

Przesłano do redakcji:
11.08.2025
Zaakceptowano po recenzji:
01.09.2025
Opublikowano:
17.09.2025

Rodzina dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i współwystępującymi centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego – studium przypadku

A family with a child with attention deficit hyperactivity disorder and co-occurring central auditory processing disorder – a case study

Joanna Kobosko^{1AC-F} , Małgorzata Ganc^{1A-CF} 

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Warszawa/Kajetany

Wkład autorów:
A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

Streszczenie

Wprowadzenie: Rodzina stanowi fundament rozwoju psychologicznego dziecka, dlatego ważne jest poznanie, jaka w ocenie jej dorosłych członków jest jakość życia rodziny w wybranych obszarach, a także jej spójność i elastyczność, zwłaszcza w sytuacji zdiagnozowania u dziecka/ dzieci zaburzeń neurorozwojowych czy niepełnosprawności.

Cel i metody: Zaprezentowanie rodziny z dzieckiem z ADHD i APD z uwzględnieniem oceny jakości życia rodziny (kwestionariusz FQoLS-2006), spójności i elastyczności rodziny w ujęciu systemowym w świetle *Modelu kołowego systemów małżeńskich i rodzinnych* D.H. Olsona (FACES IV-SOR), a także projekcji rodziny w rysunku (*Test rysunku rodziny*) w wykonaniu matki oraz informacji z wywiadu wstępnego z matką i ankiety informacyjnej. Celem artykułu jest też wskazanie zasobów rodziny oraz obszarów jej funkcjonowania wymagających profesjonalnego wsparcia psychologicznego.

Opis przypadku: Przedmiotem opisu jest rodzina pełna, składająca się z następujących osób: matka, ojciec, dwoje dorosłych dzieci (cóрка i syn) oraz syn w wieku 7 lat z ADHD i APD, z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Rodzina obecnie w rozłące – matka mieszka z synami, mąż pracuje w innym mieście, a cóрка studiuje z dala od domu. Jakość życia rodziny została oceniona przez matkę wysoko: ogółem 3,79 (w skali od 1 do 5), najwyżej – w obszarze kariery zawodowej członków rodziny oraz interakcji społecznych, najniżej – w obszarze systemu wartości rodziny. Spójność i elastyczność systemu rodzinnego pozostaje na przeciętnym poziomie. Uwagę zwraca wysokie nasilenie wymiarów niezrównoważenia systemu rodzinnego: *Chaotyczności* i *Sztwności*. Wysoka *Chaotyczność* w systemie rodzinnym (SOR) wraz z wynikami analizy relacji w rodzinie z wykorzystaniem metody projekcyjnej (rysunek rodziny) wskazują na obszar problemowy, jakim jest funkcjonowanie podsystemu małżeńskiego.

Wnioski: Relacja małżeńska w omawianej rodzinie wymaga pogłębionej diagnozy psychologicznej i interwencji psychologicznej. Pomimo tego, iż podwyższona *Chaotyczność* i *Sztwność* systemu rodzinnego chłopca z ADHD i APD może pełnić w rodzinie funkcję adaptacyjną do trudności przez niego przejawianych, to jednak optymalnie nie sprzyja rozwojowi zarówno poznawczemu, jak i społeczno-emocjonalnemu, a tym samym przystosowaniu społecznemu dziecka. Chłopiec z ADHD i APD wymaga nie tylko kształcenia dostosowanego do jego potrzeb, lecz także zwiększenia kompetencji społeczno-emocjonalnych poprzez udział w zajęciach socjoterapeutycznych i psychologicznych.

Słowa kluczowe: rodzina dziecka z ADHD i APD • ADHD • zaburzenia przetwarzania słuchowego • APD • jakość życia rodziny • kwestionariusz FQoLS-2006 • spójność systemu rodzinnego • elastyczność systemu rodzinnego • kwestionariusz FACES IV-SOR

Autor korespondencyjny: Joanna Kobosko, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mochackiego 10, 02-042 Warszawa; email: j.kobosko@ifps.org.pl

Abstract

Introduction: The family is the foundation of a child's psychological development, therefore it is important to know how its adult members perceive the quality of family life in selected domains, as well as its cohesion and flexibility, especially in the case of families of a child/children diagnosed with neurodevelopmental disorders or disabilities.

Aim and methods: Present a family with a child with ADHD and APD, taking into account the assessment of the family's quality of life (FQoLS-2006 questionnaire), family cohesion and flexibility in a family systems in light of D.H. Olson's Circumplex Model (FACES IV-SOR questionnaire), as well as the family drawing (Family Drawing Test) performed by the mother and information obtained during the first interview with the mother. The article also aims to identify family resources and also areas of family functioning that are in need of professional psychological support.

Case study: A complete family: mother, father, two adult children: a daughter and a son, as well as a 7-year-old boy with ADHD and APD, who has been diagnosed as needing special education. The family is currently experiencing physical separation, with the mother living with her two sons (the husband works and the daughter studies away from home). The mother rated the family's quality of life highly (3.79 on a scale of 1 to 5), with the highest scores in the domains of family members' professional careers and social interactions, and the lowest in the area of family values (FQoLS-2006). The cohesion and flexibility of the family system remain at an average level, while the high intensity of the unbalanced dimensions of family system, namely chaos and rigidity, is noteworthy. High chaos in the family system as assessed by FACES IV-SOR, together with the results of analysis of family relationships using the projective Family Drawing Test performed by the mother, indicate a family problem area, namely the functioning of the marital subsystem.

Conclusions: Currently, the marital relationship requires an in-depth psychological diagnosis and the proposal of appropriate forms of psychological intervention for the spouses/ family. Despite the fact that the increased chaos and rigidity of the family system of a boy with ADHD and APD may serve the family's adaptive function in response to the difficulties he manifests, it does not optimally foster cognitive and socio-emotional development, and thus the child's social adjustment. A boy with ADHD and APD requires not only education suited to his needs, but also an increase in his social-emotional competencies through participation in sociotherapeutic and psychological training.

Keywords: family of a child with ADHD and APD • ADHD • auditory processing disorder • APD • family quality of life • FQoLS-2006 questionnaire • family system cohesion • family system flexibility • FACES IV questionnaire

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie skrótu	Odpowiednik w języku polskim
ADHD	attention-deficit hyperactivity disorder	zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
APD	auditory processing disorder	zaburzenia przetwarzania słuchowego
ASD	autism spectrum disorder	spektrum zaburzeń autystycznych
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association	Amerykańskie Stowarzyszenie Mowy, Języka i Słuchu
BSA	British Society of Audiology	Brytyjskie Towarzystwo Audiologiczne
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych
FACES IV-SOR	<i>Flexibility and Cohesion Evaluation Scales</i>	<i>Skala oceny rodziny</i>
FQoL	family quality of life	jakość życia rodziny
FQoLS-2006	<i>Family Quality of Life Survey</i>	<i>Kwestionariusz jakości życia rodziny</i>
IFPS	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	–
SOR	<i>Skala oceny rodziny</i>	–

Wprowadzenie

Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami neurorozwojowymi, jak np. autyzm (ang. *autism spectrum disorder*, ASD), ADHD (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*) czy zaburzenia przetwarzania słuchowego (ang. *auditory processing disorder*, APD) należy do grupy ryzyka obniżonej jakości życia, w tym także niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu systemu rodzinnego. Zmiany te są zazwyczaj odpowiedzią na trudności doświadczane wskutek stwierdzenia zaburzeń/ niepełnosprawności u dziecka [1–6]. Od momentu postawienia takiej diagnozy rodzina jako całość, a nie jedynie dziecko (dzieci)

o zaburzonym rozwoju/ niepełnosprawne, wymaga różnych form wsparcia i monitorowania. Z praktyki psychologicznej i badań wynika, że od tego, jak rodzice (pierwsi opiekunowie) radzą sobie z zaistniałą sytuacją, zależy efektywność podejmowanych działań, a także psychospołeczne funkcjonowanie każdego z jej członków, będących elementami systemu rodzinnego [7–12].

