB przybranych, jednak różnice te okazały się statystycznie nieistotne.

Tabela 2. Nasilenie depresji oraz stanu i cechy lęku u matek biologicznych ($n = 58$) i przybranych ($n = 33$) tworzących związki jednopłciowe oraz matek z rodzin heteronormatywnych ($n = 60$) – wyniki testu Fishera

Zmienna	Matki biologiczne LB <i>M, SD</i>	Matki przybrane LB <i>M, SD</i>	Grupa kontrolna <i>M, SD</i>	<i>F</i>	<i>df1, df2</i>	<i>p</i>
Depresja	17,1 (15,42)	13,6 (10,37)	17,8 (14,58)	998	2, 148	0,371
Lęk-stan	37,2 (13,31)	35,7 (9,79)	37,7 (13,59)	277	2, 148	0,758
Lęk-cecha	41,2 (11,68)	39,7 (9,78)	41,4 (10,53)	292	2, 148	0,747

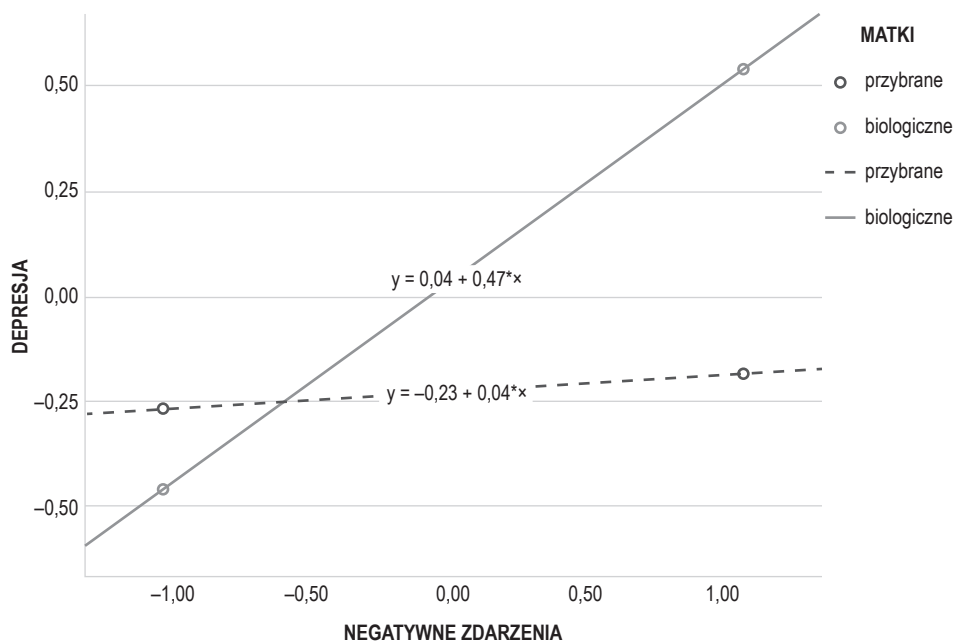
Korelacje stresorów mniejszościowych z nasileniem depresji oraz stanu i cechy lęku były w większości istotne statystycznie, od słabych do umiarkowanych (por. tab. 3). Wysiłki kobiet, by zataić tożsamość seksualną, oraz oczekiwanie odrzucenia przez normatywną większość korelowały dodatnio z wszystkimi trzema miarami problemów emocjonalnych. Obecność negatywnych zdarzeń motywowanych homofobią związana była z tendencjami depresyjnymi i stanem (ale nie cechą) lęku. Natomiast lęk – zarówno w wymiarze stanu, jak i cechy – najsilniej związany był z uwewnętrznioną homofobią.

Tabela 3. Macierz korelacji *r* Pearsona depresyjności oraz stanu i cechy lęku z czynnikami stresu mniejszościowego

