ADHD między diagnozą a tożsamością: architektura sprawczości w świetle książki How to Understand and Deal with ADHD

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje ADHD jako zjawisko wielowymiarowe, sytuując je pomiędzy biologicznym zaburzeniem a elementem tożsamości. Autor odrzuca dychotomię między akceptacją neuroróżnorodności a leczeniem klinicznym, proponując syntezę opartą na modelu ICF organizacji WHO. Według tego podejścia niepełnosprawność nie wynika wyłącznie z diagnozy, lecz z dynamicznej interakcji cech biologicznych z czynnikami środowiskowymi i osobowymi. Tekst ostrzega przed skrajnościami: zarówno przed biologicznym redukcjonizmem, jak i nadmiernym społecznym redukcjonizmem. Kluczowym wnioskiem jest uznanie, że choć środowisko nie tworzy ADHD, to w stopniu znaczącym modyfikuje koszt funkcjonowania osoby neuroatypowej, wpływając na jej realną podmiotowość i zdolność do adaptacji w świecie.

The article analyzes ADHD as a multidimensional phenomenon, positioning it between a biological disorder and an element of identity. The author rejects the dichotomy between the acceptance of neurodiversity and clinical treatment, proposing a synthesis based on the WHO's ICF model. According to this approach, disability does not result solely from a diagnosis, but from the dynamic interaction of biological traits with environmental and personal factors. The text warns against extremes: both biological reductionism and excessive social reductionism. The key conclusion is the recognition that while the environment does not create ADHD, it significantly modifies the cost of functioning for a neuroatypical person, affecting their real subjectivity and ability to adapt in the world.

Artykuł stanowi próbę przełamania fałszywej dychotomii między postrzeganiem ADHD jako klinicznego zaburzenia a traktowaniem go jako elementu neuroróżnorodności. Autor stawia tezę, że ADHD jest złożonym profilem neurorozwojowym, którego wpływ na życie jednostki nie wynika z samej biologii, lecz z dynamicznej interakcji organizmu ze środowiskiem. Tekst odrzuca zarówno redukcjonizm medyczny, który sprowadza człowieka do deficytu, jak i pułapkę „supermocy", która uzależnia godność osoby neuroatypowej od jej wyjątkowej produktywności czy geniuszu. Zamiast wybierać między leczeniem a akceptacją, autor proponuje budowę „architektury sprawczości" – systemowej syntezy farmakoterapii, dostosowań środowiskowych i samowspółczucia. Celem nie jest tu normalizacja jednostki pod dyktat społecznych norm wydajności, lecz zwiększenie rzeczywistych możliwości (capabilities) człowieka, by mógł realizować własne cele przy minimalizacji kosztów poznawczych i emocjonalnych. W tym ujęciu diagnoza przestaje być etykietą, a staje się narzędziem do zarządzania własnymi zależnościami biologicznymi w celu odzyskania autonomii.

SŁOWA KLUCZOWE

architektura sprawczości | neuroróżnorodność | model ICF | funkcje wykonawcze | neurodiversity paradigm | koszt funkcjonowania | capabilities approach | biologiczny redukcjonizm | efekty zapętlenia kategorii | normatywność biologiczna | podmiotowość osób neuroatypowych | dostosowanie środowiskowe | farmakoterapia w ADHD | relacyjna wartość cechy

ADHD jako spór o definicję normy

Poza zaburzeniem i supermocą: filozofia normy, różnicy i godności. Największy spór wokół ADHD nie przebiega bowiem między zwolennikami konkretnych leków, ani nawet pomiędzy psychiatrią a psychoterapią. To konflikt głębszy, dotyczący znaczenia pojęć takich jak normalność, zaburzenie, różnica, niepełnosprawność, tożsamość i odpowiedzialność. Pytając o naturę ADHD, pytamy w istocie o to, jaki sposób uwagi, działania i organizacji życia społeczeństwo uznaje za wystarczająco normalny, by nie wymagał on medycznej etykiety. Proponowana tutaj synteza zakłada, że ADHD jest jednocześnie neurotypem, niepełnosprawnością i potencjalną siłą; to, co dostrzeżemy, zależy od

"soczewki", przez którą patrzymy na człowieka. Ta wieloperspektywiczność stanowi jeden z najcenniejszych elementów tekstu, choć korekty wymaga pokusa nadania wszystkim tym perspektywom identycznego statusu naukowego.

ADHD jako interakcja biologii i środowiska

"ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym" to twierdzenie z obszaru klasyfikacji klinicznej. "ADHD może być doświadczane jako niepełnosprawność" odnosi się do funkcjonowania jednostki w konkretnym środowisku. "ADHD jest elementem mojej tożsamości" to stwierdzenie autobiograficzne i społeczne, natomiast "ADHD jest moją siłą" stanowi ocenę odnoszącą się do indywidualnej biografii.

Tym zdaniom może towarzyszyć jednoczesna prawdziwość, gdyż nie odpowiadają one na to samo pytanie. Brak tego rozróżnienia generuje znaczną część współczesnych sporów. Jedna strona mówi: "ADHD jest zaburzeniem", mając na myśli status diagnostyczny i istniejące upośledzenie funkcjonalne. Druga odpowiada: "ADHD jest różnicą", wskazując na naturalną zmienność ludzkich sposobów poznawania. Obie wypowiedzi są traktowane jako logicznie wykluczające się, choć w istocie znajdują się na różnych poziomach opisu. Można posiadać biologiczną różnicę, która w określonych warunkach prowadzi do klinicznie istotnej trudności. Można mieć zaburzenie i nie uważać siebie za człowieka "zepsutego". Można korzystać z leczenia, nie pragnąc przy tym usunięcia swojej osobowości, czy domagać się dostosowania środowiska, jednocześnie uznając potrzebę terapii. Dojrzały model ADHD nie wymaga zatem wyboru między akceptacją a leczeniem.

Traktowanie tych podejść jako przeciwieństw jest jednym z najbardziej uporczywych błędów w debacie. Światowa Organizacja Zdrowia od dawna dostarcza języka, który pozwala ten pozorny paradoks rozwiązać. W modelu ICF funkcjonowanie i niepełnosprawność nie wynikają mechanicznie z samej diagnozy; powstają one w dynamicznej interakcji między stanem zdrowia człowieka, jego aktywnościami, uczestnictwem oraz czynnikami środowiskowymi i osobowymi. WHO podkreśla, że z samego rozpoznania nie należy automatycznie wnioskować o poziomie niepełnosprawności konkretnej osoby. W przypadku ADHD jest to kwestia kluczowa.

Dwie osoby z tą samą diagnozą mogą mieć skrajnie różne ograniczenia funkcjonalne. Jedna dysponuje zawodem odpowiadającym jej sposobowi działania, wspierającą rodziną, leczeniem, spokojnym miejscem pracy i systemami kompensacyjnymi. Druga funkcjonuje w hałaśliwym środowisku, przy wielu równoległych obowiązkach, bez leczenia i wsparcia. Diagnoza pozostaje ta sama, ale niepełnosprawność funkcjonalna już nie musi być taka sama. WHO ujmuje niepełnosprawność jako wynik interakcji stanu zdrowia z czynnikami osobowymi i

środowiskowymi, a nie jako właściwość zamkniętą w organizmie. Nadaje to naukową dojrzałość intuicji znanej wcześniej z metafory Łowcy i Rolnika.

Środowisko nie tworzy neurorozwojowego ADHD od zera, ale może zasadniczo zmieniać koszt jego posiadania. Jednocześnie nie wolno przesunąć wahadła tak daleko, by całe upośledzenie przypisać społeczeństwu. ADHD może powodować realne trudności nawet w wyjątkowo wspierającym otoczeniu; problemy z impulsywnością, pamięcią prospektywną, regulacją działania, snem czy bezpieczeństwem nie zawsze znikną po przeprojektowaniu biura. Literatura dotycząca dorosłego ADHD dokumentuje szerokie i kumulujące się konsekwencje funkcjonalne w obszarach społecznych, zawodowych i edukacyjnych, wpływając na liczbę wypadków oraz ogólną jakość życia. Model społeczny jest antidotum na biologiczny redukcjonizm, ale nie powinien zamienić się w społeczny redukcjonizm. Zdanie "wszystko byłoby dobrze, gdyby świat był bardziej przyjazny" może być dla niektórych osób równie nieprawdziwe jak dawne "wszystko byłoby dobrze, gdybyś bardziej się starał".

Georges Canguilhem w Le normal et le pathologique zwrócił uwagę na istotną kwestię: norma biologiczna nie jest po prostu statystyczną średnią. Żywy organizm posiada własną normatywność – zdolność ustanawiania relacji z otoczeniem, adaptowania się do nowych warunków i tworzenia sposobów życia. Patologiczność nie musi więc polegać na samym odchyleniu od przeciętności; staje się szczególnie istotna wtedy, gdy zawęża repertuar możliwych relacji ze światem. ADHD świetnie ujawnia wartość takiego myślenia. Człowiek może znacząco odbiegać od średniej pod względem stylu uwagi i jednocześnie funkcjonować bardzo dobrze w określonych warunkach. Inny, o podobnych cechach, może doświadczać ogromnego ograniczenia zakresu możliwych działań. Pytanie kliniczne nie brzmi zatem wyłącznie: "jak bardzo różnisz się od normy?", lecz również: "jak szeroki świat możesz dzięki swoim obecnym zasobom realnie zamieszkiwać?"