Monitorowanie funkcjonowania całej rodziny z dzieckiem o zaburzonym rozwoju powinno obejmować ocenę jej jakości życia w wielu obszarach, w tym w sferze niezwykle ważnej w procesie adaptacji do niepełnosprawności czy

deficytów w rozwoju dziecka, czyli w obszarze relacji rodzinnych, zwłaszcza małżeńskich (partnerskich), a także relacji społecznych, które z kolei umożliwiają budowanie sieci wsparcia społecznego. Na podstawie bieżącej oceny psychospołecznego funkcjonowania rodziny będzie można zaproponować adekwatną do potrzeb rodziny i dziecka pomoc w postaci różnych interwencji – psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych itp., świadczonych formalnie przez profesjonalnych terapeutów (poradnictwo i psychoterapia dla rodziców/ rodzin, warsztaty psychoedukacyjne dla rodziców, treningi kompetencji społecznych dla dzieci) [5,13] lub w postaci nieformalnej w grupach samopomocowych (np. grupy wsparcia dla rodzin) [5,14]. Z badań nad jakością życia rodzin z dzieckiem z APD wynika, że stosunkowo nisko oceniają one otrzymywane wsparcie specjalistyczne, co wynikać może z faktu, że adresowane jest ono przede wszystkim do dziecka z tym zaburzeniem w obszarze doświadczanych przez nie trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym [5,15], nie zaś do całej rodziny.

Rodzina z dzieckiem o zaburzonem rozwoju w ujęciu systemowym

W ujęciu systemowym w myśl ogólnej teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy'ego – rodzinę traktuje się jako system „charakteryzujący się pewnym zespołem norm i zasad oraz środkami podtrzymującymi jego spójność. System ten ma określone cele, sposoby zaspokajania potrzeb poszczególnych członków rodziny i realizacji podstawowych zadań społecznych” [16, s. 8]. Rodzina jako system stanowi pewną całość, której nie można sprowadzić do prostej sumy jej elementów, co oznacza, że poznanie każdego z członków rodziny nie jest równoznaczne z poznaniem danego systemu rodzinnego, ponieważ nie uwzględnia zachodzących interakcji między nimi. Zmiana dotycząca jednego elementu systemu, jaką jest np. diagnoza zaburzeń neurorozwojowych u dziecka, skutkuje zmianami w całym systemie rodzinnym. W takiej sytuacji rodzina jako system powinna dokonać zmian, aby adekwatnie się do niej przystosować.

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych podejść prezentujących systemowe rozumienie funkcjonowania rodzin jest *Model kołowy systemów rodzinnych i małżeńskich D.H. Olsona* [17,18]. Wyodrębniono w nim trzy wymiary funkcjonowania rodzin: spójność, elastyczność i komunikację rodzinną. Spójność definiowana jest jako „emocjonalna więź, która występuje między członkami rodziny” [17; za: 19, s. 12], od niezwiązania (bardzo niska spójność) do splątania (bardzo silna więź). Za elastyczność uważa się „miarę zmian w przewodnictwie, rolach i zasadach w systemie” [17; za: 19, s. 13], od dużego jej nasilenia będącego sztywnością do niewielkiego nazwanego chaotycznością. Komunikacja rodzinna to w omawianym modelu „umiejętność pozytywnego porozumiewania się wykorzystywana przez dany system partnerski lub rodzinny” [20; za: 19, s. 15]. Olson dzieli systemy rodzinne na zrównoważone, tj. takie, które w wymiarach spójności i elastyczności znajdują się w środkowej ich części, oraz systemy rodzinne niezrównoważone, które wypadają na krańcach tych wymiarów. Zdaniem tego autora to systemy rodzinne zrównoważone funkcjonują lepiej, są „zdrowsze” od tych mających cechy niezrównoważonych, co oznacza,

że pierwsze z wymienionych posiadają w różnych okolicznościach także większe możliwości adaptacyjne.

Badania nad systemami rodzinnymi z dziećmi o zaburzonym rozwoju z wykorzystaniem Modelu Kołowego Olsona pokazują pewną specyfikę tych rodzin – wyższe nasilenie wymiarów niezrównoważenia (*Niezwiązanie, Splątanie, Sztywność, Chaotyczność*), a przeciętne lub nieco obniżone nasilenie wymiarów zrównoważenia (*Zrównoważona spójność i Zrównoważona elastyczność*) [9,11]. Doniesienia z badań nad rodzinami dzieci z ADHD wskazują na znaczenie chaosu w ich funkcjonowaniu [21], co także może się wiązać z podwyższeniem nasilenia wymiaru *Chaotyczności* w tych systemach rodzinnych opisywanych według Modelu Kołowego Olsona. Chaos może zatem dotyczyć nie tylko organizacji środowiska i gospodarstwa domowego w tych rodzinach [21], lecz także współwystępować z psychologicznym funkcjonowaniem w wymiarze niezrównoważenia ww. systemów rodzinnych, jakim jest *Chaotyczność*. W związku z tym w rodzinach z dzieckiem z ADHD można się spodziewać „chaotycznej konstelacji”, ujawniającej się w trudnościach w „zorganizowaniu się rodziny”, podziale ról i odpowiedzialności za codzienne obowiązki i zadania domowe, braku skuteczności w działaniu, a także panującej w rodzinie atmosferze chaosu i dezorganizacji [18-20].

Jakość życia rodziny z dzieckiem o zaburzonem rozwoju

„Jakość życia rodzinnego odnosi się do stopnia, w jakim jednostki doświadczają własnej jakości życia w kontekście rodzinnym, a także do tego, w jaki sposób rodzina jako całość ma możliwość realizowania swoich ważnych potrzeb i osiągnięcia swoich celów w rodzinie i społeczeństwie, którego jest częścią” [22, s. 2195]. Definicja ta została zaproponowana przez zespół badaczy realizujących międzynarodowy projekt pn. *International Family Quality of Life Project*, do których należy także autorstwo narzędzia do pomiaru jakości życia rodziny, jakim jest kwestionariusz FQoLS-2006 (*Family Quality of Life Survey*) dostępny od roku 2010 w polskim tłumaczeniu [1,22]. Narzędzie to jest jednym z wielu stosowanych do tego celu przez badaczy z różnych krajów [23].

Z badań nad rodzinami wychowującymi dzieci przewlekłe chore, z różnymi zaburzeniami neurorozwojowymi czy niepełnosprawnością wynika, że jakość życia tych rodzin jest obniżona w porównaniu do rodzin z populacji ogólnej [1-6]. W badaniach polskich, w których posłużono się kwestionariuszem FQoLS-2006, ogólna ocena jakości życia rodzin okazała się najniższa w rodzinach z dziećmi z różnymi niepełnosprawnościami (z wyłączeniem rodzin z dziećmi z zaburzeniami słuchu) [2] w porównaniu do rodzin z małymi dziećmi głuchymi [4] i rodzin z dziećmi z APD [5].

Wynik oceny jakości życia rodziny z dzieckiem (dziećmi) o zaburzonym rozwoju/ niepełnosprawnym przeprowadzonej z wykorzystaniem kwestionariusza FQoLS-2006 wypełnionego przez jednego z członków, najczęściej matkę, zawiera informacje dotyczące funkcjonowania rodziny w 9 obszarach: zdrowie rodziny, sytuacja finansowa rodziny, relacje rodzinne, wsparcie innych osób

(dalsza rodzina, przyjaciele, znajomi), wsparcie w ramach specjalistycznych usług, system wartości, kariera zawodowa członków rodziny, czas wolny i rekreacja oraz interakcje społeczne [1,22]. Okazuje się, że w rodzinach z dzieckiem z APD [5], jak i małym dzieckiem głuchym [4] najwyżej oceniane są relacje rodzinne, natomiast w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym na pierwszym miejscu znajduje się wsparcie udzielane rodzinom w ramach specjalistycznych usług [2]. Obszar ten jest wysoko oceniany również w rodzinach z dzieckiem głuchym [4], lecz uzyskuje niską ocenę w rodzinach z dzieckiem z APD [5]. W tych ostatnich stosunkowo wysokie oceny uzyskała kariera zawodowa członków rodziny i zdrowie. Uwagę zwraca fakt, że we wszystkich porównywanych rodzinach – z dzieckiem niepełnosprawnym [2], małym dzieckiem głuchym [4] i z dzieckiem z APD [5] – najniżej oceniana jest sfera wsparcia udzielanego rodzinom przez inne osoby, zarówno z dalszej rodziny, jak i bliższego i dalszego otoczenia społecznego, co pokazuje, że ten obszar jest szczególnie deficytowy w życiu tych rodzin. Podobny rezultat otrzymali badacze z Izraela [3], stąd niewykluczone, że jest to zjawisko o charakterze uniwersalnym, niezależnym od kręgu kulturowego, z jakiego pochodzą badane rodziny.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

