AuDHD i współchorobowość: dynamika współwystępowania ADHD z autyzmem oraz innymi zaburzeniami w świetle książki Charity OReilly.

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje zjawisko AuDHD, definiując je nie jako nową jednostkę chorobową, lecz dynamiczne współwystępowanie ADHD i spektrum autyzmu. Kluczowym elementem jest metafora push/pull, obrazująca wewnętrzny konflikt między potrzebą nowości (ADHD) a dążeniem do stabilności i rutyny (autyzm). Tekst zwraca uwagę na historyczne ograniczenia diagnostyczne (DSM-IV), które utrudniały jednoczesne rozpoznawanie obu zaburzeń, co wpłynęło na luki w literaturze naukowej dotyczącej funkcji wykonawczych. Autor podkreśla również problematykę statystyk epidemiologicznych, wskazując, że ogromne rozbieżności w danych wynikają z różnic metodologicznych i narzędzi pomiarowych, a nie tylko z natury samych zaburzeń. Całość rzuca światło na złożoność neuroróżnorodności poza sztywnymi ramami klasyfikacji medycznych.

The article analyzes the phenomenon of AuDHD, defining it not as a new disease entity, but as the dynamic co-occurrence of ADHD and the autism spectrum. A key element is the push/pull metaphor, illustrating the internal conflict between the need for novelty (ADHD) and the drive for stability and routine (autism). The text highlights historical diagnostic limitations (DSM-IV), which hindered the simultaneous recognition of both disorders, leading to gaps in scientific literature regarding executive functions. The author also emphasizes the issue of epidemiological statistics, pointing out that vast discrepancies in data result from methodological differences and measurement tools, rather than just the nature of the disorders themselves. Overall, it sheds light on the complexity of neurodiversity beyond the rigid frameworks of medical classifications.

Artykuł analizuje fenomen AuDHD oraz szerszą problematykę współchorobowości w ADHD, rzucając wyzwanie tradycyjnemu podejściu do diagnostyki opartej na sztywnych, odrębnych kategoriach. Autor stawia tezę, że współwystępowanie autyzmu i ADHD nie tworzy nowej jednostki chorobowej, lecz złożony system dynamicznych napięć między sprzecznymi potrzebami – takimi jak pragnienie nowości przy jednoczesnej konieczności rutyny. Tekst dowodzi, że powierzchowne objawy mogą mieć różne źródła funkcjonalne, a samo sumowanie diagnoz jest niewystarczające bez mapowania wzajemnych zależności między nimi. W szerszym kontekście klinicznym ADHD zostaje przedstawione jako element „archipelagu trudności", gdzie lęk, depresja czy zaburzenia snu mogą wzajemnie maskować lub amplifikować swoje działanie. Znaczenie tego podejścia polega na przesunięciu ciężaru z prostego odhaczania symptomów w stronę zindywidualizowanej analizy funkcjonalnej i zarządzania kompromisami, co pozwala nie tylko na trafną diagnozę, ale przede wszystkim na redukcję realnych ryzyk życiowych pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE

AuDHD | współchorobowość | neuroróżnorodność | funkcje wykonawcze | metafora push/pull | przeciążenie sensoryczne | maskowanie w AuDHD | diagnostic overshadowing | optymalizacja wielokryterialna | prawdopodobieństwo warunkowe | system kompensacyjny | diagnostyka różnicowa | fenomenologia współwystępowania | przewidywalna nowość | dynamiczna regulacja

AuDHD jako dynamiczne współwystępowanie, a nie nowa jednostka

AuDHD: życie pomiędzy potrzebą nowości a potrzebą przewidywalności. Współwystępowanie ADHD i spektrum autyzmu to jeden z najciekawszych przykładów tego, jak współczesna psychiatria odchodzi od postrzegania diagnoz jako szczelnie oddzielonych pudełkach. Popularny termin AuDHD, będący połączeniem angielskich nazw autism i ADHD, coraz częściej funkcjonuje w społecznościach neuroróżnorodnościowych, literaturze popularnej oraz w języku osób z obiema diagnozami. Nie jest on jednak odrębną jednostką diagnostyczną DSM ani ICD. Klinicznie człowiek

może spełniać kryteria zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz ADHD; AuDHD to użyteczny skrót opisujący tę współobecność, a nie nazwa trzeciego zaburzenia. Rozróżnienie to jest istotne, gdyż język potoczny łatwo sugeruje, że połączenie dwóch diagnoz tworzy całkowicie nowy „typ mózgu" o własnych, jasno określonych prawach. Nauka jest wciąż daleko od takiego wniosku.