Ta perspektywa łączy się z podejściem capabilities Amartyi Sena i Marthy Nussbaum. Dobrostan człowieka nie jest w nim oceniany tylko przez posiadane zasoby, ale przez rzeczywiste możliwości robienia i bycia tym, co ma dla niego wartość. Dwie osoby mogą dysponować tym samym formalnym prawem do edukacji, lecz jeśli jedna nie może efektywnie korzystać z systemu z powodu bariery możliwej do usunięcia, formalna równość nie przekłada się na równą zdolność uczestnictwa.

ADHD można analizować nie tylko jako zestaw symptomów, lecz jako problem zdolności do przekształcania intencji w realne możliwości działania. Człowiek może wiedzieć, czego chce, posiadać wystarczającą inteligencję i wszystkie materialne środki, a mimo to konsekwentnie nie być w stanie wykonać pewnych sekwencji działania w sposób stabilny. Leczenie i dostosowanie

środowiska są wtedy dwoma sposobami zwiększania capabilities – rzeczywistego zakresu sprawczości.

Godność osoby z ADHD nie wymaga supermocy

Ta perspektywa pozwala inaczej spojrzeć na farmakoterapię. Jeśli lek pomaga człowiekowi realizować własne cele, trudno uznać go za zwykłe narzędzie dyscyplinowania przez społeczeństwo. Jeżeli jednak stosuje się go wyłącznie po to, by jednostka lepiej znosiła irracjonalnie zaprojektowane środowisko, krytyka instytucjonalna pozostaje zasadna. Nie musi to być wybór zero-jedynkowy.

Można poprawić możliwości człowieka i jednocześnie usprawnić warunki, w których ma z nich korzystać. Podobnej równowagi potrzeba w dyskursie neuroróżnorodności. Współczesna literatura naukowa coraz wyraźniej traktuje neurodiversity nie jako hipotezę neurobiologiczną, lecz jako ramę interpretacyjną i społeczno-polityczną. Zwraca ona uwagę na różnorodność sposobów poznawania, podmiotowość osób neuroatypowych, rolę otoczenia oraz szkody wynikające ze stygmatyzacji. Sonuga-Barke proponował wręcz „odwrócenie paradygmatu" w naukach neurorozwojowych: zamiast koncentrować badania wyłącznie na źródłach dysfunkcji, należy analizować, jak środowiska ograniczają lub wspierają dobrostan osób neuroatypowych. Jest to istotna korekta psychiatrii, a nie jej anulowanie. Debata z 2026 roku podkreśla, że neuroróżnorodność wciąż jest zbyt często pomijana w praktyce psychiatrycznej, podczas gdy właściwe rozpoznawanie współwystępujących stanów neurorozwojowych mogłoby poprawić leczenie, rokowanie i organizację usług.

Neuroróżnorodność i klinika nie muszą zatem walczyć o to, która z nich „posiada prawdziwego człowieka". Jedna może chronić przed redukcją jednostki do deficytu, druga przed ignorowaniem cierpienia wymagającego leczenia. Sam termin neurodiversity wymaga jednak precyzji. W najprostszym znaczeniu opisuje on fakt zróżnicowania ludzkich mózgów i sposobów poznawania – twierdzenie niemal banalnie prawdziwe.

Neurodiversity paradigm jest czymś więcej: to normatywny i polityczny sposób myślenia o tej zmienności, akcentujący akceptację, prawa, dostępność oraz krytykę zbyt wąskich norm społecznych. Współczesna literatura humanistyczno-medyczna ostrzega jednak, że wraz z instytucjonalną popularnością pojęcia pojawiają się nowe pytania: kto może posługiwać się tym językiem, czy nie zaciera on ciężkiej niepełnosprawności niektórych osób i czy celebracja różnicy nie wypiera realnego zapotrzebowania na wsparcie. Ostrzeżenie to jest szczególnie istotne w przypadku ADHD.

Łatwo stworzyć atrakcyjną kulturowo figurę neuroatypowego innowatora: chaotycznego, lecz genialnego; impulsywnego, ale odważnego; rozproszonego, lecz kreatywnego; niezdolnego do rutyny, za to wybitnego w kryzysie. Notatka źródłowa świadomie korzysta z tego rebrandingu, wskazując kreatywność, energię i nieszablonowe rozwiązywanie problemów jako potencjalne siły. Taki język ma ogromną wartość jako antidotum na lata patologizującego wstydu, ale nie może stać się nową normą sukcesu. Człowiek z ADHD nie powinien być zobowiązany do dostarczenia społeczeństwu geniuszu w zamian za prawo do akceptacji. To jedna z najważniejszych tez tego artykułu: godność nie wymaga supermocy. Osoba z ADHD nie musi być kreatywniejsza od innych, aby jej trudności zasługiwały na poważne traktowanie. Nie musi zakładać firmy, pisać powieści, ratować projektów w kryzysie ani posiadać spektakularnego hiperfokusu.

Może mieć ADHD i być przeciętnym człowiekiem. Może wykonywać zwykłą pracę, mieć zwyczajne zainteresowania i potrzebować większego wsparcia. Jej prawo do leczenia, szacunku i uczestnictwa nie zależy od udowodnienia, że zaburzenie „zwraca się społeczeństwu" w postaci wyjątkowych talentów. Dyskurs „supermocy" bywa paradoksalnie bliski logice ableizmu, z którą chce walczyć. Dawny ableizm głosił: masz wartość, jeśli funkcjonujesz tak jak większość. Jego pozytywna odmiana może twierdzić: masz wartość, jeśli twoja odmienność czyni cię szczególnie produktywnym. W obu przypadkach wartość osoby zostaje uzależniona od wydajności. Humanistyczna odpowiedź musi być prostsza i bardziej radykalna: człowiek posiada godność przed wynikiem.

Nie oznacza to, że nie wolno mówić o mocnych stronach. Badania oparte na klasyfikacji ICF pokazują, że eksperci pracujący z ADHD wskazywali nie tylko ograniczenia, lecz również cechy takie jak wysoki poziom energii, elastyczność czy odporność psychiczną. Jednocześnie te same analizy osadzały funkcjonowanie w szerokim krajobrazie funkcji ciała, aktywności, uczestnictwa i czynników środowiskowych. Mocna strona nie jest więc negacją trudności – jest inną cechą tego samego złożonego profilu.

Warto odróżnić ADHD jako potencjalne źródło cechy od osoby jako posiadacza konkretnej kompetencji. Nie powinniśmy mówić: „ludzie z ADHD są kreatywni". Możemy natomiast stwierdzić, że niektóre osoby z ADHD ujawniają sposoby myślenia, które w odpowiednich warunkach mogą sprzyjać twórczemu generowaniu możliwości; kreatywność nie jest jednak kryterium diagnostycznym ani gwarantowanym skutkiem zaburzenia. Podobnie hiperfokus nie jest automatycznie talentem. To sposób intensywnego zaangażowania, który w jednym kontekście prowadzi do wyjątkowej produktywności, a w drugim do zaniedbania snu, posiłków i pozostałych zobowiązań. Impulsywność może pomagać szybko reagować, ale jednocześnie zwiększać ryzyko

kosztownych decyzji. Poszukiwanie nowości może wspierać eksplorację, lecz destabilizować długoterminowe projekty.

Relacyjna wartość cechy i rola metafory w tożsamości

Cecha nie posiada wartości poza sytuacją. Powracamy w ten sposób do Canguilhema: wartość biologicznej cechy jest relacyjna wobec świata, w którym organizm ma żyć. To, co na jednym terenie jest zasobem, na innym może stać się obciążeniem. Nie jest to relatywizm głoszący, że „nic nie jest zaburzeniem", lecz bardziej wymagający realizm, który nakazuje każdorazowo analizować człowieka, jego środowisko i konkretne zadanie.

Dalszą komplikację wprowadza pojęcie tożsamości. Materiał źródłowy sugeruje, że ADHD jest integralną, genetycznie uwarunkowaną cechą tożsamości. Pierwszą część tego zdania należy jednak pozostawić samym zainteresowanym. Dla jednego człowieka ADHD stanowi fundament rozumienia siebie; drugi powie: „mam ADHD, ale ADHD nie jest moją tożsamością", a trzeci będzie zmieniał stosunek do diagnozy w różnych okresach życia. Nauka może opisać dziedziczność i kliniczne cechy ADHD, lecz nie może nakazać autobiografii.

Dziedziczność również nie rozstrzyga kwestii tożsamości. Kolor oczu bywa silnie uwarunkowany genetycznie, a mimo to rzadko ma znaczenie dla narracji o sobie. Z kolei inna, biologicznie mniej stabilna cecha, może stać się centralnym elementem życia. Z faktu, że ADHD jest silnie dziedziczne, nie wynika logicznie, iż musi być „integralnym elementem tożsamości" każdego człowieka.

W tym miejscu przydatna staje się koncepcja efektów zapętlenia kategorii ludzkich Iana Hackinga. Gdy tworzymy nazwę dla pewnego rodzaju doświadczenia, ludzie zaczynają rozumieć siebie przez pryzmat tej kategorii, instytucje zmieniają wobec nich swoje zachowanie, a osoby tak nazwane reagują na nową wiedzę. W rezultacie sama kategoria uczestniczy w przekształcaniu świata, który opisuje. ADHD jest tego znakomitym przykładem. Diagnoza może zmienić stosunek człowieka do dzieciństwa, pracy, relacji i własnego charakteru. Może zredukować wstyd, umożliwić leczenie lub stworzyć wspólnotę, ale może również skłaniać do filtrowania zbyt wielu doświadczeń przez jeden pryzmat.