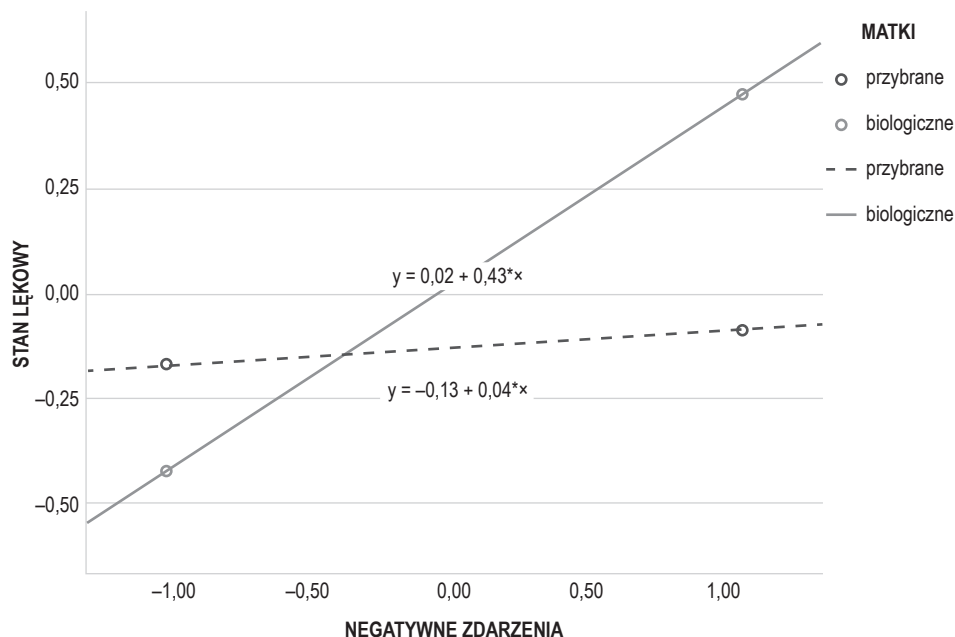
Wyszczególnienie	Depresja	Lęk-stan	Lęk-cecha
Zinternalizowana homofobia	0,149	0,416***	0,373***
Ukrywanie się	0,309**	0,308**	0,267*
Oczekiwanie odrzucenia	0,356***	0,356***	0,311**
Negatywne zdarzenia	0,338**	0,296**	0,183

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $N = 91$

Jak wykazała analiza moderacji, związki między stresorami proksymalnymi (zinternalizowaną homofobią, ukrywaniem się, oczekiwaniem odrzucenia) a wskaźnikami problemów emocjonalnych były niezależne od typu rodzicielstwa (matka biologiczna/przybrana); efekty interakcji były statystycznie nieistotne. Efekt istotny statystycznie wystąpił natomiast w wypadku negatywnych zdarzeń i dotyczył związku między: (a) negatywnymi zdarzeniami i depresją ($b = 0,218$; $t = 2,518$; $p = 0,0136$; por. rys. 1) oraz (b) negatywnymi zdarzeniami i stanem lęku ($b = 0,194$; $t = 2,071$; $p = 0,0413$; por. rys. 2). W obu wypadkach współczynnik korelacji między zmiennymi był wyższy w grupie matek biologicznych w porównaniu z matkami przybranymi. Oznacza to, że



Rysunek 1. Relacja między negatywnymi zdarzeniami i depresją u matek LB biologicznych i przybranych – wyniki analizy moderacji



Rysunek 2. Relacja między negatywnymi zdarzeniami i stanem lęku u matek LB biologicznych i przybranych – wyniki analizy moderacji

negatywne zdarzenia motywowane homofobią są dodatnio skorelowane z depresyjnością i stanem lęku, ale tylko u matek biologicznych.

Dyskusja

W odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze ustalono, że poziom symptomów depresyjnych i lękowych u matek LB (biologicznych i przybranych) i matek heteronormatywnych jest porównywalny. Biorąc pod uwagę specyfikę badanej grupy, należy podkreślić, że wniosek ten dotyczy zwłaszcza osób wykształconych, o dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej. Uzyskane wyniki są zbieżne z konkluzjami badań anglosaskich nad zdrowiem psychicznym rodziców LGB [24, 31, 32]. Zgodnie z teoretycznym modelem rodzinnej rezyliencji [33] brak różnic w nasileniu problemów emocjonalnych między porównywanymi grupami może świadczyć o odporności psychicznej i konstruktywnych procesach psychospołecznych zachodzących w nieheteronormatywnych rodzinach. Model znajduje potwierdzenie w pierwszych doniesieniach empirycznych: matki lesbijki z Izraela mają wyższy poziom pozytywnego nastawienia niż matki heteroseksualne, co chroni je przed symptomami depresyjnymi [34].