Współwystępowanie ADHD i autyzmu jest dobrze udokumentowane, lecz sposób, w jaki cechy obu profili oddziałują na siebie u konkretnej osoby, pozostaje niezwykle zróżnicowany. W jednym przypadku dominującym problemem będzie dezorganizacja i przeciążenie sensoryczne, w innym trudności społeczne i impulsywność, a jeszcze w innym nieustanny konflikt między potrzebą stabilności a poszukiwaniem nowości.

Autor publikacji ujmuje ten konflikt poprzez znakomitą metaforę push/pull: ADHD „pcha" ku nowości, stymulacji i zmianie, natomiast autystyczna część profilu „ciągnie" ku rutynie, przewidywalności i ochronie przed przebodźcowaniem. Jako opis fenomenologiczny obraz ten jest niezwykle użyteczny. Wymaga jednak zastrzeżenia podobnego do tych, które wprowadzaliśmy wcześniej przy „Mózgu Łowcy" i „lepkim przełączniku".

W mózgu nie istnieją dwie osobne istoty – „część ADHD" i „część autystyczna" – prowadzące ze sobą neurologiczne negocjacje. Istnieje jeden człowiek, którego cechy poznawcze, sensoryczne, wykonawcze i społeczne mogą wytwarzać pozornie przeciwstawne potrzeby. Przez znaczną część historii nowoczesnej diagnostyki możliwość takiego współwystępowania była jednak formalnie utrudniona. DSM-IV nie pozwalał na równoczesne rozpoznanie ADHD, jeśli objawy występowały wyłącznie w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych. Dopiero DSM-5 z 2013 roku jednoznacznie umożliwił współdiagnozowanie autyzmu i ADHD. Współczesne badania nad nakładaniem się obu profili są zatem młodsze, niż można by sądzić. Badacze analizujący współwystępowanie cech autystycznych i ADHD u dorosłych podkreślają, że wcześniejsze ograniczenia diagnostyczne istotnie zmniejszyły liczbę dużych badań obu zjawisk. Fakt historyczny ma tu bezpośrednią konsekwencję naukową.

Jeżeli przez dziesięciolecia badacz autyzmu wykluczał osoby z ADHD, a badacz ADHD pomijał część osób autystycznych, powstawała literatura opisująca dwie populacje bardziej odrębne, niż jest to w rzeczywistości klinicznej. Następnie porównywano wyniki tych „oczyszczonych" grup i próbowano określić specyficzny profil funkcji wykonawczych każdego zaburzenia. Nowsze przeglądy wskazują właśnie na ten problem: znaczna część literatury dotyczącej funkcji wykonawczych w ADHD i autyzmie nie kontrolowała dostatecznie objawów drugiego zaburzenia, przez co trudno jednoznacznie ustalić, które deficyty są specyficzne, a które wspólne.

Odkrycie to ma szersze znaczenie metodologiczne. Kategorie diagnostyczne są konieczne dla medycyny, ale natura nie zawsze respektuje ich administracyjne granice. Mózg nie posiada katalogu DSM. Rozwój człowieka może prowadzić do kombinacji cech przecinających kilka kategorii klasyfikacyjnych; dopiero poziom objawów i ich wpływ na funkcjonowanie decydują o tym, które rozpoznania kliniczne zostaną postawione. Jak częste jest współwystępowanie? Autor przywołuje bardzo szerokie wartości: 20–50% dzieci z ADHD ma spełniać kryteria autyzmu, podczas gdy 30–80% dzieci autystycznych miałoby wykazywać objawy ADHD.

Takie zakresy pojawiają się w literaturze popularnej i niektórych przeglądach, lecz nie powinny być traktowane jako stabilne wskaźniki epidemiologiczne. Wyniki zależą ogromnie od tego, czy badano formalną diagnozę czy tylko symptomy, próbę kliniczną czy populacyjną, dzieci czy dorosłych, informację rodzica czy nauczyciela oraz jakie instrumenty wykorzystano. Skalę problemu dobrze pokazuje systematyczny przegląd dotyczący symptomów ADHD u młodych osób autystycznych bez niepełnosprawności intelektualnej: wyniki poszczególnych badań mieściły się w niemal absurdalnie szerokim zakresie, od 2,6% do 95,5%. Autorzy potraktowali tę rozpiętość jako argument za ogromnym wpływem metody pomiaru, źródła informacji i sposobu rekrutacji próby. Liczba pozbawiona kontekstu metodologicznego może więc bardziej zaciemniać, niż wyjaśniać. Znacznie ciekawszych danych dostarcza badanie populacji szkolnej EPINED, w którym po pierwszej fazie przesiewowej przeprowadzono indywidualną ocenę diagnostyczną.