Kategoria jest więc jednocześnie narzędziem poznawczym i wydarzeniem biograficznym. Nie ma w tym nic antynaukowego; każda diagnoza psychiatryczna funkcjonuje nie tylko w laboratorium, ale i w języku oraz społeczeństwie. Goffman pokazał, jak etykieta wpływa na społeczną tożsamość jednostki, a Foucault analizował historyczne związki między wiedzą, klasyfikacją a instytucjonalną

władzą. Nie trzeba przyjmować wszystkich ich tez, by uznać podstawową obserwację: nazwanie człowieka kategorią kliniczną wywołuje skutki wykraczające poza opis neuronów.

Z tego powodu język ma znaczenie, choć nie powinien stawać się magią. Zamiana „zaburzenia” na „różnicę” nie usuwa funkcjonalnego cierpienia. Jednak zamiana słowa „leniwy” na „neuroatypowy” może radykalnie zmienić punkt wyjścia do pracy nad problemem. Notatka O'Reillych jest szczególnie silna właśnie w tym obszarze: metafory niestabilnego Wi-Fi, pisania niedominującą ręką, worka kamieni czy Łowcy próbują przesunąć interpretację z moralnego potępienia w stronę rozumienia mechanizmu. Ich funkcja jest zatem bardziej hermeneutyczna niż neurologiczna. Nie tłumaczą one precyzyjnie działania mózgu, lecz pomagają człowiekowi inaczej spojrzeć na własne doświadczenie.

To ogromna wartość. Medycyna dysponuje językiem doskonałym do porównywania grup, tworzenia kryteriów i oceny skuteczności leczenia, ale nie zawsze posiada równie dobry język do przeżywania poniedziałkowego poranka z niewykonanym formularzem i trzema spóźnionymi terminami. Metafora może wypełnić tę lukę, o ile nie pomyli się jej z mechanizmem. Można powiedzieć: „mam niestabilne Wi-Fi”, jeśli pomaga to wyjaśnić partnerowi potrzebę zapisania ważnej informacji, bez konieczności dodawania, że sygnał biochemiczny literalnie „zanikł”. Można mówić o „potrzebie pasa startowego”, nie twierdząc, że istnieje biologicznie określona piętnastominutowa faza aktywacji TPN. Można używać pojęcia „Mózgu Łowcy”, pamiętając, że nie jest ono ustaloną teorią ewolucyjnego pochodzenia ADHD.

Dochodzimy tu do jednego z najważniejszych filozoficznych rozróżnień: prawda metafory nie jest tym samym co prawda mechanizmu. Metafora jest prawdziwa, jeśli pozwala uchwycić strukturę doświadczenia; mechanizm musi być prawdziwy w sensie empirycznej zgodności z procesami biologicznymi. O'Reillych są najbardziej wartościowi wtedy, gdy pozostają mistrzami pierwszego poziomu, a nie gdy ich język zostaje przypadkowo odczytany jako podręcznik neurochemii.

Koszt funkcjonowania a pluralizm neuroetyczny

Z tej perspektywy „Hard Mode” można zinterpretować nie jako obiektywną skalę biologicznej trudności przypisaną wszystkim osobom z ADHD, lecz jako fenomenologiczny opis kosztu. Dla wielu proste społecznie zadania wymagają nieproporcjonalnie dużej ilości regulacji. Hard Mode mówi: "inni widzą wynik, ja czuję liczbę operacji potrzebnych do jego uzyskania". Metafora ta jest szczególnie cenna, ponieważ pozwala odzyskać to, czego nie mierzy sam rezultat. Wyobraźmy sobie dwie osoby, które oddały identyczny raport o tej samej godzinie. Jedna pracowała regularnie przez

trzy dni. Druga uruchomiła zadanie po dziesięciu godzinach samokrytyki, wykonała je w nocy pod ekstremalną presją i następnego dnia była całkowicie wyczerpana.

Na poziomie produktu są równe. Na poziomie kosztu funkcjonowania – nie.

Ten ukryty koszt powinien wejść do definicji dobrze funkcjonującego życia. Człowiek nie jest dobrze zaadaptowany tylko dlatego, że potrafi osiągnąć wymagany rezultat. Adaptacja, która systematycznie wymaga wypalenia, chronicznego lęku i niedoboru snu, jest wątpliwym sukcesem.

Źródłowa maksyma „wyczerpanie nie jest miarą sukcesu" zasługuje na zachowanie nawet po wszystkich neurobiologicznych korektach. Jest ona nie tyle zdaniem o ADHD, co krytyką kultury produktywności. Współczesność stworzyła bowiem szczególną wersję człowieka normatywnego: ma być stale osiągalny, a jednocześnie skoncentrowany, elastyczny, terminowy, kreatywny, odporny na stres, zdolny do wielozadaniowości, doskonale zorganizowany i samodzielnie regulujący własne emocje.

To fantazmat jednostki pozbawionej kosztów poznawczych. ADHD ujawnia jego nierealność bardziej wyraźnie, ale problem jest szerszy.

Osoba neuroatypowa może rzeczywiście działać jak źródłowy "kanarek w kopalni", lecz nie dlatego, że posiada mistyczną zdolność wykrywania toksyczności. Może po prostu szybciej ujawniać koszt systemu opartego na nieustannych przerwaniach, hałasie, niejasnych instrukcjach i przeciążeniu. Jeżeli środowisko jest niepotrzebnie trudne dla osoby z ADHD, bardzo często jest po prostu nieco gorsze także dla innych. Nie należy jednak zamieniać kanarka w bohatera, który ma cierpieć dla dobra kopalni. Wrażliwość nie staje się obowiązkiem ostrzegania społeczeństwa; człowiek z ADHD nie jest narzędziem organizacyjnego audytu, lecz osobą, której środowisko ma umożliwiać uczestnictwo.

W tym miejscu można przywołać Johna Rawlsa i dokonać eksperymentu myślowego. Gdybyśmy projektowali szkołę lub miejsce pracy zza „zasłony niewiedzy" – nie wiedząc, czy urodzimy się z bardzo stabilną uwagą, ADHD, autyzmem, dysleksją czy innym profilem poznawczym – prawdopodobnie nie tworzylibyśmy instytucji opierającej sukces na jednej, bardzo wąskiej konfiguracji samoregulacji. Projektowalibyśmy raczej system oferujący kilka dróg dojścia do tego samego standardu. Nie dlatego, że standardy nie mają znaczenia, lecz dlatego, że istotne wymogi należy oddzielić od przypadkowych przeszkód. Jeżeli chirurg musi bezpiecznie wykonać operację, nie możemy zrezygnować z kompetencji koniecznych do jej przeprowadzenia. Jeśli jednak analityk może przygotować równie dobry raport w cichym pokoju zamiast w open space, hałas nie jest częścią kompetencji analitycznej. Jeśli student zna materiał, ale potrzebuje innej organizacji egzaminu, trzeba zapytać, którą zdolność rzeczywiście egzaminujemy.

Neuroróżnorodność nie jest programem likwidacji norm, lecz zaproszeniem do ich audytu. Które normy chronią rzeczywiste dobro? Które są konieczne dla bezpieczeństwa, kompetencji i wzajemności, a które istnieją tylko dlatego, że przez dziesięciolecia instytucje projektowano według jednego obrazu przeciętnego użytkownika? To rozróżnienie chroni ruch neuroróżnorodności zarówno przed konserwatywnym odrzuceniem, jak i przed własną radykalizacją.

Nie każda norma jest opresją. Nie każda różnica powinna zostać medykalizowana, nie każda trudność wyłącznie zaakceptowana i nie każda interwencja medyczna jest przemocą wobec tożsamości. Dojrzałość polega na pytaniu o cel interwencji: czy leczymy dlatego, że człowiek cierpi i chce zwiększyć własną sprawczość, czy dlatego, że otoczenie nie toleruje jego nieszkodliwej odmienności? Czy dostosowujemy środowisko, bo bariera jest zbędna, czy próbujemy usunąć realne wymaganie, którego nie można bezpiecznie ominąć? I wreszcie: czy nazywamy coś „siłą", bo konkretna osoba rzeczywiście tak to przeżywa, czy dlatego, że nie potrafimy znieść myśli, iż cenna osoba może posiadać także zaburzenie?

To ostatnie pytanie jest szczególnie ważne. Współczesna kultura ma czasami trudność z zaakceptowaniem pojęcia ograniczenia bez przypisania mu ukrytego daru. Jak gdyby godność wymagała symetrycznego rachunku: jeśli życie coś zabrało, musiało w zamian dać wyjątkową zdolność. Nie musi. Człowiek może mieć ograniczenie, które jest po prostu ograniczeniem, i nadal prowadzić życie pełne wartości. Może korzystać z leczenia i nadal kochać siebie; może pragnąć zmniejszenia objawów, nie zdradzając przy tym neuroróżnorodności. Może uważać ADHD za część siebie i jednocześnie powiedzieć: „tego konkretnego objawu wolałabym nie mieć".

Nie ma tu logicznej sprzeczności. Podobnie jak nie ma jej w tym, że inny człowiek powie: „nie chciałbym zostać pozbawiony całego tego sposobu myślenia, ponieważ jest spleciony z tym, kim jestem". Etyka powinna pozostawić miejsce dla obu tych autobiografii. To nazywam pluralizmem neuroetycznym: nauka dostarcza wiedzy o mechanizmach i ryzykach, medycyna oferuje możliwości leczenia, społeczeństwo ma obowiązek usuwać nieuzasadnione bariery, ale ostateczne znaczenie diagnozy w biografii nie może być w całości zadekretowane z zewnątrz. Nie oznacza to epistemicznego relatywizmu – człowiek nie może samym aktem identyfikacji zmienić kryteriów diagnostycznych ani skuteczności leku.