Odnosząc się do drugiego problemu badawczego, stwierdzono także, że wszystkie stresory mniejszościowe są związane z zakłóceniami zdrowia psychicznego. Nasilenie symptomów depresyjnych było tym większe, im więcej negatywnych doświadczeń

motywowanych uprzedzeniami zgłaszały uczestniczki, im bardziej antycypowały wystąpienie tego typu zdarzeń w życiu własnym i dzieci oraz im bardziej ukrywały swoją tożsamość seksualną. Z kolei lęk jako stan i jako cecha związane były najsilniej ze zinternalizowaną homofobią. Możliwe, że trwała, osobowościowa tendencja do reagowania lękiem stanowi czynnik sprzyjający internalizacji uprzedzeń i wzmacnia efekt ich oddziaływania na odczuwany stan. Warto podkreślić, że stan lęku dodatnio korelował z wszystkimi stresorami ujętymi w badaniu.

Uzyskane wyniki są spójne z wcześniejszymi badaniami prowadzonymi w grupie osób LGB, zarówno bezdzietnymi [6, 10], jak i posiadającymi dzieci [22, 32]. Wśród tych ostatnich potwierdzono jednak związki symptomów lękowych i depresyjnych ze stygmatyzacją i dyskryminacją oraz uwewnętrznionymi uprzedzeniami [35], tymczasem prezentowane wyniki wskazują dodatkowo na ważną rolę innych stresorów proksymalnych: ukrywania się i oczekiwania odrzucenia.

Badania nad relacją między życiem w ukryciu a depresją lub lękiem prowadziły do niejednoznacznych rezultatów, co tłumaczono różnicami w konceptualizacji i operacjonalizacji ukrywania się [36]. W polskich badaniach prowadzonych wśród bezdzietnych osób LGB taki związek zaobserwowano jedynie u biseksualnych mężczyzn [10]. Z kolei w metaanalizie 193 badań Pachankis i wsp. [36] wykazali niewielki pozytywny związek między tymi zmiennymi. Zatajanie prawdy o sobie, choć może być formą ochrony przed potencjalną niechęcią innych ludzi, zgodnie z modelem zaabsorbowania sekretem może skutkować wysoką aktywacją poznawczą, „wtargnięciami” niechcianych myśli o ukrywanym piętnie i pojawieniem się niepokoju, wstydu czy poczucia winy, prowadząc do chronicznego stanu obniżonego nastroju [10, 37]. Ten stan emocjonalny z kolei wiąże się z ryzykiem wycofania z relacji społecznych, izolacji, spadku poczucia sprawczości i obniżenia samooceny [38].

Warto podkreślić, że u matek LB poziom otwartości może pozostawać pod wpływem innych, dodatkowych czynników kontekstowych niż te obecne w życiu osób bezdzietnych. Kluczowe znaczenie może tu mieć obawa kobiet przed zakwestionowaniem ich prawa do opieki nad dzieckiem lub ich umiejętności wychowawczych [18]. Inne czynniki znaczące dla ujawniania się to: konieczność uwzględnienia potrzeb związanych z jawnością pozostałych członków rodziny (w tym dzieci), poziom akceptacji kobiet przez ich rodziny pochodzenia i przez ojca dziecka, czy wreszcie klimat społeczny dotyczący praw osób LGB w najbliższym sąsiedztwie i środowisku szkolnym dziecka [20].

Jeśli zaś chodzi o oczekiwanie odrzucenia, to zgodnie z modelem Meyera i uzyskanymi wynikami badań sprzyja ono indukcji stanów depresyjnych i lękowych [10, 39]. Szczególnie u matki, której umiejętności opiekuńcze zostały podważone ze względu na jej relację z kobietą, oczekiwanie odrzucenia prawdopodobnie obniża nastrój i nasila niepokój. Warto jednak podkreślić, że obniżony nastrój może oddziaływać zwrotnie na percepcję otoczenia jako odrzucającego lub zagrażającego, tworząc charakterystyczny dla stanu depresji cykl samoregulacji oparty na perseweracji i ruminacji [40].

Odpowiadając na trzecie pytanie badawcze, stwierdzono, że stres mniejszościowy powodował pogorszenie nastroju matek biologicznych, w odróżnieniu od matek przybranych, lecz dotyczyło to wyłącznie negatywnych zdarzeń mniejszościowych.