W piątej edycji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zaburzenie ADHD zostało wyodrębnione jako zaburzenie neurorozwojowe, mogące występować w trzech typach: 1) typ z przewagą deficytu uwagi, w którym obserwuje się: trudności w skupieniu uwagi i jej utrzymaniu, w tym częste rozpraszanie uwagi (np. bodźce zewnętrzne są dystraktorami), zapominanie o obowiązkach, trudności z realizacją i organizacją zadań (np. dziecko zaczyna zadanie, ale szybko traci koncentrację i zmienia aktywność); 2) typ z przewagą hiperaktywności/impulsywności, cechujący się nadmierną aktywnością (np. dziecko wykonuje nerwowe ruchy rękami lub stopami, jest nadmiernie ożywione, bezustannie w ruchu, „nie może usiedzieć” w jednym miejscu niezależnie od okoliczności, często mówi w nadmiarze, nie potrafi cicho się bawić czy odpoczywać) i impulsywnością (np. dziecko często wyrwa się do odpowiedzi, zanim pytanie czy zadanie zostanie sformułowane, oczekiwanie na swoją kolej w rozmowie, zabawie i innych sytuacjach sprawia mu trudność, często przerywa i przeszkadza innym, zaczyna działać, zanim pomyśli); 3) typ mieszany, w którym obecne są zarówno objawy w zakresie deficytu uwagi, jak i nadpobudliwości i impulsywności [24]. Liczni autorzy wskazują na obecność dysregulacji emocjonalnej w zespole ADHD, przejawiającej się w m. in.: intensywnym odczuwaniu i wyrażaniu emocji, zmieniającym się nierzadko skrajnie nastroju, dużej wrażliwości na krytykę i odrzucenie, nieufności wobec siebie i innych, entuzjastycznym rozpoczynaniu działania i nagłym wycofywaniu się z niego, obniżonej odporności na porażki i długotrwałym ich przeżywaniu, zachowaniach agresywnych i autoagresywnych, płaczliwości oraz zmienności w samoocenie [25]. U dzieci z ADHD stwierdza się częstsze występowanie: dysleksji [26,27], niedojrzałości emocjonalnej, zaburzeń lękowych, a także niedostosowania społecznego [28,29].

Częstość występowania symptomów ADHD u dzieci w wieku szkolnym szacuje się na 5 do 7% [15,30] z trzykrotną przewagą rozpoznawania tego zaburzenia u chłopców [29].

Zaburzenia przetwarzania słuchowego (APD)

Zaburzenia ośrodkowe w przetwarzaniu słuchowym ujawniają się jako niemożność pełnego wykorzystania słyszanego sygnału akustycznego przy prawidłowym jego odbiorze w strukturach obwodowych [31]. Według British Society of Audiology (BSA) [32] wynikają z nieprawidłowej czynności mózgu, charakteryzującej się niewłaściwym rozróżnianiem, separacją, grupowaniem, lokalizacją i porządkowaniem bodźców. APD manifestuje się trudnościami w rozumieniu mowy, zwłaszcza w niesprzyjających warunkach akustycznych. Może przyczyniać się do zaburzeń w rozwoju mowy i języka, a także trudności szkolnych. U dzieci z APD ma miejsce nieprawidłowa realizacja wyższych funkcji słuchowych, do których należą: lokalizacja źródła dźwięku, różnicowanie dźwięków, rozpoznawanie wzorców dźwięków, umiejętność rozumienia mowy zniekształconej bądź w obecności sygnałów zagłuszających [33]. Dzieci z diagnozą APD charakteryzuje zmienne reagowanie w odpowiedzi na bodźce słuchowe – raz poprawne, raz błędne. Dzieci te mogą wolniej reagować na informacje słowne, sprawiając wrażenie, jakby potrzebowały więcej czasu na przyswojenie i przetworzenie usłyszanego informacji, mogą mieć trudność z zapamiętaniem informacji podanej słownie, często prosić o jej powtórzenie, a także napotykać trudności w rozumieniu długich lub skomplikowanych poleceń, szczególnie kierowanych do nich ustnie. Trudności u tych dzieci dotyczą też rozróżniania głośności dźwięku i jego lokalizacji. W procesie uczenia się drogą słuchową przejawiać mogą problemy z koncentracją uwagi i męczliwością, gdy podejmowane czynności wymagają długotrwałej lub złożonej aktywności słuchowej. U dzieci w wieku szkolnym często obserwuje się problemy z czytaniem, a także artykulacyjne i językowe [34,35]. Należy zaznaczyć, że dzieci z APD przejawiają trudności nie tylko w sferze percepcji słuchowej, mowy i komunikowania się, lecz także w sferze motorycznej i emocjonalno-społecznej [36–38].

APD diagnozuje się u dzieci z inteligencją w normie i o prawidłowej czułości słuchu [35]. APD występuje u około 0,2–5% populacji dziecięcej [39].

ADHD a współwystępujące zaburzenia neurorozwojowe

Badania pokazują, że u dzieci z ADHD mogą współwystępować zaburzenia przetwarzania słuchowego (APD) [40–43], zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) [42] czy dysleksja [26–27,44]. Wyniki metaanaliz wskazują, że ADHD stwierdza się u około 70–80% osób z ASD [42]. Z kolei symptomy dysleksji u dzieci z ADHD dotyczą 25–40% w tej populacji, a ADHD u dzieci z dysleksją obserwuje się w przedziale od 15% do 40% [26].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia rodziny dziecka z ADHD i APD z perspektywy matki z wykorzystaniem kwestionariusza FQoL-2006 [1,14]. Założono dokonanie

porównania otrzymanych rezultatów względem uzyskanych z zastosowaniem tego samego narzędzia w rodzinach z dziećmi z niepełnosprawnościami [2], małymi dziećmi głuchymi [4], a także z dziećmi z APD [5]. W odniesieniu do oceny funkcjonowania rodziny w ujęciu systemowym w świetle Modelu Kołowego Olsona uwzględniono perspektywę matki. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem następujących narzędzi: *Skal oceny rodziny* (SOR) [19] oraz *Testu rysunku rodziny* jako metody projekcyjnej [45; za: 46]. Założono porównanie otrzymanych wyników względem uzyskanych z zastosowaniem tego samego narzędzia (SOR) w polskich badaniach normalizacyjnych rodzin z populacji ogólnej [19], rodzinach dzieci z autyzmem [9] i rodzinach z małym dzieckiem głuchym [11]. Ponadto dokonana ocena jakości życia rodziny – z uwzględnieniem psychologicznej diagnozy relacji rodzinnych w percepcji matki dziecka z ADHD i współwystępującymi zaburzeniami APD – miała posłużyć do sformułowania zaleceń dotyczących profesjonalnego wsparcia w ramach specjalistycznych usług omawianej rodziny.

Material i metody

Do opracowania studium przypadku rodziny z dzieckiem z ADHD i współwystępującymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (APD) wykorzystano podejście ilościowo-jakościowe. Uwzględniono informacje zawarte w: 1) karcie pacjenta – chłopca w wieku 7 lat, znajdującego się pod opieką Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS); 2) orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanym w czerwcu 2024 roku przez właściwą poradnię psychologiczno-pedagogiczną, udostępnionym przez matkę chłopca, 3) wywiadzie wstępnym przeprowadzonym z matką chłopca. Do oceny psychospołecznego funkcjonowania rodziny wykorzystano następujące narzędzia: 1) *Kwestionariusz jakości życia rodziny* (*Family Quality of Life Survey*, FQOLS-2006), 2) *Skale oceny rodziny*; oraz 3) *Test rysunku rodziny*. Badania przeprowadzono w czerwcu 2024 roku z udziałem matki chłopca. Matka wyraziła zgodę na udział w badaniu. Wszelkie dane umożliwiające identyfikację chłopca lub jego rodziny zostały zmienione.