Wybór znaczenia diagnozy i dojrzały rebranding

Może natomiast zdecydować, czy słowo ADHD jest dla niego przede wszystkim nazwą zaburzenia, wyjaśnieniem, wspólnotą, częścią tożsamości czy kombinacją tych znaczeń.

język "rebrandingu" O'Reillych osiąga swoją najbardziej dojrzałą formę. Rebranding nie powinien oznaczać zamiany negatywnej propagandy na pozytywną.

Sprawczość jako zarządzanie własnymi zależnościami

Nie chodzi o przejście od przekonania „jestem wadliwy" do wizji „jestem ewolucyjnym superłowcą". Chodzi raczej o wyjście z potrzeby moralnej oceny własnej neurobiologii. Własnego mózgu nie trzeba postrzegać ani jako winy, ani jako medalu; można go po prostu poznawać. Można przyznać: w takich warunkach działa lepiej, w innych gorzej; tutaj potrzebuję leczenia, a tutaj dostosowania; tę cechę lubię, tej nie; tutaj mogę opracować strategię, a tutaj muszę zaakceptować ograniczenie. To język znacznie mniej spektakularny niż „superpower", ale intelektualnie dojrzalszy.

Samowspółczucie, które w niniejszej notatce uznaje się za fundament procesu akceptacji, nie oznacza łagodnego okłamywania siebie. Kristin Neff definiowała self-compassion poprzez życzliwość wobec siebie, wspólne człowieczeństwo i uważność, jednak jego praktyczną wartość można ująć prościej: jest to alternatywa dla przekonania, że cierpienie należy zwiększyć po to, aby poprawić zachowanie. Wstyd bywa krótkoterminowo mobilizujący, ale jako stały system zarządzania ludzkim zachowaniem okazuje się niezwykle kosztowny. Osoba z ADHD często zna ten model doskonale: odkładam zadanie, wstydzę się, zwiększam presję, wykonuję je w ostatniej chwili, odczuwam ulgę, obiecuję poprawę i ponownie odkładam. Wstyd staje się zewnętrznym menedżerem projektu. Samowspółczucie nie ma zatem mówić „niczego nie muszę zmieniać", lecz umożliwić zmianę bez konieczności wcześniejszego upokorzenia siebie.

Tutaj powraca kwestia odpowiedzialności. Tekst konsekwentnie odrzuca dwa błędy: moralizowanie biologii i biologizowanie moralności. Pierwszy sugeruje: „skoro zapomniałeś, jesteś nieodpowiedzialny". Drugi twierdzi: „skoro masz ADHD, nie odpowiadasz za skutki zapominania". Dojrzały model brzmi inaczej: nie wybierasz punktu startu, ale uczestniczysz w odpowiedzialności za sposób zarządzania nim. Filozofia prawa zna podobne rozróżnienie pomiędzy przyczynowością a przypisaniem odpowiedzialności. To, że zachowanie ma swoje przyczyny, nie oznacza automatycznie braku odpowiedzialności. Gdybyśmy wymagali działania całkowicie pozbawionego przyczyn, żaden człowiek nie byłby odpowiedzialny. Pytanie brzmi raczej, jakiego poziomu kontroli można rozsądnie oczekiwać, jakie wsparcie było dostępne i czy osoba podejmowała działania zmniejszające przewidywalne ryzyko.

ADHD komplikuje odpowiedzialność, ale jej nie usuwa. Człowiek może nie być w stanie obiecać, że „już nigdy nie zapomni", ale może ustawić przypomnienie. Może nie kontrolować pierwszego impulsu emocjonalnego, lecz może nauczyć się procedury przerwania kłótni. Może nie zmienić

sposobu, w jaki odczuwa czas, ale może korzystać z zewnętrznych zegarów. Może nie zmienić faktu, że zadanie jest dla niego bardziej kosztowne, ale może negocjować sposób jego wykonania. Sprawczość nie polega na suwerenności mózgu nad samym sobą – nikt z nas jej nie posiada.

Sprawczość to zdolność organizowania warunków, w których własne wartości mają większą szansę stać się zachowaniem. To może być najważniejsze filozoficzne odkrycie płynące z opowieści o ADHD. Nie potrzebujemy ideału człowieka całkowicie niezależnego od biologii, środowiska i innych ludzi, ponieważ taki człowiek nie istnieje.

Potrzebujemy modelu podmiotu, który zna swoje zależności i potrafi coraz lepiej nimi zarządzać. Wtedy kalendarz nie jest dowodem słabości, lek nie jest zdradą autentyczności, a partner nie staje się protezą. Dostosowanie przestaje być przywilejem, a psychoterapia nie jest próbą normalizacji. Wszystkie te elementy mogą stać się fragmentami infrastruktury autonomii.

Godność nie zaczyna się tam, gdzie kończy się zaburzenie; godność poprzedza zarówno sprawność i niesprawność, talent i ograniczenie, leczenie i potrzebę pomocy. Dopiero przy takim założeniu można naprawdę uwolnić ADHD zarówno od wstydu, jak i od obowiązku bycia niezwykłym. Człowiek nie musi już udowadniać: „nie jestem zaburzony, jestem inny", jeśli słowo „zaburzenie" jest klinicznie użyteczne. Nie musi twierdzić, że jego różnica jest supermocą, aby zasługiwać na szacunek. Nie musi odrzucać farmakoterapii, by chronić tożsamość, ani przyjmować każdej cechy jako nienaruszalnej części „prawdziwego ja". Może wybierać.

Być może właśnie w tym miejscu wszystkie metafory tego artykułu zaczynają układać się w jedną mapę. Łowca nie musi zostać Rolnikiem. Ferrari nie musi wyrzec się silnika. Niestabilne Wi-Fi potrzebuje czasem kabla. Worek kamieni można opróżniać. Sticky Switch można wspierać zewnętrzną strukturą. Hard Mode nie musi zostać wyłączony jednym magicznym kodem, aby gra stała się bardziej możliwa do prowadzenia.

Każda z tych metafor musi jednak ostatecznie ustąpić przed człowiekiem. Bo człowiek nie jest ani Łowcą, ani Ferrari, ani routerem, ani zbiorem poziomów dopaminy. Jest podmiotem posiadającym biografię, wartości, relacje, ograniczenia i możliwości, których nie da się zredukować do kodu diagnostycznego. Pozostaje więc ostatni krok.

Od wiedzy o mózgu do architektury sprawczości

To nie kolejna teoria, lecz synteza całej drogi: od George'a Stilla do genomiki, od dopaminy do sieci mózgowych, od Hard Mode do funkcji wykonawczych, od farmakoterapii do kalendarza, od relacji do prawa i od wstydu do sprawczości. Fundacja Dobre Państwo musi odpowiedzieć na pytanie

najprostsze i najtrudniejsze zarazem: co po zgromadzeniu tej wiedzy znaczy dobrze żyć z ADHD – jako osoba z diagnozą, jej partner, rodzic, lekarz, nauczyciel, pracodawca czy obywatel? Nie będzie już potrzebne rozstrzyganie, czy ADHD jest deficytem, różnicą, czy darem.

Należy pokazać, w jaki sposób wiedza o nim może zostać przekształcona w etykę codziennego działania: mniej wstydu, więcej prawdy; mniej heroizmu, więcej infrastruktury; mniej etykiet, więcej precyzji; mniej wojny z własnym mózgiem, a więcej odpowiedzialnej współpracy z jego realnymi możliwościami. Dobrze żyć z ADHD to przejść od wiedzy o mózgu do architektury sprawczości. Droga przebyta od osiemnastowiecznych opisów nieuwagi, przez George'a Stilla i Charlesa Bradleya, genetykę populacyjną, sieci mózgowe, farmakologię, psychoterapię, fenomenologię prokrastynacji, AuDHD, gospodarkę uwagi, prawo do dostosowań i etykę bliskiej relacji uświadamia nam, że pytanie „czym jest ADHD?" było od początku zbyt małe. Znacznie ważniejsze brzmi: co możemy zrobić z wiedzą, że człowiek posiada określony profil neurorozwojowy, który w pewnych sytuacjach zwiększa koszt realizacji własnych zamiarów? Dopiero odpowiedź na to pytanie przekształca diagnozę z rzeczownika w czasownik, z etykiety w praktykę, z opisu zaburzenia w projekt życia. Właśnie w tym kierunku prowadzi propozycja Charity i Toma O'Reillych.

Ich książka How to Understand and Deal with ADHD: Everything You Need to Know, wydana 11 sierpnia 2026 roku, nie jest traktatem tworzącym nową teorię etiologiczną. To przede wszystkim próba przełożenia wiedzy i doświadczenia na język codzienności; wydawca przedstawia ją jako praktyczny przewodnik łączący wyjaśnienie mechanizmów ADHD z metodami radzenia sobie, perspektywą medyczną, terapeutyczną i konkretnymi strategiami. Tom O'Reilly wnosi do niej także osobiste doświadczenie osoby zdiagnozowanej w wieku dwudziestu ośmiu lat. Ich największy wkład nie polega na stworzeniu kolejnego modelu dopaminergicznego, lecz na czymś, czego medycyna potrzebuje równie mocno jak nowego biomarkera: na translacji pomiędzy językiem klinicznym a językiem przeżywanego życia. ADHD zostaje tu przedstawione przez kilka soczewek jednocześnie: jako neurotyp, jako niepełnosprawność wynikająca częściowo z niedopasowania do środowiska, jako zaburzenie powodujące realne ograniczenia oraz jako potencjalne źródło określonych zasobów. Tę wieloperspektywiczność warto zachować, rezygnując jedynie z potrzeby, by jedna z soczewek unieważniała pozostałe.