W tej konkretnej próbie ADHD współwystępowało u około 32,8% dzieci autystycznych, natomiast autyzm rozpoznano u około 9,8% dzieci z ADHD. Co szczególnie wymowne, jedynie 15,8% dzieci posiadających oba zaburzenia miało wcześniej rozpoznane oba. Wynik ten nie może zostać przekształcony w uniwersalną światową proporcję, pokazuje jednak dwie rzeczy: współwystępowanie jest realne i nie jest rzadkością, a bywa przeoczane przez system diagnostyczny. Asymetria tych odsetków również nie powinna dziwić. Jeżeli autyzm występuje w populacji rzadziej niż ADHD, proporcja osób z autyzmem posiadających ADHD nie będzie lustrzanym odbiciem proporcji osób z ADHD posiadających autyzm. Jest to prosty problem prawdopodobieństwa warunkowego, który często znika w języku potocznym.

Paradoks AuDHD jako system sprzecznych potrzeb

Pytanie „jak często ADHD występuje w autyzmie?” nie jest matematycznie tożsame z pytaniem „jak często autyzm występuje w ADHD?”. Najbardziej interesująca pozostaje jednak nie statystyka, lecz fenomenologia tego współwystępowania. Metafora push/pull pomaga uchwycić sytuację, w której człowiek może autentycznie pragnąć dwóch przeciwstawnych rzeczy: chce nowego doświadczenia, a

lęka się zmiany planu; pragnie kontaktu społecznego, lecz szybko ulega przeciążeniu. Potrzebuje rutyny, by sprawnie funkcjonować, choć po pewnym czasie staje się ona nieznośnie monotonna. Chce uporządkować przestrzeń, ale ma trudność z konsekwentnym podtrzymywaniem systemu organizacyjnego. Potrzebuje przygotowania do wydarzenia, a mimo to impulsywnie wprowadza nowe pomysły tuż przed jego rozpoczęciem.

Z zewnątrz może to wyglądać jak niekonsekwencja. Człowiek jeszcze wczoraj prosił o przewidywalność, dziś deklaruje potrzebę spontanicznej zmiany. W zeszłym tygodniu narzekał na nudę, a teraz gwałtownie protestuje przeciw nowemu planowi. Nie trzeba jednak zakładać irracjonalności. Można mieć wysoki próg zapotrzebowania na strukturę i równocześnie wysoki próg zapotrzebowania na stymulację. Problemem staje się znalezienie środowiska zapewniającego przewidywalną nowość. To pozorny oksymoron, lecz w praktyce może stanowić jedną z najbardziej użytecznych zasad funkcjonowania z AuDHD. Nowość nie musi oznaczać chaosu; człowiek może eksperymentować w ramach stabilnej struktury. Może zachować stały rytm dnia, różnicując zawartość bloków aktywności. Może planować spontaniczność. Może podróżować, posiadając dokładną wiedzę o miejscu noclegu, lub wykonywać różnorodne zadania w przewidywalnym środowisku. Może zmieniać projekty częściej niż miejsce pracy.

To przykład sytuacji, w której diagnoza nie mówi „jak żyć", lecz pozwala zrozumieć, dlaczego jeden prosty model organizacji nie wystarcza. Podobna ambiwalencja dotyczy kontaktów społecznych. ADHD może u części osób sprzyjać spontanicznemu wchodzeniu w rozmowę, intensywności kontaktu, szybkiej wymianie tematów i poszukiwaniu społecznej stymulacji. Cechy autystyczne wiążą się natomiast z odmiennościami w komunikacji, potrzebą większej przewidywalności interakcji albo wyższym kosztem przetwarzania intensywnego środowiska społecznego.

Rezultatem nie musi być ani „towarzyskość", ani „wycofanie". Człowiek może pragnąć ludzi i szybko mieć ich dość. Takie doświadczenie bywa interpretowane przez otoczenie jako kapryśność: ktoś z ogromnym entuzjazmem inicjuje spotkanie, po godzinie marzy o wyjściu, po powrocie potrzebuje długiej regeneracji, a kilka dni później ponownie silnie pragnie kontaktu. Psychologicznie nie jest to koniecznie sprzeczność. Potrzeba relacji i pojemność sensoryczno-społeczna są różnymi zmiennymi. To właśnie sensoryka stanowi obszar, w którym proste dodawanie diagnoz szczególnie zawodzi. W autyzmie nadreaktywność lub niedoreaktywność sensoryczna oraz nietypowe zainteresowanie aspektami środowiska należą do kryteriów diagnostycznych. U osób z ADHD również opisuje się różnice w przetwarzaniu sensorycznym, choć nie stanowią one rdzeniowego kryterium w ten sam sposób. W profilu współwystępującym prowadzi to do sytuacji, w której człowiek poszukuje stymulacji i zostaje przez nią przeciążony. To niezwykle charakterystyczny paradoks.