Różnica ta może wynikać z odmiennego rozwoju tożsamości nieheteroseksualnej u kobiet LB bezdzietnych i posiadających dzieci ze związku z mężczyzną [14], gdyż te ostatnie zwykle później zdają sobie sprawę z własnej nieheteroseksualności [18]. Kobiety w związkach heteronormatywnych nie są eksponowane na homofobiczną stygmatyzację, przez co mają mniej okazji do rozwinięcia sposobów radzenia sobie z nią [18]. Gdy są w relacji jedнопłciowej i stygmatyzacja zaczyna je dotyczyć, mogą silniej reagować emocjonalnie i cierpieć z powodu obniżenia nastroju czy wzrostu niepokoju. Ponadto mikroagresje – zwłaszcza te związane z kwestionowaniem kompetencji wychowawczych czy prawa do opieki nad dzieckiem – stanowią zagrożenie dla tożsamości rodzicielskiej kobiet, które nie znajduje analogii w doświadczeniu matek przybranych. Matki biologiczne są prawnie i psychologicznie odpowiedzialne za swoje dzieci, z którymi od urodzenia tworzą emocjonalną więź. Lęk o bezpieczeństwo i stabilność relacji z dzieckiem, a także antycypacja poczucia winy mogą wyjaśniać zaobserwowaną zależność u matek biologicznych, jakkolwiek hipoteza ta wymaga dalszych badań.

Uzyskane wyniki pozwalają sformułować pewne wnioski aplikacyjne na temat psychologicznego wsparcia kobiet LB, które wychowują dzieci z wcześniejszych związków heteronormatywnych. Po pierwsze, należy pamiętać, że stres mniejszościowy oddziałuje chronicznie na ich stan emocjonalny, dlatego trudne do przecenienia są wolna od uprzedzeń, akceptująca postawa profesjonalisty udzielającego wsparcia i stosowanie afirmatywnego podejścia w ewentualnej psychoterapii [41]. Po drugie, pomoc psychologiczna powinna wzmacniać proces rozwoju mniejszościowej tożsamości seksualnej, który u biologicznych matek LB będących wcześniej w relacji z mężczyzną często zachodzi już w okresie dorosłości, po urodzeniu dziecka [42]. Integracja kształtującej się dopiero tożsamości mniejszościowej z tożsamością rodzicielską, wytworzoną wcześniej, może stanowić specyficzny obszar pomocy psychologicznej. Ponadto do ważnych elementów pomocy psychologicznej w pracy z tą grupą kobiet należą również: psychoedukacja, w tym weryfikacja mitów na temat niekorzystnych skutków wychowania dziecka przez parę jedнопłciową, towarzyszenie w procesie ujawniania się (niekiedy też przed dzieckiem) oraz wsparcie informacyjne w zakresie możliwości nawiązania kontaktu z organizacjami pozarządowymi lub grupami nieformalnymi integrującymi rodziny osób LGB.

Na koniec warto podkreślić, że stres mniejszościowy jest uwarunkowany kulturowo-społecznie i stanowi pochodną strukturalnego oraz instytucjonalnego heteroseksizmu [43]. Dlatego obok indywidualnych kompetencji profesjonalistów do udzielania wsparcia rodzicom z grupy LGBT+ potrzebne jest także zaangażowanie całego środowiska na rzecz normalizacji życia rodzinnego i rodzicielstwa tych osób, przeciwdziałania uprzedzeniom i wprowadzenia zmian prawnych umożliwiających zawieranie związków partnerskich lub małżeństw osobom tej samej płci.

Wnioski

1. Kobiety LB wychowujące dzieci z wcześniejszych związków heteronormatywnych nie różnią się poziomem depresji i lęku od kobiet zamężnych, pomimo niekorzyst-