FQOLS-2006

Kwestionariusz FQOLS-2006 służy do oceny jakości życia rodziny przez jej członków, zazwyczaj rodziców. Jego twórcami są Brown i wsp. [1,22,23], a polskiej adaptacji tego narzędzia dokonały: Zasępa, Wapiennik i Wołowicz (2010) [1]. Pierwotnie został zastosowany w badaniach rodzin dzieci z niepełnosprawnością intelektualną [1]. Składa się z części A i B. Część A dotyczy obiektywnej jakości życia rodziny (zawiera ocenę zarówno ilościową, jak i jakościową), a część B umożliwia subiektywną ocenę w 5-stopniowej skali Likerta każdej z wyodrębnionych 9 dziedzin życia rodziny: zdrowie rodziny, sytuacja finansowa, relacje rodzinne, wsparcie innych osób, wsparcie w ramach specjalistycznych usług, system wartości, kariera zawodowa i przygotowanie do kariery, czas wolny i rekreacja, interakcje społeczne. W ocenie każdej z dziedzin zakres punktów wynosi od 6 do 30, a wynik podawany jest najczęściej jako średnia 6 uzyskanych odpowiedzi składających się na tę ocenę i mieści się w przedziale od 1 do 5. Osoba badana dokonuje też oceny ogólnej jakości życia,

odpowiadając na pytanie o ogólną jakość życia rodziny („Jak ogólnie określiłby/określiłaby Pan/ Pani jakość życia swojej rodziny?”) oraz pytanie dotyczące satysfakcji z jakości życia rodziny („Czy jest Pan/ Pani zadowolony/a z jakości życia swojej rodziny?”).

SOR

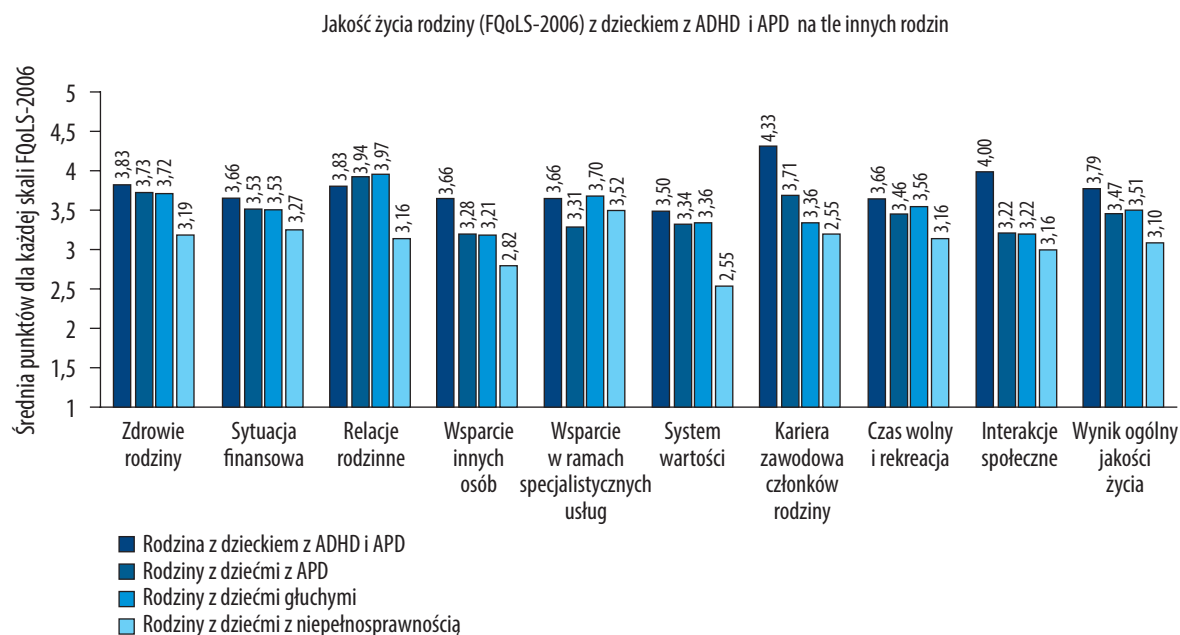
Skale oceny rodziny są polską adaptacją dokonaną przez Margasińskiego [19] narzędzia *Flexibility and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV), opracowanego przez Olsona i wsp. Jest to narzędzie przeznaczone do badania percepcji różnych aspektów życia rodzinnego. Kwestionariusz składa się z 62 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiedź w pięciostopniowej skali. Twierdzenia te przypisano do 8 wyodrębnionych skal, z których 6 opisuje główne wymiary funkcjonowania rodziny według Modelu Kołowego D.H. Olsona: wymiar zrównoważenia (*Zrównoważona spójność* i *Zrównoważona elastyczność*) oraz wymiar niezrównoważenia (*Niezwiazanie*, *Splątanie*, *Sztynność*, *Chaotyczność*). Pozostałe dwie skale to *Komunikacja rodzinna* (która jest trzecim wymiarem Modelu Kołowego Olsona) oraz *Zadowolenie z życia rodzinnego*. Autorzy utworzyli również trzy wskaźniki funkcjonowania rodzin: spójności (WS), elastyczności (WE) i wskaźnik ogólny (WO). Ten ostatni stanowi miarę zdrowia rodziny i jest stosunkiem wyników uzyskanych w skalach wymiaru zrównoważenia (*Zrównoważona spójność* i *Zrównoważona elastyczność*), przeliczonych na steny, do wyników otrzymanych w skalach wymiaru niezrównoważenia (*Niezwiazanie*, *Splątanie*, *Sztynność*, *Chaotyczność*), także wyrażonych w stenach [19]. Wzory do obliczenia wskaźników WS i WE podano w podręczniku do tego narzędzia [19]. Wyniki 6 skal SOR pozwalają utworzyć profil danej rodziny.

Test rysunku rodziny

Narzędzie to należy do metod projekcyjnych i może być stosowane zarówno w przypadku dzieci [47], jak i osób dorosłych [45,48]. Osoba badana otrzymuje kartkę, pudełko kolorowych kredek i instrukcję: „Proszę narysować swoją rodzinę”. Diagnosta dokonuje oceny, biorąc pod uwagę poziom formalny rysunku (staranny vs. niestaranny), rodzaj rysunku (np. realistyczny vs. symboliczny), cechy graficzne wykonania rysunku (m.in. rozmach i siła kreski, nacisk, symbolika przestrzeni i barwy) oraz cechy treściowe (np. kogo i w jaki sposób zaprezentowano; w jakiej odległości względem siebie znajdują się narysowane postaci, czy są one aktywne, robią coś, czy zostały ukazane statycznie; jak osoba badana prezentuje siebie, a jak innych członków rodziny, czy któraś z postaci jest waloryzowana lub dewaloryzowana, a jeśli tak, to w jaki sposób) [45,47]. Wykonany rysunek rodziny nie stanowi podstaw do wnioskowania o sytuacji danej rodziny i jej problemach, lecz jego analiza formalno-treściowa dokonana w kontekście innych informacji o osobie badanej pozwala na postawienie wstępnych hipotez diagnostycznych do dalszej weryfikacji przez psychologa.

Ankieta informacyjna

Objemuje pytania dotyczące zmiennych socjodemograficznych w odniesieniu do dziecka (płeć, wiek) i rodzica/



Rycina 1. Jakość życia rodziny chłopca z ADHD i APD na podstawie kwestionariusza FQOLS-2006 w poszczególnych dziedzinach oraz ogólna jakość życia rodziny w ocenie matki na tle wyników otrzymanych przez rodziny z dzieckiem z APD [5], małym dzieckiem głuchym [4] oraz dzieckiem niepełnosprawnym [2]

Figure 1. The quality of life of the family of a boy with ADHD and APD, based on the questionnaire FQOLS-2006 in the selected domains and general quality of life of the family as assessed by the mother compared to the results obtained by families with a child with APD [5], a young deaf child [4], and a disabled child [2]

opiekuna prawnego (wiek, wykształcenie, status małżeński/partnerski, liczba dzieci), a także danych związanych ze stanem zdrowia dziecka (obecność zaburzeń neurorozwojowych/ niepełnosprawności, chorób somatycznych).