Głośna muzyka może pomagać przy jednym zadaniu, by po godzinie stać się nie do zniesienia. Intensywne wydarzenie może być ekscytujące w pierwszej fazie, a później doprowadzić do głębokiego wyczerpania. Człowiek może sam zwiększać liczbę bodźców, ponieważ nuda jest trudna do tolerowania, by następnie odkryć, że jego system przetwarzania nie potrafi ich już regulować. Metafora „bak dopaminowy" nie wystarczy do opisania takiej sytuacji. Potrzebny jest model gospodarki całymi zasobami poznawczymi i sensorycznymi. Kolejną przestrzenią nakładania się obu zaburzeń są funkcje wykonawcze.

Identyczne objawy o różnych źródłach funkcjonalnych

ADHD tradycyjnie wiąże się z trudnościami w zakresie hamowania, pamięci roboczej, planowania i regulowania uwagi; autyzm z kolei może objawiać się deficytami elastyczności poznawczej, planowania oraz przełączania się między zadaniami. Najnowsze przeglądy ostrzegają jednak przed próbą stworzenia prostego „profilu wykonawczego ADHD" w opozycji do „profilu autystycznego". Obecny stan badań wskazuje raczej na to, że dzieci z ADHD i/lub autyzmem jako grupy osiągają przeciętnie gorsze wyniki w szerokim spektrum zadań neuropsychologicznych niż rówieśnicy neurotypowi, lecz przypisanie konkretnych deficytów wyłącznie jednej diagnozie jest znacznie trudniejsze, niż sugerują podręcznikowe schematy. W dużym badaniu dorosłych z 2024 roku analiza sieciowa cech autystycznych i ADHD wykazała wyraźną odrębność obu konstruktów, a zarazem istnienie pewnych mostów pomiędzy nimi. Cecha społecznej przyjemności okazała się bardziej specyficzna dla autyzmu, hiperaktywność i impulsywność dla ADHD, natomiast elementy kontroli uwagi silniej łączyły oba zespoły cech. Autorzy podkreślili przy tym, że samo współwystępowanie cech nie uzasadnia traktowania autyzmu i ADHD jako tego samego procesu. Jest to istotne ostrzeżenie również w kontekście pojęcia AuDHD: nakładanie się cech nie oznacza ich nierozróżnialności. W praktyce klinicznej ta częściowa zbieżność komplikuje proces diagnozy.

Człowiek może unikać kontaktu wzrokowego, ponieważ stanowi on dla niego specyficzne obciążenie społeczne, ale może go również przerywać z powodu rozproszenia uwagi. Może mieć trudność ze śledzeniem rozmowy przez nieuwagę lub z powodu problemów z pragmatycznym przetwarzaniem kontekstu społecznego. Może nie podtrzymywać relacji, zapominając o kontakcie, będąc przebodźcowanym, zmagając się z trudnościami społecznymi bądź kombinacją tych mechanizmów. To samo zachowanie powierzchniowe może zatem posiadać różne źródła funkcjonalne. Psychiatria musi w takich przypadkach wyjść poza rachunek objawów. Musi pytać, dlaczego dane zachowanie występuje i jak wygląda jego historia rozwojowa. Lista kontrolna pomaga rozpoznać symptomy, ale nie zawsze wyjaśnia mechanizm. Szczególnie u osób dorosłych, które przez dekady nauczyły się maskować lub kompensować trudności, diagnostyka wymaga

rekonstrukcji sposobu funkcjonowania, a nie wyłącznie fotografii aktualnego zachowania. Maskowanie w AuDHD może przyjmować szczególnie złożoną postać: człowiek nie tylko ukrywa pewne cechy przed otoczeniem, ale jedna konfiguracja objawów może również zasłaniać drugą.

Impulsywność i poszukiwanie nowości mogą sprawić, że potrzeba rutyny staje się mniej widoczna. Z kolei silne przywiązanie do określonych systemów organizacyjnych może częściowo kompensować dezorganizację wykonawczą. Człowiek tworzy więc rodzaj stabilizującej konstrukcji, która z zewnątrz wygląda na naturalną cechę osobowości. Przykładem może być obsesyjnie prowadzony kalendarz. Obserwator widzi osobę niezwykle uporządkowaną i uznaje ADHD za mało prawdopodobne.