- nej i obciążającej osoby LGBT+ sytuacji społeczno-politycznej w Polsce, co może świadczyć o ich zdolnościach adaptacyjnych i kompensacyjnych.
2. Nastrój matek LB jest tym bardziej obniżony, im silniejszego stresu mniejszościowego doświadczają, przy czym negatywne zdarzenia motywowane homofobią sprzyjają rozwojowi symptomów depresyjnych i lękowych u biologicznych matek LB, ale nie u ich partnerek. Biologiczne matki LB są szczególnie wrażliwe na zdarzenia motywowane homofobią prawdopodobnie ze względu na brak wcześniejszych doświadczeń mniejszościowych oraz ze względu na ich specyfikę wymierzoną w tożsamość rodzicielską i relację z dzieckiem (np. kwestionowanie praw rodzicielskich lub kompetencji wychowawczych).
 3. Pewne ograniczenie badania stanowi dobór próby – wzięły w nim udział kobiety wysoko funkcjonujące, w większości wykształcone, dobrze sytuowane, ujawnione na tyle, by zgłosić się do badania. Dalsze badania w tej grupie powinny włączyć osoby o niższym kapitale ekonomiczno-społecznym i wykorzystać metody jakościowe, by uzyskać pogłębione rozumienie subiektywnych doświadczeń związanych z rodzicielskim stresem mniejszościowym.

Piśmiennictwo

1. Mizieleńska J, Abramowicz M, Stasińska A. *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*. Warszawa: Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk; 2014.
2. Wojciechowska M. *Dwie matki jednego dziecka*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2020.
3. Koniecznyńska A. *Polacy pod tęńczową flagą*. Kraków: Znak; 2021.
4. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Stosunek Polaków do osób homoseksualnych. Komunikat z badań nr 121/2021*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2021.
5. Mazurczak A, Mrowicki M, Adamczewska-Stachura M. *Sytuacja prawna osób nieheteroseksualnych i transpłciowych w Polsce*. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2019; 6(27): 1–122. <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Raport%20RPO%20Sytuacja%20prawna%20os%C3%B3b%20LGBT%20w%20Polsce.pdf>.
6. Meyer IH. *Minority stress and mental health in gay men*. J. Health Soc. Behav. 1995; 36(1): 38–56.
7. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychol. Sex Orientat. Gend. Divers. 2013; 1(S): 3–26.
8. Grabski B, Iniewicz G, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(4): 637–647.
9. Argyriou A, Goldsmith KA, Rimes KA. *Mediators of the disparities in depression between sexual minority and heterosexual individuals: A systematic review*. Arch. Sex. Behav. 2021; 50(3): 925–959.
10. Iniewicz G. *Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
11. Rogers ML, Hom MA, Janakiraman R, Joiner TE. *Examination of minority stress pathways to suicidal ideation among sexual minority adults: The moderating role of LGBT community connectedness*. Psychol. Sex Orientat. Gend. Divers. 2021; 1(8): 38–47.

12. Seager van Dyk I, Hahn H, Scott LE, Aldao A, Vine V. *Manipulating minority stress: Validation of a novel film-based minority stress induction with lesbian, gay, and bisexual adults*. Psychol. Sex Orientat. Gend. Divers. 2021; 10(1): 128–139.
13. Huebner DM, McGarritty LA, Perry NS, Spivey LA, Smith TW. *Cardiovascular and cortisol responses to experimentally-induced minority stress*. Health Psychol. 2021; 40(5): 316–325.
14. Lynch JM, Murray K. *For the love of the children: The coming out process for lesbian and gay parents and stepparents*. J. Homosex. 2000; 39(1): 1–24.
15. Wycisk J. *The minority stress of lesbian, gay and bisexual parents. Specificity of Polish context*. Pol. Psychol. Bull. 2015; 46(4): 594–606.
16. Siegenthaler AL, Bigner JJ. *The value of children to lesbian and non-lesbian mothers*. J. Homosex. 2000; 39(2): 73–91.
17. Kosciw JG, Diaz EM. *Involved, invisible, ignored: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender parents and their children in our nation's K-12 schools*. New York: GLSEN; 2008.
18. Morris JF, Balsam KF, Rothblum ED. *Lesbian and bisexual mothers and nonmothers: Demographics and the coming-out process*. J. Fam. Psychol. 2002; 16(2): 144–156.
19. Lubbe C. *LGBT parents and their children: Non-Western research and perspectives*. W: Goldberg AE, Allen KR. red. *LGBT-parent families. Innovations in research and implications for practice*. New York: Springer; 2013. S. 209–224.
20. Mizielińska J. *Odmienne czy zwyczajne? Rodziny z wyboru w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017.
21. Maxwell NG, Donner R. *Psychological consequences of judicially imposed closets in child custody and visitation disputes involving gay and lesbian parents*. William & Mary Journal of Women and the Law 2006; 13(1): 305–348.
22. Goldberg AE, Smith JZ. *Stigma, social context, and mental health: Lesbian and gay couples across the transition to adoptive parenthood*. J. Couns. Psychol. 2011; 58(1): 139–150.
23. Bos HMW, Balen van F, Boom van den DC, Sandfort TGM. *Minority stress, experience of parenthood and child adjustment in lesbian families*. J. Reprod. Infant. Psychol. 2004; 22(4): 291–304.
24. Farr RH, Vázquez CP. *Stigma experiences, mental health, perceived parenting competence, and parent-child relationships among lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents in the United States*. Front. Psychol 2020; 11: 445.
25. Patterson CJ. *Families of the lesbian baby boom: Maternal mental health and child adjustment*. J. Gay Lesbian Psychother. 2001; 4(3–4): 91–107.
26. Shenkman G, Siboni O, Tasker F, Costa PA. *Pathways to fatherhood: Psychological well-being among Israeli gay fathers through surrogacy, gay fathers through previous heterosexual relationships, and heterosexual fathers*. Front. Psychol 2020; 11: 91.
27. Koziara K. *Ocena depresyjności w populacji. Psychometryczna ocena polskiej wersji skali CESD-R*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1109–1117.
28. Wrześniewski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Ferenc D. *STAI. Podręcznik do badania lęku jako stanu i lęku jako cechy*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2011.
29. Goldblum P, Waelde L, Skinta M, Dilley J, *Sexual Minority Stress Scale*, unpublished material.
30. Iniewicz G, Sałapa K, Wrona M, Marek N. *Minority stress among homosexual and bisexual individuals – from theoretical concepts to research tools: The Sexual Minority Stress Scale*. Arch. Psychiatry Psychother. 2017; 19(3): 69–80.