Wyniki

Charakterystyka rodziny chłopca z ADHD i APD

Opisywana rodzina jest rodziną pełną, składa się matki (biorącej udział w badaniu), lat 42, z wykształceniem średnim, jej męża oraz trojga dzieci: córki, lat 21, studiującej i mieszkającej poza domem, i dwóch synów – lat 18 oraz lat 7, obaj z diagnozą ADHD. U młodszego syna stwierdzono także APD; chłopiec otrzymał orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego w klasie integracyjnej. Rodzina obecnie jest w stanie rozłąki, tzn. mąż pracuje i mieszka w dużym mieście oddalonym o około 200 km od miejsca zamieszkania żony z synami, córka studiuje w miejscowości innej niż te, w których mieszkają rodzice. Jak wynika z informacji podanej przez matkę w części A kwestionariusza FQoLS-2006, ojciec uczestniczy w realizacji zaledwie 3 obowiązków (spośród 10 wymienionych codziennych aktywności na rzecz rodziny): opiece nad dziećmi, zarabianiu pieniędzy i w pracach związanych z konserwacją domu i naprawami, podczas gdy matka – we wszystkich 10.

Chłopiec w wieku lat 7, z rozpoznaniem ADHD i APD, o słuchu obwodowym w normie, przejawia trudności nie tylko wynikające z ADHD i APD, lecz także związane z rozwojem mowy i języka, w tym artykulacji. Ze względu na częste bóle głowy został objęty opieką neurologiczną,

okulistyczną i laryngologiczną. W ocenie specjalistów zawartej w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego chłopiec jest zagrożony niedostosowaniem społecznym.

W wywiadzie wstępnym matka zgłosiła potrzebę psychoedukacji dla całej rodziny, a nie tylko wsparcia w ramach specjalistycznych usług dla młodszego syna, w tym w formie terapii psychologicznej i poradnictwa (dla rodziców).

Jakość życia rodziny

Wyniki kwestionariusza FQoLS-2006, wypełnionego przez matkę, w poszczególnych obszarach życia rodziny, a także wynik ogólny, będący średnią ocen uzyskanych w 9 obszarach zaprezentowano na **rycynie 1**. Otrzymane rezultaty ukazane zostały względem grup odniesienia: rodzin z dzieckiem z APD [5], rodzin z małym dzieckiem głuchym [4], a także rodzin dzieci z niepełnosprawnością [2].

W kwestionariuszu FQoLS-2006 ocena ogólna jakości życia rodziny wyniosła 3,79 i jest znacząco wyższa niż średnia uzyskana w badaniach polskich dla rodzin dzieci z APD, rodzin z dzieckiem głuchym, jak i rodzin dzieci z niepełnosprawnością [2,4,5]. Matka oceniła najwyżej karierę zawodową członków rodziny oraz interakcje społeczne rodziny z otoczeniem, nieco niżej – relacje rodzinne i zdrowie rodziny, choć te oceny znajdują się i tak powyżej wartości przypisywanej średnio przez matki dzieci z niepełnosprawnością, a najniżej – takie sfery życia rodziny jak: system wartości rodziny, sytuacja finansowa, wsparcie innych osób i wsparcie w ramach pomocy specjalistycznej oraz czas i rekreacja. Jednak podobnie jak powyżej

oceny przypisane tym obszarom są wyższe niż średnie uzyskane w grupach odniesienia. Uwagę zwraca fakt, że matka najniżej oceniła sferę życia rodziny określoną jako system wartości, chociaż w porównaniu do grup odniesienia należy ona do najwyższych ocen.

Jak zostało to uwidocznione na **rycynie 1**, w ogólnej, stosunkowo wysokiej FQoL badanej rodziny istotny jest udział kariery zawodowej członków rodziny i interakcji rodziny z otoczeniem społecznym. W porównaniu do grup odniesienia wsparcie otrzymywane od innych osób ocenione zostało najwyższej, co świadczy o zasobach w bliższym i dalszym środowisku społecznym omawianej rodziny. Wsparcie w ramach specjalistycznych usług pozostaje na poziomie odnotowanym u rodzin z małym dzieckiem głuchym [4], lecz powyżej otrzymywanego w rodzinach z dzieckiem z APD [5] i z dzieckiem niepełnosprawnym [2].

System rodziny według Modelu Kołowego Olsona (SOR)

Profil badanej rodziny w percepcji matki, który powstał po przeliczeniu na steny wyników surowych uzyskanych w kwestionariuszu SOR [19] (**tabela 1**), zaprezentowano na wykresie (**rycina 2**). Otrzymany profil przedstawiono na tle wyników SOR uzyskanych w badaniach normalizacyjnych w populacji polskiej: rodzin typu zrównoważonego i typu pośredniego [19] oraz rodzin z dzieckiem głuchym [11] i dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu [9]. Rodziny typu zrównoważonego to takie, które cechują się najwyższymi wynikami w skalach: *Zrównoważona spójność* i *Zrównoważona elastyczność* oraz najniższymi we wszystkich skalach niezrównoważenia, tj. *Niezwiązanie*, *Splątanie*, *Chaotyczność*, z wyjątkiem skali *Sztuczność*, której wyniki wypadają prawie najniżej. Natomiast rodziny typu pośredniego charakteryzują się średnimi wynikami we wszystkich skalach SOR, z wyjątkiem skali *Sztuczność*. Wyniki tej ostatniej ujawniają tendencję do rozkładu dwumodalnego, tj. przyjmują wartości wysokie lub niskie, rzadko średnie, nawet w rodzinach o tym typie [19].

Uzyskany profil znacząco odbiega od otrzymanego dla rodzin z populacji ogólnej, zarówno typu zrównoważonego, jak i pośredniego. Wymiar spójności badanej rodziny znajduje się poniżej poziomu uzyskiwanego przez rodziny o typie zrównoważonym i pośrednim z populacji ogólnej, choć mieści się w granicy wyników przeciętnych (5 sten). Spójność w omawianej rodzinie została jednak oceniona wyżej niż prezentują rodziny z dzieckiem z ASD [9]. Z kolei elastyczność systemu rodzinnego tej rodziny znajduje się poniżej poziomu cechującego rodzinę typu zrównoważonego, ale jest przeciętna (6 sten), podobnie jak w rodzinach typu pośredniego czy rodzinach z dzieckiem z ASD.

Wskaźnik ogólny (WO) zdrowia rodziny wyniósł 0,96, czyli jest bliski 1 – wartości mówiącej o równowadze między wymiarami zrównoważenia i niezrównoważenia funkcjonowania rodziny. Wskaźnik spójności (WS) systemu rodzinnego wyniósł 1,2, co pokazuje, że poziom *Zrównoważonej spójności* przewyższa poziomy skal wymiaru niezrównoważenia: *Niezwiązania* i *Splątania*. Z kolei wskaźnik elastyczności wyniósł 0,8, co wskazuje na trudności

rodziny w zakresie jej zdolności do adaptacji do zmieniających się warunków. Na niską wartość tego wskaźnika mają wpływ przede wszystkim podwyższone wyniki wymiarów niezrównoważenia – *Chaotyczności* (8 sten) i *Sztuczności* (7 sten). Te dwa wymiary odgrywają szczególną rolę w funkcjonowaniu omawianej rodziny. Wysoka *Chaotyczność* badanej rodziny jest dla niej specyficzna, jednocześnie najwyższa względem porównywanych z nią rodzin, w tym z dzieckiem z ASD [9] czy dzieckiem głuchym [11]. *Niezwiązanie* w tej rodzinie pozostaje na poziomie przeciętnym (6 sten), lecz zarazem wyższym niż w rodzinach typu zrównoważonego i pośredniego w populacji ogólnej [19]. Niskie nasilenie *Splątania* (4 sten) odpowiada obecnemu w rodzinach o typie zrównoważonym i pośrednim z populacji ogólnej [19], będąc jednocześnie poniżej otrzymanego podwyższonego jego nasilenia (7 sten) w rodzinach z dzieckiem z ASD [9] i przeciętnego nasilenia (6 sten) w rodzinach z dzieckiem głuchym [11].