Nie wie jednak, że bez kalendarza system natychmiast by się rozpadł, a sama myśl o nagłej zmianie planów generuje intensywne napięcie. Innym przykładem może być spontaniczny, energiczny rozmówca, którego otoczenie uważa za bardzo społecznego, podczas gdy on po każdej intensywnej interakcji potrzebuje kilku godzin samotności. Widzialne zachowanie nie zawsze odsłania pełną ekonomię jego kosztów.

AuDHD szczególnie dobrze obnaża błąd myślenia typologicznego. „Osoba autystyczna lubi rutynę", „osoba z ADHD lubi nowość", „osoba autystyczna jest wycofana", „osoba z ADHD jest spontaniczna" – takie zdania mogą opisywać częste tendencje, lecz jako definicje człowieka szybko stają się karykaturą.

AuDHD jako system zarządzania sprzecznymi potrzebami

Współwystępowanie obu diagnoz pokazuje, że rzeczywisty fenotyp może obejmować cechy skierowane w pozornie przeciwnych kierunkach. Bardziej ludzkim opisem niż „sprzeczny mózg" jest zatem system próbujący regulować kilka konkurencyjnych potrzeb. Człowiek może pragnąć nowości dla zaangażowania i rutyny dla poczucia bezpieczeństwa. Może potrzebować ludzi dla więzi, a samotności dla regeneracji. Może szukać intensywnego zainteresowania jako źródła motywacji, lecz zarazem granic czasowych chroniących przed całkowitym pochłonięciem. Może potrzebować precyzyjnego planu, zachowując jednak możliwość elastycznego modyfikowania jego zawartości. Notatka O'Reillych proponuje w tym miejscu połączenie strategii pobudzających działanie z metodą „Runway", czyli łagodnym przygotowaniem do zmiany aktywności. Nie należy traktować tego jako klinicznie potwierdzonego protokołu AuDHD, jednak podstawowa intuicja jest cenna: osoba może potrzebować aktywizacji i redukcji kosztu przejścia w tym samym czasie.

Klasyczne „eat the frog” – rozpoczęcie dnia od najtrudniejszego zadania – nie musi być dobrym rozwiązaniem dla każdego. Dla osoby, której system źle toleruje gwałtowne zmiany, sam moment startu najtrudniejszej czynności może wymagać wcześniejszego zbudowania przewidywalnej rampy wejściowej. Można to określić jako zasadą dynamicznej regulacji zamiast statycznej rutyny. Rutyna nie musi być celem samym w sobie; jej funkcją jest ograniczanie liczby decyzji i zmniejszanie nieprzewidywalności tam, gdzie organizm najbardziej tego potrzebuje. Dzięki temu część zasobów może zostać zachowana na kontrolowaną nowość. Człowiek nie potrzebuje więc świata identycznego każdego dnia, lecz odpowiedniej proporcji znanego i nowego. Takie podejście ma istotne konsekwencje dla terapii i coachingu. Strategia skuteczna w izolowanym ADHD może okazać się zbyt pobudzająca lub chaotyczna dla osoby z silnymi cechami autystycznymi. Z kolei bardzo sztywny system organizacji, choć daje bezpieczeństwo, po pewnym czasie może przestać dostarczać zaangażowania niezbędnego do regulacji uwagi.

Wsparcie nie powinno więc polegać na mechanicznym stosowaniu dwóch zestawów porad: jednego „dla ADHD” i drugiego „dla autyzmu”. Powinno być funkcjonalnie zindywidualizowane. Podobny problem dotyczy farmakoterapii. Leki stosowane w ADHD mogą być wykorzystywane również przy współwystępowaniu autyzmu, lecz tolerancja i odpowiedź organizmu wymagają indywidualnej oceny. Systematyczny przegląd interwencji u dzieci i młodzieży z równoczesnym ADHD i autyzmem z 2025 roku objął 32 badania, z których większość dotyczyła farmakoterapii – przede wszystkim metylofenidatu, atomoksetyny i guanfacyny. Autorzy zwracali jednak uwagę na wciąż ograniczoną bazę badań nad tą specyficzną populacją oraz potrzebę multimodalnych, indywidualizowanych interwencji. Współdiagnozowanie autyzmu nie oznacza więc automatycznie ani przeciwwskazania do leczenia ADHD, ani gwarancji identycznej odpowiedzi na terapię.