ADHD może być biologicznie zakorzenionym zaburzeniem neurorozwojowym i równocześnie elementem tożsamości. Może powodować cierpienie, a niektóre związane z nim cechy w określonych warunkach mogą okazać się użyteczne. Może wymagać leczenia i jednocześnie domagać się zmian środowiskowych. Nie ma sprzeczności w zdaniu: „akceptuję swój mózg i chcę leczyć część jego objawów". Taka postawa powinna zastąpić źle postawiony spór między leczeniem

a afirmacją. Człowiek nie zdradza swojej autentyczności, gdy zakłada okulary, korzysta z aparatu słuchowego, przyjmuje insulinę albo używa kalendarza. Podobnie osoba z ADHD nie staje się mniej sobą dlatego, że stosuje skuteczny lek, psychoterapię, alarm, listę zadań lub prosi pracodawcę o pisemne instrukcje.

Autentyczność nie oznacza bowiem pozostawania pod całkowitą władzą tego, co biologicznie spontaniczne. Gdyby tak było, każdy wysiłek samoregulacji musielibyśmy uznać za zdradę natury. Znacznie lepsza definicja autentyczności mówi, że człowiek jest bardziej sobą wtedy, gdy jego działanie częściej wynika z wartości i świadomych decyzji niż z przypadkowej przewagi bodźca, impulsu czy aktualnego poziomu pobudzenia. Jeśli chcę przeczytać książkę, ale nie potrafię utrzymać uwagi wystarczająco długo, zwiększenie zdolności do czytania nie oddala mnie od autentycznego ja – przybliża moje zachowanie do mojej intencji. Jeśli chcę być obecna podczas rozmowy z bliską osobą, a uwaga ucieka, skuteczne leczenie lub modyfikacja środowiska zwiększają nie posłuszeństwo wobec normy, lecz moją możliwość urzeczywistnienia własnego wyboru. Współczesne leczenie ADHD powinno być rozumiane jako architektura sprawczości, a nie operacja normalizacji człowieka. Aktualne wytyczne NICE odzwierciedlają model szerszy niż samo przepisywanie leków: po rozpoznaniu rekomendują rozmowę o wpływie ADHD na życie, mocnych stronach, stygmatyzacji, relacjach, edukacji, pracy, współwystępujących problemach oraz znaczeniu modyfikacji środowiskowych. U dorosłych farmakoterapia jest zalecana, gdy objawy nadal powodują istotne upośledzenie mimo odpowiednich zmian w otoczeniu; interwencje psychologiczne są zaś ważną opcją samodzielną lub uzupełniającą.

Wytyczne te, ponownie przeglądane 7 maja 2025 roku, nie zmieniły tej podstawowej logiki postępowania. Jest to model niepozornie rewolucyjny. Nie pyta wyłącznie: „jak usunąć objawy?”, lecz „co ogranicza funkcjonowanie tej osoby i w którym miejscu systemu można najskuteczniej zmniejszyć to ograniczenie?”. Czasem odpowiedzią jest farmakoterapia, czasem CBT, leczenie depresji lub bezsenności. Czasem mniej hałaśliwe biuro, wspólny kalendarz, a czasem przyznanie, że wykonywany zawód jest trwale źle dopasowany do sposobu funkcjonowania danej osoby. W dojrzałej klinice nie ma ideologicznego obowiązku wybierania wyłącznie jednego poziomu interwencji. Nie oznacza to jednak symetrii dowodów – nauka wymaga zachowania hierarchii.

Farmakoterapia redukuje objawy i ryzyka życiowe

Najobszerniejsza współczesna sieciowa metaanaliza interwencji dla dorosłych z ADHD, opublikowana w The Lancet Psychiatry w 2025 roku – obejmująca 113 randomizowanych badań i niemal piętnaście tysięcy uczestników – wykazała, że w zakresie krótkoterminowej redukcji

rdzeniowych objawów najbardziej spójne dowody (zarówno w ocenach pacjentów, jak i klinicystów) dostarczają stymulanty oraz atomoksetyna. CBT, mindfulness i psychoedukacja przynosiły korzystne rezultaty w części pomiarów klinicznych, jednak ich efekty były mniej konsekwentne w zależności od źródła oceny.

Autorzy zwrócili również uwagę na niedostatek danych długoterminowych. To bardzo potrzebna korekta rynku, na którym lifehacki, coaching, aplikacje, suplementy i leki bywają przedstawiane jako równorzędne „opcje dla ADHD". Nie są one jednak równoważne pod względem siły dowodów. Jednocześnie skuteczność kliniczna nie powinna być mierzona wyłącznie skalą objawów; jeśli leczenie jest naprawdę wartościowe, musi w pewnym momencie dotknąć życia. W tym kontekście kluczowe znaczenie mają wyniki szeroko zakrojonego szwedzkiego badania opublikowanego w BMJ w 2025 roku.

W grupie 148 581 osób z nowo rozpoznanym ADHD rozpoczęcie farmakoterapii wiązało się w dwuletnim okresie obserwacji z niższymi wskaźnikami pierwszych zachowań samobójczych, nadużywania substancji, wypadków transportowych oraz przestępczości. Przy analizie zdarzeń powtarzalnych korzystne korelacje objęły wszystkie pięć badanych kategorii, w tym urazy przypadkowe.

Różnica między wynikiem a ceną wyniku

Nadal mamy tu do czynienia z badaniem obserwacyjnym opartym na emulacji target trial, więc nie należy przekształcać każdego związku w absolutny dowód przyczynowy. Pokazuje ono jednak, że pytanie o leczenie ADHD może dotyczyć czegoś więcej niż tylko tego, czy człowiek „lepiej się koncentruje" – może dotyczyć bezpieczeństwa i realnych trajektorii życiowych. Taka perspektywa zmienia definicję sukcesu. Nie pytamy już jedynie, czy pacjent siedzi spokojniej lub wykonuje więcej zadań, lecz czy potrafi prowadzić życie bardziej zgodne z własnymi celami przy mniejszym koszcie. Czy rzadziej żyje od kryzysu do kryzysu? Czy zużywa mniej energii na ukrywanie swoich trudności? Czy jego relacje wymagają mniej napraw po impulsywnych konfliktach?

Czy sen nie jest stale poświęcany na rzecz pracy wykonywanej w ostatniej chwili? Czy człowiek może osiągać rezultat bez konieczności uprzedniego doprowadzenia organizmu do stanu alarmowego? W tym kontekście kluczowe znaczenie nabiera myśl z materiału O'Reillych: wyczerpanie nie jest miarą sukcesu. Towarzyszy jej krytyka życia opartego na deadline'ach, wstydzie i nagłych skokach mobilizacji. Po wszystkich neurochemicznych korektach to właśnie ta refleksja zachowuje największą wartość. Osoba, która potrafi wykonać zadanie wyłącznie w stanie

katastrofalnego napięcia, jest funkcjonalnie zdolna do jego realizacji, ale jej system regulacyjny pobiera za tę zdolność bardzo wysoką opłatę.

Warto zatem wprowadzić rozróżnienie pomiędzy wynikiem a ceną wyniku. W kulturze instytucjonalnej obserwator widzi głównie ten pierwszy parametr: raport został oddany, egzamin zdany, spotkanie odbyło się, dziecko odebrane, projekt ukończony. Człowiek z ADHD doświadcza natomiast pełnej historii dojścia do rezultatu: dziesięciu godzin unikania, trzech równoległych projektów, nocnego sprintu, samokrytyki, zapomnianego posiłku i następnego dnia wyjętego z życia przez wyczerpanie. Jeżeli terapia pozwala osiągnąć ten sam efekt przy połowie tych kosztów, następuje ogromna poprawa, nawet jeśli otoczenie widzi identyczny końcowy dokument.

W medycynie ADHD potrzebujemy pojęcia zrównoważonej sprawności. Nie chodzi o maksymalną produktywność możliwą do utrzymania przez trzy tygodnie, lecz o taki poziom funkcjonowania, który można kontynuować przez lata bez nieustannego płacenia zdrowiem, snem i relacjami. Kultury pracy często przeoczają tę różnicę, ponieważ premiują spektakularny rezultat, a koszty odroczone pozostawiają człowiekowi. Dobrze żyć z ADHD oznacza zatem również przestać mylić zdolność do heroicznego wysiłku ze zdolnością do dobrego życia. Niektóre osoby z ADHD bywają niezwykle skuteczne w sytuacjach kryzysowych i może to być zasób. Jeśli jednak całe życie musi nieustannie generować kryzysy, aby ten zasób uruchomić, przewaga zmienia się w pułapkę.

Mikroinstytucje i samowspółczucie jako narzędzia sprawczości

Metafora Mózgu Łowcy jest tu szczególnie pouczająca. Przyjmowana dosłownie, łatwo staje się atrakcyjną, lecz słabo potwierdzoną historią ewolucyjną. Używana rozsądnie, zadaje za to kluczowe pytanie: czy określony sposób działania człowieka i struktura jego środowiska są do siebie dopasowane? Można nie wiedzieć, czy przodkowie o podobnym profilu byli lepszymi łowcami, a jednocześnie mieć pewność, że współczesny pracownik funkcjonuje lepiej przy większej zmienności zadań, krótszych sprzężeniach zwrotnych i mniejszej ilości bezcelowej administracji. Nie chodzi o poszukiwanie świata wolnego od obowiązków. Farmer pozostaje konieczny nawet w metaforycznej wspólnocie Łowców. Rachunki trzeba zapłacić, a dokumentację prowadzić.