Komunikacja w rodzinie, oceniona przez matkę, uzyskała wynik przeciętny (6 sten), nieco wyższy w porównaniu do rodzin dzieci głuchych (5 sten) [11] i rodzin dzieci z ASD (4 sten) [9], co może świadczyć o potencjale omawianego systemu rodzinnego w zakresie pozytywnego komunikowania się, warunkującego m.in. zmiany adaptacyjne w rodzinie [19]. Natomiast *Zadowolenie z życia rodzinnego* odpowiada przeciętnemu według norm polskich i pozostaje na poziomie podobnym do relacjonowanego przez matki dzieci głuchych, lecz niższym niż w rodzinach z dzieckiem z ASD [9].

Analiza rysunku rodziny

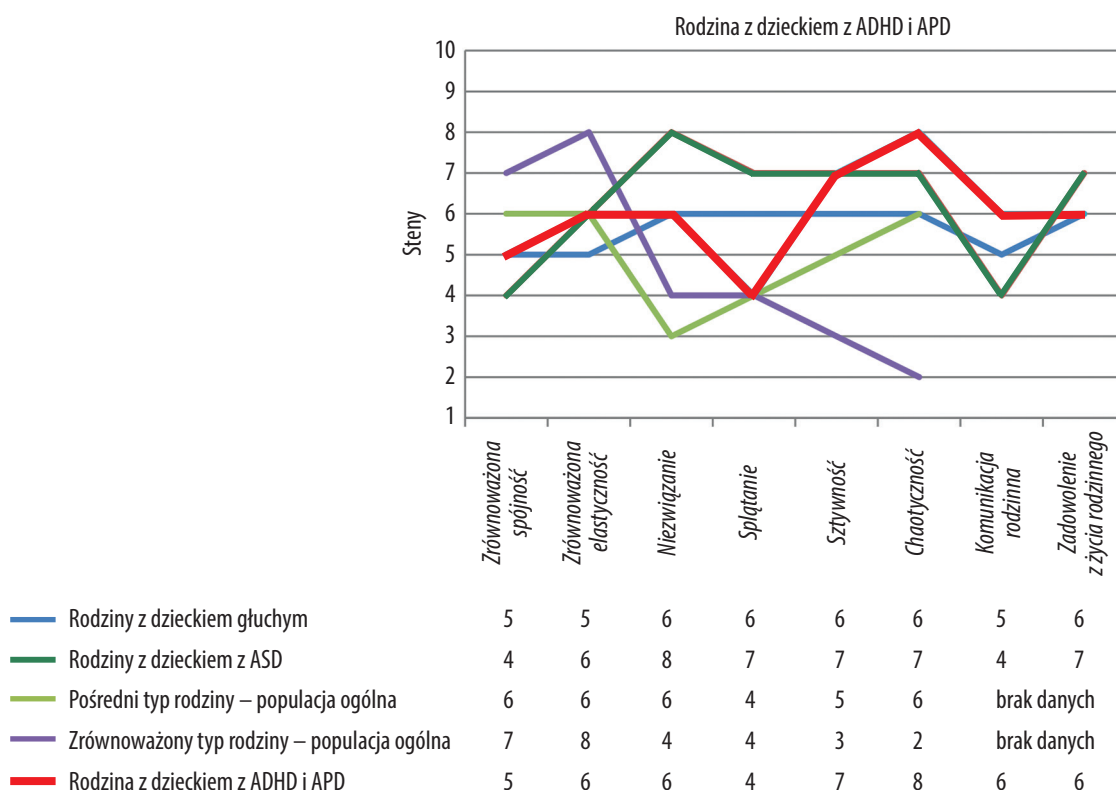
Rysunek rodziny wykonała matka chłopca z ADHD i ASD (**rycina 3**). Jest on realistyczny i starannie zrobiony, z dużą dbałością o szczegóły. Odzwierciedla rzeczywisty skład rodziny: rodziców i trójkę dzieci (dwóch synów i córkę). Postaci stoją w szeregu, blisko siebie, niektóre z nich trzymają się za ręce, co wskazuje na istnienie w percepcji matki pozytywnych więzi rodzinnych. Postaci mają dłonie, które symbolizują komunikowanie się zarówno w rodzinie, jak i z otoczeniem społecznym [45,48].

Postaci ojca dzieci i starszego syna matka umieściła po swojej prawej stronie, a po lewej – młodszego syna i córkę. Postaci dzieci zostały przez autorkę rysunku zindywidualizowane za pomocą umieszczenia przedmiotów charakteryzujących ich zainteresowania: obok synów narysowane są hulajnogi, a córka ma na nogach rolki i jest ubrana w strój właściwy dla tej aktywności. Mąż i starszy syn zostali zaprezentowani w słuchawkach na uszach, co z jednej strony ukazuje ich zainteresowania (muzyka), a z drugiej – słuchawki mogą symbolicznie oznaczać utrudnione komunikowanie się matki z tymi osobami. Przedstawiona poniżej interpretacja rysunku rodziny zdaje się potwierdzać, że relacje matki z mężem i starszym synem mogą być obszarem, w którym istnieją pewne problemy. Przy nodze chłopca z ADHD i ASD znajduje się piłka, co wskazuje na zainteresowania młodszego syna. Matka przedstawiła swoją rodzinę wraz z otoczeniem, w jakim żyje – na rysunku symbolicznie został zaznaczony ogródek (po lewej stronie), a także zwierzęta należące do rodziny: królik, kot, dwa psy (po prawej).

Tabela 1. Skale oceny rodziny (SOR) – wyniki surowe i w przeliczeniu na steny uzyskane przez matkę dziecka z ADHD i APD [19]**Table 1.** Flexibility and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV) – the raw scores and scores converted to stens obtained by the mother of a child with ADHD and APD [19]

Skale oceny rodziny (SOR)	Zakres [punkty]	Wynik surowy [punkty]	Wynik [steny]
Zrównoważona spójność	7–35	28	5
Zrównoważona elastyczność	7–35	28	6
Niezwiązanie	7–35	11	6
Splątanie	7–35	10	4
Sztywność	7–35	19	7
Chaotyczność	7–35	20	8
Komunikacja rodzinna	1–50	40	6
Zadowolenie z życia rodzinnego	1–50	37	6

Źródło: opracowanie własne.

**Rycina 2.** Profil rodziny z dzieckiem z ADHD i APD według Modelu Kołowego Olsons (SOR) na tle rodzin typu zrównoważonego i pośredniego w populacji polskiej [19], rodzin z dzieckiem głuchym [11] i dzieckiem z ASD [9]**Figure 2.** Profile of a family with a child with ADHD and APD according to Olson's Circumplex Model (FACES IV-SOR) compared to balanced and in-between families in the Polish population [19], families with a deaf child [11], and families with a child with ASD [9]

Rysunek powstał z wykorzystaniem kolorowych kredek ołówkowych. Użyte barwy należą zarówno do gamy chromatycznej (zielony, różowy, czerwony, żółty i niebieski), jak i achromatycznej (biały, szary, czarny). Postaci i przedmioty są narysowane cienką, miejscami niewyraźną linią, a barwy – mało intensywne (blade), co może się wiązać ze słabym naciskiem kredek podczas rysowania. Co istotne, część postaci na rysunku jest monochromatyczna (ojciec

i starszy syn), a druga część – kolorowa (matka, córka i młodszy syn), co sugeruje istnienie w rodzinie dwóch podsystemów. Badania nad rysunkami rodzin osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa wskazują, że u kobiet brak bliskości ze współmałżonkiem bywa kompensowany tworzeniem koalicji z dzieckiem lub dziećmi [48], co w badanym przypadku może stanowić hipotezę do dalszej weryfikacji.