AuDHD ma również istotny wymiar tożsamościowy. Dla wielu osób odnalezienie tego terminu przynosi większą ulgę niż pojedyncza diagnoza, gdyż wyjaśnia wcześniejsze poczucie niedopasowania do stereotypowych opisów obu grup: „Nie jestem wystarczająco uporządkowany, żeby pasować do obrazu autyzmu, ale jestem zbyt przywiązany do przewidywalności, żeby pasować do stereotypowego ADHD”. „Potrzebuję nowych ludzi, lecz spotkania mnie wyczerpują”. „Chcę podróżować, ale źle znoszę zmianę planu”.

AuDHD jako problem optymalizacji wielokryterialnej i zarządzania kompromisami

Popularny skrót AuDHD pozwala nazwać tę ambiwalencję. Należy jednak pamiętać o zasadzie wspomnianej wcześniej: tożsamość i diagnoza kliniczna nie pełnią tej samej funkcji. Termin

społecznościowy może być wartościowym narzędziem samopoznania, lecz nie zastępuje diagnostyki różnicowej. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy część objawów obu zaburzeń nakłada się powierzchniowo, a inne stany – zaburzenia lękowe, trauma, depresja, OCD czy problemy ze snem – dodatkowo komplikują obraz. Najważniejszą lekcją jest tutaj szeroka heterogeniczność. Nie istnieje jedna osoba z ADHD, tak samo jak nie istnieje jedna osoba autystyczna, a tym bardziej jeden standardowy profil AuDHD. Dwóch ludzi z identycznym zestawem diagnoz może potrzebować zupełnie innych strategii. Jeden będzie aktywnie poszukiwał kontaktu, drugi go ograniczał. Jeden będzie cierpiał przede wszystkim z powodu chaosu, drugi z powodu sztywności. Jeden zapragnie silnej stymulacji sensorycznej, drugi będzie jej unikał. Diagnostyczna wspólnota nie usuwa indywidualności fenotypu.

użytecznym pytaniem nie jest: "co robi osoba z AuDHD?", lecz "jakie funkcje dane zachowanie pełni u tego konkretnego człowieka?". Czy rutyna chroni przed przeciążeniem, czy stała się nadmiernie sztywna? Czy poszukiwanie nowości zwiększa zaangażowanie, czy prowadzi do destabilizacji? Czy wycofanie społeczne wynika z braku potrzeby kontaktu, czy jest regeneracją po intensywnym przebodźcowaniu? Czy wielogodzinna pasja pomaga regulować system, czy przejmuje kontrolę nad innymi obszarami życia? W tym miejscu wartościowe staje się myślenie systemowe. Człowiek nie jest listą objawów. Jest układem, w którym zmiana jednego elementu wpływa na pozostałe.

Zwiększenie stymulacji może poprawić koncentrację, ale pogorszyć przeciążenie sensoryczne. Wprowadzenie rutyny może zmniejszyć lęk, lecz zwiększyć nudę. Intensywna aktywność społeczna bywa korzystna dla samopoczucia, ale wyczerpuje zasoby potrzebne następnego dnia do pracy. Nie ma jednej zmiennej, którą wystarczy "ustawić na właściwy poziom". Można powiedzieć, że AuDHD przypomina szczególnie wymagający problem optymalizacji wielokryterialnej. Nie maksymalizujemy jednego parametru; szukamy rozwiązania wystarczająco dobrego dla kilku potrzeb. Ekonomia zna takie sytuacje doskonale: poprawa jednego kryterium może pogarszać inne, dlatego nie istnieje pojedyncze optimum niezależne od hierarchii celów. Analogicznie życie z AuDHD może wymagać nie usunięcia sprzeczności, lecz nauczenia się zarządzania kompromisami.

sprzeczne potrzeby nie dowodzą niespójności człowieka; czasem są konsekwencją tego, że jeden układ nerwowy optymalizuje kilka różnych wymagań naraz. To spostrzeżenie wykracza poza ramy AuDHD i dotyczy całej psychologii człowieka. Można równocześnie pragnąć wolności i bezpieczeństwa, bliskości i autonomii, nowości i przewidywalności. Współwystępowanie ADHD i autyzmu może jedynie zwiększać intensywność tych napięć, czyniąc je bardziej widocznymi.

Nie należy więc próbować "rozstrzygać", która strona profilu ma zwyciężyć. Człowiek nie musi zostać ani doskonałym Łowcą, ani doskonałym strażnikiem rutyny. Skuteczne funkcjonowanie

może polegać właśnie na stworzeniu świata, w którym nowość ma granice, rutyna pozostawia szczeliny dla eksploracji, kontakt społeczny uwzględnia regenerację, a intensywne zainteresowania nie przejmują całej przestrzeni życia.