Dziecko potrzebuje śniadania niezależnie od poziomu zainteresowania rodzica. Dojrzały model nie sugeruje więc, by żyć wyłącznie zgodnie z tym, co pobudza mózg. Mówi raczej: organizuj nieuniknione obowiązki tak, aby nie wymagały one każdorazowo zwycięstwa nad całą architekturą własnej motywacji. Tutaj znajdują swoje miejsce wszystkie pozornie drobne rozwiązania opisane

wcześniej. Automatyczne płatności, timer, Parking Lot, przygotowany punkt startowy, body doubling, wyłączenie powiadomień, skala szarości, wspólny kalendarz czy zasada opóźniania impulsywnej decyzji nie są terapią ADHD w tym samym znaczeniu co lek czy CBT.

Są jednak czymś, co można nazwać mikroinstytucjami osobistego życia. Człowiek ustanawia procedurę tam, gdzie wcześniej za każdym razem musiał toczyć nową walkę. Max Weber badał, jak nowoczesne instytucje zyskały przewidywalność dzięki procedurom. Osoba z ADHD może wykonać podobny ruch w skali własnej codzienności, powinna jednak uważać, aby nie zbudować sobie prywatnej żelaznej klatki. System ma redukować liczbę zbędnych decyzji, a nie zwiększać biurokrację życia do poziomu, w którym samo utrzymywanie organizacji staje się nowym pełnoetatowym zajęciem.

Najlepszy system bywa banalny: jedno miejsce zapisywania terminów, jedna lista ważnych projektów, automatyzacja tego, czego nie warto pamiętać, fizyczne ograniczenie najłatwiejszych rozpraszaczy i kilka przewidywalnych momentów przeglądu. Nie chodzi o stworzenie perfekcyjnego „second brain", lecz o to, aby pierwszy mózg nie musiał bez końca pilnować wszystkich otwartych pętli. To również powód, dla którego samowspółczucie powinno towarzyszyć organizacji, a nie ją zastępować. W syntezie O'Reillych self-compassion traktowane jest jako fundament wyjścia z wieloletniego wstydu i maskowania. Pozytywne znaczenie tej idei nie polega na rezygnacji z wymagań wobec siebie, lecz na zmianie paliwa.

Wstyd mówi: „muszę to zrobić, aby udowodnić, że nie jestem beznadziejny". Samowspółczucie pozwala powiedzieć: „to zadanie jest dla mnie trudne, więc potrzebuję lepszego sposobu jego wykonania". Pierwsze zdanie zamienia każdą czynność w referendum nad wartością człowieka. Drugie pozostawia problemowi jego właściwy rozmiar. To jedna z najważniejszych przemian po późnej diagnozie; człowiek może przestać interpretować całą biografię przez pryzmat moralnego defektu. Nie oznacza to wymazania odpowiedzialności, lecz zastąpienie źle zdefiniowanego problemu lepszą definicją. „Jestem leniwy" nie zawiera rozwiązania. „Mam trudność z inicjacją niskostymulującego zadania, szczególnie gdy brakuje wyraźnego pierwszego kroku" już zawiera hipotezę interwencji. „Jestem nieodpowiedzialna" nie prowadzi do celu. „Nie mogę polegać wyłącznie na pamięci prospektywnej przy odległych terminach" prowadzi do kalendarza i przypomnień. „Nie zależy mi na ludziach" może być tragiczną pomyłką interpretacyjną, podczas gdy stwierdzenie: „nie przywołuję spontanicznie zamiaru napisania do osoby, kiedy znika ona z kontekstu bieżącego dnia", prowadzi do rytuału kontaktu.

Nowy język relacji zamiast moralizowania diagnozy

Język zmienia życie nie dlatego, że magicznie przebudowuje neurony, lecz ponieważ modyfikuje zestaw dostępnych działań. Osoba bliska również potrzebuje tej zmiany. Po lekturze tekstu nie powinna wyjść z przekonaniem, że każdy błąd osoby z ADHD należy wybaczyć, bo „to dopamina". Powinna raczej nauczyć się zadawać precyzyjne pytania: czy mamy do czynienia z intencją, mechanizmem, konsekwencją, czy odpowiedzialnością za zapobieganie powtórzeniu? Czy w danej sytuacji pomagać, czy postawić granicę? Czy problem wymaga empatii, systemu, leczenia, czy wszystkich trzech tych elementów? Najlepszym streszczeniem etyki relacji pozostaje zdanie: wyjaśnienie nie unieważnia skutku, a skutek nie dowodzi intencji. Można wierzyć, że partner nie zapomniał z braku miłości i jednocześnie oczekiwać stworzenia skuteczniejszego systemu pamiętania. Można rozumieć impulsywność, a mimo to nie zgadzać się na krzyk. Można pomóc rozpocząć zadanie, ale odmówić wykonania go za drugą osobę. W podobny sposób rodzic dziecka z ADHD powinien otrzymać rolę inną niż policjant dyscypliny. Aktualne wytyczne NICE wyraźnie podkreślają, że programy edukacyjne lub treningowe dla rodziców nie są świadectwem „złego rodzicielstwa", lecz odpowiedzią na ponadprzeciętne potrzeby wychowawcze dzieci z ADHD.

To stwierdzenie ma większe znaczenie kulturowe, niż się wydaje. Rodzina również potrzebuje uwolnienia od moralizowania diagnozy. Nauczyciel natomiast powinien przestać pytać wyłącznie o to, czy uczeń „potrafi siedzieć spokojnie". Powinien pytać, czego uczeń ma się nauczyć i które elementy środowiska pomagają mu to osiągnąć. Pisemne instrukcje, ograniczenie rozproszeń, przerwy ruchowe czy odpowiednia organizacja przestrzeni są w wytycznych wymieniane jako modyfikacje środowiskowe właśnie dlatego, że funkcjonowanie można poprawić bez obniżania standardów wiedzy. Pracodawca powinien dokonać analogicznego rozróżnienia pomiędzy kompetencją a rytuałem organizacyjnym. Nie każda godzina obecności, liczba spotkań, zdolność pracy w open space czy zapamiętywanie poleceń ustnych stanowią istotę zawodu. Dobre zarządzanie nie polega na czynieniu pracy „łatwą" dla osoby z ADHD, lecz na usuwaniu kosztów, które nie tworzą żadnej wartości dla organizacji. Lekarz z kolei powinien oprzeć się pokusie zarówno nadmiernego medykalizowania, jak i lekceważenia objawów. Dobra diagnoza nie jest nagrodą za cierpienie ani potwierdzeniem internetowej tożsamości; ma być możliwie trafnym wyjaśnieniem wzorca funkcjonowania, uwzględniającym dzieciństwo, różne środowiska, współchorobowość i alternatywne przyczyny.

Praca z mózgiem zamiast walki z nim

Dobra terapia nie kończy się na pytaniu o to, czy lek działa, lecz pyta raczej: „czy człowiek żyje dzięki niemu lepiej, bezpieczniej i bardziej po swojemu?”. Badacz z kolei powinien pamiętać o skali własnych twierdzeń. Statystyczna różnica między grupami nie staje się automatycznie biomarkerem jednostki. Korelacja nie jest etiologią. Funkcjonalne MRI nie stanowi portretu „mózgu ADHD”, a dziedziczność nie oznacza determinizmu. Ryzyko populacyjne nie jest wyrokiem biograficznym. Jednym z największych niebezpieczeństw popularyzacji neuronauki jest bowiem sytuacja, w której metafora wyprzedza dowód, by później powrócić do człowieka jako biologiczny los.

O'Reillych dostarczają wielu świetnych metafor właśnie dlatego, że łatwo zapadają w pamięć. „Hard Mode”, „niestabilne Wi-Fi”, „Bucket of Rocks”, „Runway” czy „Hunter Brain” pozwalają nazwać to, czego język diagnostyczny często nie potrafi uczynić intuicyjnie dostępnym. Ich naukowa odpowiedzialność zaczyna się jednak tam, gdzie kończy się przenośnia. Z „niestabilnego Wi-Fi” nie można wywnioskować konkretnego defektu transmisji neuronalnej; z „Łowcy” – pewnej historii ewolucyjnej, a z „dopaminowego menu” – precyzyjnej teorii gospodarki neuroprzekaźnikiem.

Mimo tych korekt nie należy umniejszać wartości projektu O'Reillych. Wydawca opisuje ich przewodnik jako próbę nauczenia czytelnika „pracowania z własnym mózgiem, a nie przeciw niemu”. Po przełożeniu z języka poradnikowego na naukowy można uznać tę formułę za centrum naszego artykułu. Pracować z mózgiem nie oznacza uznawania każdej jego spontanicznej tendencji za dobrą. Oznacza raczej poznanie prawdopodobieństw własnego działania i projektowanie wobec nich strategii. Kto łatwo zapomina, nie powinien opierać bezpieczeństwa na pamięci. Kto źle szacuje czas, powinien uczynić go bardziej widzialnym. Kto silnie reaguje na natychmiastową nowość, powinien projektować tarcie wokół najbardziej kosztownych bodźców. Kto rozpoczyna działanie dzięki strukturze społecznej, może świadomie korzystać z body doublingu. Kto osiąga cele wyłącznie pod ekstremalną presją, powinien zacząć traktować to nie jako dowód wyjątkowej sprawności, lecz jako kosztowny wzorzec wymagający alternatywy. Kto potrzebuje leku, może go przyjmować bez poczucia moralnej porażki. Kto doświadcza działań niepożądanych, ma prawo wraz z lekarzem modyfikować leczenie, zamiast podporządkowywać całe życie jednej terapii. Kto funkcjonuje dobrze bez farmakoterapii, nie musi jej przyjmować tylko po to, by jego diagnoza była „prawdziwa”.