Rycina 3. Rysunek rodziny w wykonaniu matki dziecka z ADHD i APD
Figure 3. A family drawing by the mother of a child with ADHD and APD

Użyta przez matkę gama barw chromatycznych – do narysowania siebie, córki i syna z ADHD i APD – świadczy o pozytywnych emocjach względem tych postaci. Jeżeli jednak odwołać się do interpretacji par kolorów Maxa Lüschera [49], to należy też zwrócić uwagę, że młodszy syn został narysowany z wykorzystaniem dwóch kolorów: czerwonego i ciemnoszarego (prawie czarnego). Może to świadczyć, że matka w relacji z chłopcem doświadcza frustracji i złości. Z kolei postacie męża i starszego syna są zaprezentowane w barwach achromatycznych (z wyjątkiem oczu w kolorze zielonym i ust lekko zaznaczonych czerwienią), co może oznaczać trudności matki w wyrażeniu emocji w stosunku do męża i starszego syna, w tym emocji negatywnych [45]. Interpretacja ta wymaga jednak pogłębionego wywiadu psychologicznego z matką, uwzględniającego zarówno relację małżeńską, jak i relację ze starszym synem.

Dyskusja

Rodzina z siedmioletnim chłopcem z ADHD i APD została przedstawiona z perspektywy matki. Dokonana ocena psychospołecznych aspektów funkcjonowania tej rodziny obejmuje: wybrane obszary jakości życia zgodnie z kwestionariuszem FQoLS-2006, spójność i elastyczność rodziny w świetle Modelu Kołowego Olsons, a także wybrane aspekty jej funkcjonowania ujawnione w rysunku rodziny wykonanym przez matkę uczestniczącą w tym badaniu.

Ogólna jakość życia omawianej rodziny okazała się wyższa od przeciętnych wyników uzyskanych w badaniach polskich z wykorzystaniem kwestionariusza FQoLS-2006 w rodzinach z dzieckiem z APD [5], z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną [1], małym dzieckiem głuchym [4] czy dzieckiem z niepełnosprawnością [2]. Wynik ten jest zbliżony z wysoką oceną uzyskaną dla skali *Zadowolenie z życia* – 9 na 10 możliwych punktów. Ta ponadprzeciętna FQoL wskazuje, że w rodzinie tej istnieją zasoby, które wiążą się z relacjami społecznymi i systemem

wsparcia społecznego, a także tkwiące w relacjach rodzinnych. Jednakże ocena relacji rodzinnych okazała się nieco niższa w porównaniu do przeciętnej rodziny z dzieckiem z APD [5] czy z małym dzieckiem głuchym [4].

Obraz systemu rodzinnego, który wyłania się z oceny dokonanej przez matkę, odbiega od prezentowanego przez rodzinę o typie zrównoważonym przedstawionego w polskich badaniach normalizacyjnych [19] – spójność okazała się w nim przeciętna, lecz wyższa niż w przeciętnej rodzinie z dzieckiem z ASD [9], podobnie jak zdolności adaptacyjne do nowych sytuacji – również przeciętne. Wskaźnik zdrowia rodziny (WO = 0,96) jest bliski 1, czyli wartości uzyskiwanej, kiedy między nasileniem wymiarów zrównoważenia i niezrównoważenia danego systemu rodzinnego istnieje równowaga. WO wskazuje również na potencjalne zasoby omawianej rodziny w zakresie radzenia sobie z wyzwaniami.

Zwraca uwagę wysoka *Chaotyczność* (SOR) w funkcjonowaniu systemu rodzinnego z dzieckiem z ADHD i APD (a właściwie dwoma synami z ADHD, w tym jednym już dorosłym w momencie badania), należąca do wymiaru niezrównoważenia [17–19]. Można sądzić, że w tym wymiarze funkcjonowania rodzina przejawia cechy dysfunkcyjności. Obecny wysoki poziom *Chaotyczności* w omawianej rodzinie pozostaje spójny z doniesieniami na temat rzeczywistego chaosu, czyli nieporządku obecnego w środowisku domowym rodzin dzieci z ADHD [21], a także dowodzi, że chaos obecny na co dzień w otoczeniu rodzinnym dziecka współwystępuje z podwyższonym wymiarem psychologicznego funkcjonowania systemu rodzinnego, jakim jest *Chaotyczność*. Badania pokazują, że nieporządek panujący w gospodarstwie domowym w większym stopniu niż zmęczenie przyczynia się do doświadczania stresu przez matki [50]. Inni autorzy wskazują, że chaos obecny w gospodarstwie domowym/ środowisku domowym sprzyja obniżeniu poziomu stresu doświadczanego przez matki [50], co sugeruje, że nieporządek pełni funkcję nie tylko w zakresie redukcji stresu, lecz także – najprawdopodobniej

– funkcję adaptacyjną, jak może to mieć miejsce w przypadku matki biorącej udział w badaniu i reprezentowanego przez nią całego systemu rodzinnego, w którego skład wchodzi syn z ADHD i drugi – z ADHD i APD.

Wysoka *Chaotyczność* (SOR) stwierdzona w funkcjonowaniu omawianego systemu rodzinnego z perspektywy matki to także trudności w ustaleniu: kto rządzi w rodzinie, kto jest odpowiedzialny za różne codzienne obowiązki, kto decyduje. Jak można sądzić, wysokie nasilenie *Chaotyczności* wiąże się z psychologicznym funkcjonowaniem podsystemu, jaki tworzą mąż i żona, obecnie na co dzień żyjący w oddalonych od siebie miejscowościach. Niewykluczone, że matka doświadcza frustracji potrzeby wsparcia od współmałżonka i przeciążenia związanego z wychowaniem dwóch synów z ADHD. Z analizy wykonanego przez nią rysunku rodziny wynika, że podsystem małżeński napotyka trudności związane m.in. z relacjami między małżonkami i doświadczanymi przez matkę negatywnymi emocjami. We wskazanym obszarze należy przeprowadzić pogłębioną diagnozę psychologiczną i zaproponować właściwe formy interwencji psychologicznej i wsparcia.

W omawianej rodzinie z dzieckiem z ADHD i APD podwyższona jest również *Sztynność* (SOR), co może utrudniać zmiany w systemie rodzinnym. Jednak *sztynność* – przejawiająca się m.in. w surowych zasadach i regułach postępowania obowiązujących w rodzinie, silnie zróżnicowanej hierarchii rodzinnej, niskiej podatności na zmianę planów i decyzji – paradoksalnie może sprzyjać pozytywnej adaptacji systemu rodzinnego do zaburzeń neurorozwojowych występujących u obu synów [51]. Jak pokazują wyniki kwestionariusza SOR, *Sztynność* w badanej rodzinie współwystępuje ze *Zrównoważoną spójnością* i *Zrównoważoną elastycznością* o nasileniu przeciętnym (a nie obniżonym), co świadczy o jej zasobach.

Piśmiennictwo

1. Zasępa E, Wołowicz A. Jakość życia rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2010.
2. Otapowicz D, Sakowicz-Boboryko A, Wyrzykowska-Koda D. Niepełnosprawność a jakość życia rodziny. Pogranicze. Studia Społeczne, 2016; XXVIII: 101–15.
3. Schertz M, Karni-Visel Y, Tamir A, Genizi J, Roth D. Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: impact of family and child socio-demographic factors. Res Dev Disabil, 2016; 53: 95–106.
4. Kobosko J, Ganc M, Paluch P, Jędrzejczak WW, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Jakość życia rodzin z małym dzieckiem głuchym. Now Audiofonol, 2020; 9(1): 19–32; <https://doi.org/10.17431/9.1.2>.
5. Kobosko J, Ganc M, Skoczylas A, Jędrzejczak WW, Skarżyński H. Jakość życia rodzin z dzieckiem z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego. Now Audiofonol, 2021; 10(1): 26–38; <https://doi.org/10.17431/10.1.3>.
6. Romaniuk A, Ward M, Henrikson B, Cochrane K, Theule J. Family quality of life perceived by mothers of children with ASD and ADHD. Child Psychiatry Hum Dev, 2024; 55: 510–19; <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01422-8>.
7. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: PWN; 1997.
8. Wzorek A. Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami słuchu – spojrzenie systemowe. Psychoterapia, 2010; 4(151): 53–64.
9. Barłóg K. Sytuacja w systemach rodzinnych z dzieckiem z ASD w świetle Modelu Kołowego Davida H. Olsona. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2020.
10. Ganc M, Kobosko J, Jędrzejczak WW, Kochański B, Skarżyński H. Psychomotor development of 4-year-old deaf children with cochlear implants: three case studies. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2021; 141: 110570; <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110570>.
11. Kobosko J. Rodzina dziecka głuchego w ujęciu systemowym w świetle Modelu Kołowego D.H. Olsona – badania z perspektywy słyszących matek. Studia i Badania Naukowe Ateneum, 2024; 1: 57–79; <https://doi.org/10.36575/2657-4209/1.2024.04>.
12. Rostkowska J, Kobosko J. Dziecko z zaburzeniami przetwarzania słuchowego w ujęciu interdyscyplinarnym – studium przypadku. Roczniki Pedagogiczne, 2024; 16(3): 45–66; <https://doi.org/10.18290/rped24163.4>.
13. Rostkowska J, Wojewódzka B. Dzieci z zaburzeniem przetwarzania słuchowego. W: Wspieranie rozwoju umiejętności społecznych dzieci w normie rozwojowej i dzieci ze specjalnymi potrzebami. Szurowska B, Jegier A (red.). Warszawa: Difin; 2017, s. 104–13.