ADHD rzadko występuje w izolacji klinicznej

Współwystępowanie ADHD i autyzmu przypomina o szerszym zjawisku: ADHD rzadko istnieje w klinicznej próżni. Lęk, depresja, zaburzenia snu, problemy z używkami czy zaburzenia odżywiania mogą radykalnie zmieniać sposób, w jaki podstawowy profil neurorozwojowy manifestuje się w życiu. Najnowsza metaanaliza współchorobowości psychiatrycznej u dzieci i młodzieży potwierdza, że obecność innych zaburzeń jest częsta i istotnie komplikuje zarówno rokowanie, jak i leczenie.

Czas rozszerzyć perspektywę poza AuDHD i zająć się ceną współwystępowania. Nie traktując jej jako katalogu diagnoz przylepianych do jednego człowieka, lecz próbując zrozumieć, dlaczego ADHD zwiększa prawdopodobieństwo określonych trudności, jak zaburzenia mogą się wzajemnie maskować i wzmacniać oraz dlaczego czasem kluczowym pytaniem diagnostycznym nie jest „czy to ADHD?", ale „co jeszcze dzieje się równocześnie?". W praktyce klinicznej rzadko bowiem spotykamy podręcznikowe ADHD samotnie stojące na laboratoryjnym stole. Spotykamy człowieka – z jego snem, historią rodzinną, lękiem, relacjami i doświadczeniem porażki; osobę o konkretnych sposobach samoregulacji i całym życiu, którego nie da się podzielić według numerów klasyfikacji.

Współchorobowość: gdy ADHD nie przychodzi samo. Błędem popularnego obrazu tego zaburzenia jest wyobrażenie osoby z „czystym ADHD" – zestawem nieuwagi, impulsywności i hiperaktywności istniejącym w izolacji, bez lęku, depresji, traumy czy innych neurorozwojowych odmienności. Taki model jest użyteczny w podręczniku, by nauczyć się kryteriów diagnostycznych, jednak w gabinecie rzeczywistość jest zazwyczaj znacznie bardziej skomplikowana.

ADHD należy do zaburzeń o wysokiej współchorobowości. U dorosłego pacjenta pytanie „czy występuje ADHD?" powinno niemal automatycznie prowadzić do drugiego: „co jeszcze współtworzy obraz funkcjonowania tej osoby?". Częstymi elementami tego krajobrazu są depresja, lęk, uzależnienia, zaburzenia odżywiania oraz autyzm. Dane wskazują, że 15–20% osób z ADHD zmaga się z trzema lub więcej współwystępującymi zaburzeniami, a ryzyko uzależnień jest dwukrotnie wyższe. Choć takie liczby wymagają ostrożności – gdyż zależą od populacji, wieku i kryteriów rekrutacji – stabilna obserwacja pozostaje niezmienna: współwystępowanie innych zaburzeń w dorosłym ADHD nie jest wyjątkiem, lecz jednym z centralnych problemów klinicznych.

Potwierdzają to duże analizy epidemiologiczne. Przegląd obejmujący dane dotyczące 550 748 dorosłych z ADHD oraz ponad 14,5 miliona osób bez tego zaburzenia wykazał wielokrotnie większe szanse współwystępowania zaburzeń lękowych, dużej depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej i zaburzeń związanych z używaniem substancji. Autorzy oszacowali zbiorcze ilorazy szans odpowiednio na około 5,0 dla zaburzeń lękowych, 4,5 dla dużej depresji, 8,7 dla choroby afektywnej dwubiegunowej i 4,6 dla zaburzeń używania substancji.

Wielowymiarowe modele relacji między ADHD a współchorobowością

Przytoczonych liczb nie należy traktować jako indywidualnej prognozy, lecz jako obrazu skali zjawiska, która wykracza daleko poza potoczną narrację o "problemach z koncentracją". ADHD w dorosłości nie jest zatem pojedynczą wyspą diagnostyczną, lecz często elementem archipelagu trudności, pomiędzy którymi biegną mosty biologiczne, psychologiczne i społeczne. Niektóre z nich wynikają ze wspólnych uwarunkowań genetycznych, inne powstają wtórnie w wyniku wieloletniego funkcjonowania z nieleczonymi objawami, a jeszcze inne jedynie naśladują ADHD, nie stanowiąc rzeczywistej współchorobowości.