Wszystkie te przykłady prowadzą do fundamentalnej zmiany w pojmowaniu odpowiedzialności. Tradycyjny model często utożsamia ją z samowystarczalnością: odpowiedzialny jest ten, kto

pamięta bez przypomnień, organizuje się bez pomocy, reguluje emocje bez leków i wykonuje obowiązki bez zewnętrznej struktury.

Odpowiedzialność za system zamiast walki z biologią

Taki ideał jest jednak filozoficznie wątpliwy, nie tylko w kontekście ADHD. Człowiek jako gatunek jest głęboko zależny od narzędzi, instytucji i innych ludzi. Pismo stanowi zewnętrzną pamięć, kalendarz jest technologią zarządzania czasem, a prawo zewnętrznym systemem hamowania impulsów społecznych. Zegar organizuje synchronizację naszych zachowań, zaś szkoła eksternalizuje proces uczenia się.

Medycyna z kolei wspomaga funkcje biologiczne, których organizm nie realizuje dostatecznie sprawnie. Nie istnieje zatem zasadnicza granica moralna między tym, co „robię sam", a korzystaniem z narzędzi. Kluczowe pytanie brzmi: czy potrafię odpowiedzialnie stworzyć system, dzięki któremu moje zobowiązania będą wypełniane? Odpowiedzialna osoba z ADHD nie musi pamiętać o wszystkim; musi jednak mieć świadomość swoich braków i budować odpowiednie zabezpieczenia. Nie musi zawsze kontrolować każdego pierwszego impulsu, ale powinna znać sytuacje, w których jest on kosztowny, i projektować mechanizmy opóźnienia. Nie musi samotnie przezwyciężać każdej trudności, lecz winna nauczyć się prosić o wsparcie tak, by nie przekształcać pomagających w stałych zarządców własnego życia. To właśnie odpowiedzialność drugiego rzędu: odpowiedzialność nie za posiadanie określonego układu nerwowego, lecz za stopniowe poznawanie warunków jego funkcjonowania. Jest ona bardziej realistyczna, a zarazem bardziej wymagająca.

Nie pozwala ona na stwierdzenie: „mam ADHD, więc nic nie mogę zrobić", ale nie pozwala również uznać, że „gdybym był wartościowym człowiekiem, poradziłbym sobie bez żadnych podpór".

W tym świetle spór o neurodiversity i disorder staje się mniej istotny. Możemy zachować oba terminy, jeśli będą służyć innym celom. Disorder przypomina, że dla wielu osób istnieją realne ograniczenia, ryzyka i cierpienie, które wymagają leczenia. Neurodiversity z kolei wskazuje, że człowiek nie jest sumą swoich deficytów, a środowisko współtworzy jego zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym. Żadna z tych perspektyw nie powinna uzyskać monopolu.

Warto chronić człowieka przed obowiązkiem nazywania ADHD darem. Narracja o kreatywności, energii i sprawności w sytuacjach kryzysowych może być emancypacyjna dla tych, którzy przez lata słyszeli wyłącznie o swoich brakach. Jeśli jednak ktoś nie odnajduje w diagnozie żadnej „supermocy", nie oznacza to porażki w byciu neuroatypowym. Być może jego ADHD jest przede wszystkim kłopotem. Może pewne elementy związane z tym stanem akceptuje, a innych

zdecydowanie nie. Możliwe, że po skutecznym leczeniu czuje nie utratę oryginalności, lecz ulgę. Wszystkie te odpowiedzi są dopuszczalne.

Nie trzeba kochać własnej bezsenności, zapominania, chaosu czy impulsywnych decyzji, aby kochać siebie. To subtelne rozróżnienie pomiędzy akceptacją osoby a celebracją każdego objawu. Podobnie społeczeństwo nie musi udawać, że każda różnica jest równie funkcjonalna, by zapewniać wszystkim równe prawo do uczestnictwa. Sprawiedliwość nie wymaga fikcji, jakoby wszyscy dysponowali takimi samymi możliwościami; wymaga jedynie, aby różnica możliwości nie była automatycznie przekształcana w różnicę godności.

Sprawczość jako synteza biologii, wsparcia i odpowiedzialności

ADHD staje się szczególnie ciekawym laboratorium współczesnego humanizmu. Zmusza nas do odróżnienia człowieka od jego wydajności, wartości od samokontroli, odpowiedzialności od winy, dostosowania od przywileju, leczenia od normalizacji i biologii od przeznaczenia. To nie jest mało. Historia ADHD to coś więcej niż historia psychiatrii; to opowieść o zmieniającym się ideale człowieka. Najpierw dziecko miało wykazywać „moralną kontrolę". Później opisywano je poprzez zachowania hiperkinetyczne, a następnie przez deficyty uwagi i impulsywność. Dziś coraz częściej analizujemy cały układ funkcji wykonawczych, motywacji, środowiska, relacji oraz współwystępujących trudności. Historia tych kategorii pokazuje, jak nauka stopniowo odzyskiwała z obszaru moralnego osądu kolejne fragmenty ludzkiego zachowania. Nie znaczy to jednak, że powinna odzyskać wszystkie. Nauka może wyjaśniać, dlaczego określone zachowanie jest bardziej prawdopodobne, ale nie powinna automatycznie rozgrzeszać z każdej jego konsekwencji. Biologia nie może zostać nową teologią przeznaczenia.

Ostateczna równowaga brzmi zatem: mniej winy za mechanizm, więcej odpowiedzialności za zarządzanie jego skutkami. Dla klinicysty oznacza to leczenie bez paternalizmu. Dla partnera – empatię bez samounicestwienia. Dla rodzica – strukturę bez zawstydzania. Dla nauczyciela – wymagania bez mylenia dyscypliny z edukacją. Dla pracodawcy – ocenę wyniku bez fetyszyzowania jednego sposobu jego osiągania. Dla osoby z ADHD – prawo do pomocy bez obowiązku udowadniania bezradności i prawo do dumy bez konieczności wykazania supermocy. Dla wspólnoty oznacza to uznanie, że sprawne państwo, dobra szkoła, firma czy rodzina nie są projektowane wyłącznie dla hipotetycznego człowieka o doskonałej samoregulacji. Cywilizacja zaczyna się tam, gdzie słabości jednostek przestają być jedynie prywatnymi katastrofami, ponieważ wspólnota stworzyła procedury, technologie i instytucje zmniejszające ich koszt. Kalendarz,

rzetelne prawo, farmakoterapia, terapia, racjonalne dostosowanie czy życzliwy partner należą do tej samej, szerokiej rodziny zjawisk. Są technologiami zwiększania ludzkiej sprawczości. Nie wyręczają człowieka w byciu człowiekiem – pozwalają mu być nim pełniej.

W tym miejscu można domknąć metaforę Hard Mode. W grach poziom trudności jest zazwyczaj parametrem ustawionym raz na zawsze. Życie nie działa w ten sposób. Trudność zmienia się wraz ze snem, wiekiem, leczeniem, środowiskiem, rodzajem zadania, relacją, stresem i ilością dostępnej struktury. Człowiek nie jest na stałe przypisany do jednego poziomu. Może mieć dzień Hard Mode, zadanie Hard Mode, środowisko Hard Mode albo okres życia, w którym mechanizmy kompensacyjne przestały wystarczać.

Celem nie powinno być heroiczne pokonanie gry bez żadnych ułatwień. W prawdziwym życiu nie otrzymuje się dodatkowych punktów za odmowę korzystania z mapy. Można włączyć napisy, zmienić sterowanie, poprosić drugiego gracza o pomoc, zastosować lek czy zmienić strategię. Można też czasem odłożyć grę i odpocząć. A przede wszystkim można przestać uważać, że trudność poziomu jest oceną wartości gracza. Nie musisz wygrać z własnym mózgiem; musisz poznać go na tyle dobrze, aby coraz częściej móc wybierać, dokąd razem z nim pójdziesz.

W tym podejściu mieszczą się medycyna, neurobiologia, filozofia i praktyka codzienności. Jest miejsce dla genów, których człowiek nie wybiera, i dla decyzji, które podejmuje. Dla leków i dla środowiska. Dla diagnozy i dla tożsamości. Dla ograniczeń i dla talentów. Dla indywidualnej odpowiedzialności i dla odpowiedzialności instytucji. Dla naukowego sceptycyzmu oraz dla metafor potrzebnych, aby wiedzę można było naprawdę zamieszkać. ADHD pozostaje zaburzeniem neurorozwojowym, ale pozostaje również ludzkim doświadczeniem, którego znaczenie nie kończy się na klasyfikacji diagnostycznej. Mózg może być w trybie Hard Mode, lecz człowiek nie jest trybem. Jest autorem życia prowadzonego przy określonych warunkach biologicznych, w konkretnym świecie i w relacji z innymi ludźmi. Nauka pomaga te warunki zrozumieć, medycyna może część z nich zmienić, a psychoterapia nauczyć nowych strategii.