31. Goldberg AE, Smith JZ. *Social support and psychological well-being in lesbian and heterosexual preadoptive couples*. Fam. Relat. 2008; 57(3): 281–294.
32. Shapiro DN, Peterson C, Stewart AJ. *Legal and social contexts and mental health among lesbian and heterosexual mothers*. J. Fam. Psychol. 2009; 23(2): 255–262.
33. Prendergast S, MacPhee D. *Family resilience amid stigma and discrimination: A conceptual model for families headed by same-sex parents*. Fam. Relat. 2017; 67(1): 26–40.
34. Shenkman G, Bos HM, D’Amore S, Carone N. *Mental health disparities between lesbian mothers and heterosexual parents: The mediating role of positivity*. Sex Res. Soc. Policy 2023; 1–11. Published online 10 February 2023. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00800-8>.
35. Pollitt AM, Reczek C, Umberson D. *LGBTQ-parent families and health*. W: Goldberg AE, Allen KR. red. *LGBTQ-parent families*, 2nd ed. New York: Springer Nature Switzerland AG; 2020. S. 125–140.
36. Pachankis JE, Mahon CP, Jackson SD, Fetzner BK, Bränström R. *Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review*. Psychol. Bull 2020; 146(10): 831–871.
37. Smart, Wegner DM. *Ukryte koszty ukrytego piętna*. W: Heatheron TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. red. *Spółeczna psychologia piętna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008. S. 205–224.
38. Pachankis JE. *The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective – behavioral model*. Psychol. Bull 2007; 133(2): 328–345.
39. Hatzenbuehler ML. *How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework*. Psychol. Bull 2009; 135(5): 707–730.
40. Pyszczynski T, Greenberg J. *Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression*. Psychol. Bull. 1987; 102(1): 122–138.
41. Bojarska K. *Psychoterapia lesbijek, gejów i osób biseksualnych*. W: Lew-Starowicz Z, Kowalczyk R, Tritt RJ. red. *LGB. Zdrowie psychiczne i seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016. S. 134–171.
42. Wycisk J. *Tożsamościowe wyzwania kobiet sprawujących opiekę nad dzieckiem w związkach jedнопłciowych w świetle koncepcji Vivienne Cass*. Człowiek i Społeczeństwo 2018; 45: 217–244.
43. Herek GM. *Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice*. J. Soc. Issues 2007; 63(4): 905–925.

Adres: Jowita Wycisk
e-mail: jowita@amu.edu.pl

Otrzymano: 22.12.2023
Zrecenzowano: 3.04.2024
Otrzymano po poprawie: 29.04.2024
Przyjęto do druku: 3.07.2024