14. Kosmalowa J, Kobosko J. Grupa wsparcia dla rodziców dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. *Szkoła Specjalna*, 2002; 3: 174–80.
15. Ganc M, Milner R, Jędrzejczak WW, Skarżyński H. Terapia EEG Biofeedback dziewięcioletniego ucznia szkoły podstawowej z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego – studium przypadku. *Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne*, 2017; 29: 167–87.
16. Ryś M. Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 2001.
17. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *J Fam Ther*, 2000; 22: 144–67.
18. Margasiński A. Teoria i wybrane modele systemów rodzinnych. W: *Rodzina w ujęciu systemowym. Teoria i badania*. Margasiński A (red.). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2015, s. 6–32.
19. Margasiński A. Skale Oceny Rodziny. Polska adaptacja FACES IV – Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2013.
20. Olson D, Gorall D. FACES IV: innovations and applications. Minnesota: Life Innovations; 2004.
21. Wirth A, Reinelt T, Gawrilow C, Schwenck C, Freitag CM, Rauch WA. Examining the relationship between children's ADHD symptomatology and inadequate parenting: the role of household chaos. *J Atten Disord*, 2019; 23(5): 451–62; <https://doi.org/10.1177/1087054717692881>.
22. Brown RI, Brown I. Family Quality of Life. W: *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Michalos AC (red.). Dordrecht: Springer; 2014.
23. Alnahdi GH, Alwadei A, Woltran F, Schwab S. Measuring family quality of life: scoping review of the available scales and future directions. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(23): 15473; <https://doi.org/10.3390/ijerph192315473>.
24. Butcher JN, Hooley JM, Mineka S. Psychologia zaburzeń. DSM-5. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
25. Józwiak J, Tarnowska-Ciosek I. Z tego się nie wyrasta. Kompendium ADHD. Warszawa: Wydawnictwo Agora; 2024.
26. Krasowicz-Kupis G. Psychologia dysleksji. Warszawa: PWN; 2016.
27. Januszewska E, Januszewska I. ADHD a problem dysleksji u dzieci w wieku szkolnym. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, 2016; 22(2): 52–74.
28. Kołakowski A, Wolańczyk T, Pisula A, Skotnicka M, Bryńska A. ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej: przewodnik dla rodziców i wychowawców. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
29. Dąbkowski M, Gambin M, Steinborn B. Aktualna interdyscyplinarna opinia ekspercka w ramach programu „Dziecko i świat za pan brat” dotycząca proponowanych modeli rozwiązań odnośnie do kompleksowego podejścia do postępowania w ADHD. *Psychiatr Psychol Klin*, 2010; 10(3): 224–34.
30. Kołakowski A, Jerzak M. Czym jest ADHD? W: *ADHD w szkole*. Jerzak M, Kołakowski A (red.). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2023.
31. Katz J. Central test battery: Tester's manual. *Handbook of Clinical Audiology*, edition 4. Katz J (red.). Baltimore – Hong Kong – London – Sydney: William & Wilkins; 2001.
32. Fuente A, McPherson B. Ośrodkowe procesy przetwarzania słuchowego: wprowadzenie i opis testów możliwych do zastosowania u pacjentów polskojęzycznych. *Otolaryngologia*, 2007; 6(2): 66–76.
33. ASHA. (Central) auditory processing disorders. American Speech Language-Hearing Association, 2005; <https://doi.org/10.1044/policy.TR2005-00043> [dostęp: 15.01.2024].
34. Keith RW. Zaburzenia procesów przetwarzania słuchowego. W: *Audiologia kliniczna*. Śliwińska-Kowalska M (red.). Łódź: Mediton; 2005, s. 367–5.
35. Sharma M, Purdy SC, Kelly AS. Comorbidity of auditory processing, language, and reading disorders. *J Speech Lang Hear Res*, 2009; 52(3): 706–22; [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0226\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0226)).
36. Ganc M, Kobosko J, Jędrzejczak WW, Skoczylas A, Skarżyński H. Rozwój psychoruchowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego i rozwoju mowy na tle rówieśników rozwijających się typowo. *Now Audiofonol*, 2022; 11(2): 65–73; <https://doi.org/10.17431/11.2.4>.
37. Lawton S, Purdy SC, Kalathottukaren RT. Children diagnosed with auditory processing disorder and their parents: a study about perceptions of living with APD. *J Am Acad Audiol*, 2017; 28(7): 610–24; <https://doi.org/10.3766/jaaa.15130>.
38. Rostkowska J, Kobosko J, Kłonica KL. Problemy emocjonalno-społeczne i behawioralne u dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) w ocenie rodziców. *Now Audiofonol*, 2013; 2(1): 29–35; <https://doi.org/10.17431/883853>.
39. Rouillon I, de Lamaze A, Ribot M, Collet G, de Bollardiére T, Elmir R, et al. Auditory processing disorder in children: the value of a multidisciplinary assessment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; 278(12): 4749–56; <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06601-8>.
- 40; Bellis TJ, Billiet C, Ross J. The utility of visual analogs of central auditory tests in the differential diagnosis of (central) auditory processing disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Audiol*, 2011; 22(8): 501–14; <https://doi.org/10.3766/jaaa.22.8.3>.
41. Moore DR, Hunter LL. Auditory processing disorder (APD) in children: a marker of neurodevelopmental syndrome. *Hearing Balance Commun*, 2013; 11(3): 160–7; <https://doi.org/10.3109/21695717.2013.821756>.
42. Hours C, Recasens C, Baleyte JM. ASD and ADHD comorbidity: what are we talking about? *Front Psychiatr*, 2022; 13: 837424; <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837424>.
43. Lanzetta-Valdo BP, Oliveira GA, Ferreira JT, Palacios EM. Auditory processing assessment in children with attention deficit hyperactivity disorder: an open study examining methylphenidate effects. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 2017; 21(1): 72–8; <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572526>.
44. Wojnarska A. Kompetencje komunikacyjne osób z ADHD – przegląd literatury. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 2021; (42): 11–25.
45. Braun-Galkowska M. Metody poznawania systemu rodzinnego. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2002, s. 25–53.
46. Kończewska-Murdek Z. Afirmacja dziecka w łonie matki – podstawą cywilizacji miłości. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2014; 4: 222–39.
47. Frydrychowicz A. Rysunek rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej; 1996.

48. Braun-Galkowska M. Systemy rodzinne osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa w świetle rysunku rodziny. W: Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych. Laguna M, Lachowska B (red.). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2003, s. 151–64.
49. Lüscher M. Diagnostyka kolorami Maxa Lüschera. Oprac. i tłum. Dąbowa K, Leśniak FL. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej; 1998.
50. Vaschina M, Gilmore L, Cuskelly M, Lurie J. The contribution of household chaos and fatigue to maternal stress. *J Child Fam Stud*, 2025; 1–11; <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02978-w>.
51. Everri M, Mancini T, Fruggeri L. The role of rigidity in adaptive and maladaptive families assessed by FACES IV. The points of view of adolescents. *J Child Fam Stud*, 2016; 25(10): 2987–97; <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0460-3>.

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Joanna Kobosko, email: j.kobosko@ifps.org.pl •  0000-0001-8939-4381
Mgr Małgorzata Ganc, email: m.ganc@ifps.org.pl •  0000-0002-4413-8349