Technologia może przejąć część pamięci, prawo i instytucje mogą usunąć bariery, a bliscy mogą towarzyszyć. Sensu temu przedsięwzięciu nadaje dopiero możliwość, że dzięki temu wszystkiemu człowiek uzyska nieco więcej przestrzeni pomiędzy impulsem a czynem, pomiędzy cudzym oczekiwaniem a własnym wyborem, pomiędzy dawnym wstydem a przyszłą decyzją. Tę przestrzeń można nazwać najprościej: sprawczością.

> W prawdziwym życiu nie otrzymuje się dodatkowych punktów za odmowę korzystania z mapy czy pomoc drugiego gracza. Trudność poziomu „Hard Mode” nie jest oceną

> wartości człowieka, a jedynie opisem warunków, w których przyszło mu działać. Ostatecznie nie musimy wygrać wojny z własnym mózgiem; wystarczy go poznać na tyle dobrze, by przestać być jego zakładnikiem i zacząć świadomie wybierać, dokąd razem z nim pójdziemy.

Inspiracje

[1]

"How to Understand and Deal with ADHD" Charity OReilly

2026 | The Experiment | ISBN: 9798893031300

Charity O'Reilly jest licencjonowaną terapeutką zawodową (LPC) i terapeutką traumy z ponad 20-letnim doświadczeniem w dziedzinie zdrowia psychicznego. Mieszka w Pensylwanii i specjalizuje się w holistycznym leczeniu traumy, wykorzystując takie metody jak odwrażliwianie i przetwarzanie za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR), terapia Internal Family Systems (IFS) oraz joga uwzględniająca traumę. O'Reilly jest założycielką O'Reilly Trauma Healing Inc., gdzie prowadzi intensywne rekolekcje terapeutyczne i szkolenia zawodowe. Jej praca koncentruje się na pomaganiu osobom, zwłaszcza kobietom i osobom LGBTQ+, w regulacji układu nerwowego i leczeniu złożonej traumy. Oprócz praktyki klinicznej, jest autorką i prelegentką, współautorką materiałów na temat zdrowia psychicznego i ADHD, wraz z mężem i partnerem, Tomem O'Reilly. Współprowadzi również podcast The Witchy Therapist, zgłębiając różnorodne metody leczenia.

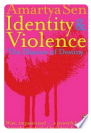
Charity O'Reilly is a licensed professional counselor (LPC) and trauma therapist with over 20 years of experience in the mental health field. Based in Pennsylvania, she specializes in holistic trauma healing, utilizing approaches such as Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Internal Family Systems (IFS) therapy, and trauma-informed yoga. O'Reilly is the founder of O'Reilly Trauma Healing Inc., where she provides intensive therapy retreats and professional training. Her work focuses on helping individuals, particularly women and LGBTQ+ populations, navigate nervous system regulation and heal from complex trauma. In addition to her clinical practice, she is an author and speaker, co-authoring resources on mental health and ADHD alongside her husband and partner, Tom O'Reilly. She also co-hosts The Witchy Therapist Podcast, exploring diverse healing modalities.

O'Reilly Trauma Healing Inc.

Literatura uzupełniająca

Książki

Literatura pokrewna (Google Scholar):



[1] **"Identity and Violence"**

Amartya Sen

Penguin Books India | ISBN: 9780141027807

[2] **"Love's knowledge: essays on philosophy and literature"**

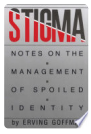
Martha Nussbaum

Oxford University Press | ISBN: 9780199879489

[3] **"Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction – Fun in Games & Role Distance"**

Erving Goffman

Allen Lane | ISBN: 9780713903140



[4] **"Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity"**

Erving Goffman

Simon and Schuster | ISBN: 9781439188330

[5] **"The Presentation of Self in Everyday Life"**

Erving Goffman

Anchor | ISBN: 9780593468296

[6] **"Michel Foucault, an Interview : Sex, Power and the Politics of Identity"**

Michel Foucault

[7] **"About the Beginning of the Hermeneutics of the Self"**

Michel Foucault

2016 | University of Chicago Press | ISBN: 9780226188546

[8] **"The Archaeology of Knowledge"**

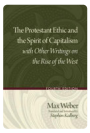
Michel Foucault

2012 | Vintage | ISBN: 9780307819253

[9] **"Self-Compassion"**

Kristin Neff

2011 | Hachette UK | ISBN: 9781444738186



[10] "The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism with Other Writings on the Rise of the West"

Max Weber

2009 | Oxford University Press, USA | ISBN: 9780195332537

[11] "New challenges and future perspectives in brain imaging methods, 2nd edition"

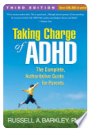
Nico Sollmann, Dahua Yu, Kai-Hsiang Chuang

2024 | Frontiers Media SA | ISBN: 9782832555606

[12] "Human-Nature Interactions: Perspectives on Conceptual and Methodological Issues"

Tadhg Eoghan MacIntyre, Juergen Beckmann, Giovanna Calogiuri, Aoife A. Donnelly, Marc Jones, Christopher R. Madan, Mike Rogerson, Noel E. Brick, Mark Nieuwenhuijsen, Christopher James Gidlow

2021 | Frontiers Media SA | ISBN: 9782889663552



[13] "Taking Charge of ADHD, Third Edition"

Russell A. Barkley

2013 | Guilford Press | ISBN: 9781462508518

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] "3. Extracts from the “Discours sur l’anatomie du cerveau” (“Discourse on the Anatomy of the Brain”), delivered by Nicolas Steno in Paris in 1665 to the “Messieurs de l’Assemble´e de chez Monsieur The´venot” in Paris"

Georges Canguilhem

2022 | Fordham University Press eBooks | DOI: 10.1515/9780823291977-013

Google Scholar

[2] "Norm and Average"

Georges Canguilhem

1978 | On the Normal and the Pathological | DOI: 10.1007/978-94-009-9853-7_10

Google Scholar

[3] **"Stigma And Social Identity"**

Erving Goffman

2018 | Deviance & Liberty | DOI: 10.4324/9780203793343-4

Google Scholar

[4] **"The Management of Information About Oneself"**

Erving Goffman

2021 | Open Reader Series | DOI: 10.32376/3f8575cb.e188d2d9

Google Scholar

[5] **"Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity."**

Melvin L. DeFleur, Erving Goffman

1964 | Social Forces | DOI: 10.2307/2575995

Google Scholar

[6] **"Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977"**

Michel Foucault, Colin Gordon

1980

Google Scholar

[7] **"Archaeology of Knowledge"**

Michel Foucault

1970 | Social Science Information | DOI: 10.1177/053901847000900108

Google Scholar

[8] **"The archaeology of knowledge ; and, The discourse on language"**

Michel Foucault, Alan Sheridan

1972 | Medical Entomology and Zoology

Google Scholar

[9] **"The Archaeology of Knowledge."**

F. C. T. Moore, Michel Foucault, Andrew M. Smith

1974 | Man | DOI: 10.2307/2800094

Google Scholar

[10] "Why there are complementary learning systems in the hippocampus and neocortex: Insights from the successes and failures of connectionist models of learning and memory."

James L. McClelland, Bruce L. McNaughton, Randall C. O'Reilly

1995 | Psychological Review | DOI: 10.1037/0033-295x.102.3.419

Google Scholar

[11] "Modeling hippocampal and neocortical contributions to recognition memory: A complementary-learning-systems approach."

Kenneth A. Norman, Randall C. O'Reilly

2003 | Psychological Review | DOI: 10.1037/0033-295x.110.4.611

Google Scholar

[12] "Making Working Memory Work: A Computational Model of Learning in the Prefrontal Cortex and Basal Ganglia"

Randall C. O'Reilly, Michael J. Frank

2005 | Neural Computation | DOI: 10.1162/089976606775093909

Google Scholar

[13] "A mechanistic account of striatal dopamine function in human cognition: Psychopharmacological studies with cabergoline and haloperidol."

Michael J. Frank, Randall C. O'Reilly

2006 | Behavioral Neuroscience | DOI: 10.1037/0735-7044.120.3.497

Google Scholar

[14] "The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion"

Kristin D. Neff

2003 | Self and Identity | DOI: 10.1080/15298860309027

Google Scholar

[15] "Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself"

Kristin D. Neff

2003 | Self and Identity | DOI: 10.1080/15298860309032

Google Scholar

[16] "Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale"

Filip Raes, Elizabeth Pommier, Kristin D. Neff, Dinska Van Gucht

2010 | Clinical Psychology & Psychotherapy | DOI: 10.1002/cpp.702

Google Scholar

[17] "A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program"

Kristin D. Neff, Christopher K. Germer

2012 | Journal of Clinical Psychology | DOI: 10.1002/jclp.21923

Google Scholar

[18] "Slow-Theta-to-Gamma Phase–Amplitude Coupling in Human Hippocampus Supports the Formation of New Episodic Memories"

Bradley Charles Lega, John Frederick Burke, Joshua J. Jacobs, Michael J. Kahana

2014 | Cerebral Cortex | DOI: 10.1093/cercor/bhu232

Google Scholar

[19] "Time cells in the human hippocampus and entorhinal cortex support episodic memory"

Gray S. Umbach, Pranish A. Kantak, Joshua J. Jacobs, Michael J. Kahana, Brad E. Pfeiffer

2020 | Proceedings of the National Academy of Sciences | DOI: 10.1073/pnas.2013250117

Google Scholar

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: f7ce0045-8bb5-40b0-8dfa-e378c7fbd376