Właśnie dlatego samo stwierdzenie współwystępowania dwóch zaburzeń nie wyjaśnia ich wzajemnej relacji. Można tu wyróżnić co najmniej cztery modele. W pierwszym ADHD i drugie zaburzenie wyrastają częściowo ze wspólnej podatności biologicznej. W drugim pierwotne ADHD zwiększa prawdopodobieństwo doświadczeń, które z czasem prowadzą do innych problemów. W trzecim oba zaburzenia istnieją niezależnie i przypadkowo spotkały się u jednego człowieka. W czwartym zaś pacjent wcale nie cierpi na dwa zaburzenia – objawy jednego zostały błędnie zinterpretowane jako symptomy drugiego. W praktyce mechanizmy te mogą działać równocześnie, co szczególnie wyraźnie widać w przypadku depresji.

Wieloletnie życie w cieniu niekontrolowanej dezorganizacji, poczucie niewykorzystanego potencjału, powtarzające się niepowodzenia, krytyka społeczna i chroniczny wstyd tworzą grunt sprzyjający obniżeniu nastroju. Nie oznacza to jednak, że depresja osoby z ADHD jest jedynie "reakcją na ADHD". Istnieją tu częściowo wspólne podatności biologiczne, a epizod depresyjny jest pełnoprawną jednostką, wymagającą osobnej oceny i często odrębnego leczenia. Najnowszy przegląd dotyczący współwystępowania ADHD z depresją i lękiem podkreśla złożoność powiązań genetycznych, neurobiologicznych, poznawczych i środowiskowych, wskazując jednocześnie, że wielochorobowość wiąże się z większym obciążeniem i trudniejszym procesem terapeutycznym.

Z perspektywy diagnostycznej kluczowe staje się pytanie o czas. Czy trudności z koncentracją towarzyszyły pacjentowi od dzieciństwa, a depresja pojawiła się później? Czy problemy z uwagą zaczęły się dopiero wraz z epizodem depresyjnym? Czy między epizodami nastroju nadal widoczny był trwały wzorzec dezorganizacji, impulsywności i nieuwagi? Dwie osoby mogą powiedzieć "nie potrafię się skoncentrować", lecz znaczenie tych słów będzie zupełnie inne, jeśli pierwsza mówi o cechach obecnych od szkoły podstawowej, a druga o zmianie, która nastąpiła trzy miesiące temu wraz z utratą energii i nadziei.

Podobnie wygląda relacja z lękiem. ADHD może tworzyć warunki, w których człowiek zaczyna budować własne systemy alarmowe. Kto przez lata zapominał o terminach, może zacząć kompulsywnie sprawdzać kalendarz; kto wielokrotnie został zawstydzony za spóźnienia, może wychodzić z domu godzinę za wcześnie. Jeśli pacjent nauczył się, że bez ekstremalnego napięcia nie jest w stanie rozpocząć zadania, organizm zaczyna traktować niepokój jako narzędzie motywacyjne. W takim przypadku lęk częściowo pełni funkcję kompensacyjną: jest psychologicznym strażnikiem systemu, któremu człowiek przestał ufać. Cena za taki mechanizm jest jednak wysoka.

Pułapki diagnostyczne i pętle amplifikacji objawów

Strategia "muszę być zestresowany, żeby działać" może krótkoterminowo poprawiać wykonanie, lecz w dłuższej perspektywie podtrzymuje cierpienie. Człowiek nie zapomina o spotkaniu, bo przez cały dzień dręczy go lęk przed tym zapomnieniem. Osiąga rezultat, ale nie można nazwać tego zdrową adaptacją. To kolejny przypadek, w którym zewnętrzna wydajność maskuje wewnętrzny koszt.

Jeszcze trudniejsza diagnostycznie jest choroba afektywna dwubiegunowa. ADHD i zaburzenia dwubiegunowe mogą współwystępować, ale posiadają również cechy nakładające się powierzchniowo: impulsywność, zwiększoną aktywność, gadatliwość, rozproszenie czy podejmowanie ryzyka. Kluczowa różnica dotyczy przede wszystkim przebiegu. ADHD ma charakter neurorozwojowy i zasadniczo przewlekły; choroba afektywna dwubiegunowa przebiega epizodycznie, z okresami wyraźnej zmiany nastroju, energii, aktywności i potrzeb snu.

Właśnie w takich sytuacjach diagnostyka przez checklistę jest szczególnie niebezpieczna. Ten sam symptom musi zostać osadzony w czasie. ADHD nie powinno więc stać się "diagnostycznym odkurzaczem", który zasysa każdy przejaw impulsywności lub chaosu. Im bardziej popularna staje się ta kategoria, tym większa odpowiedzialność spoczywa na klinicyście, by pytać o to, czego ona nie wyjaśnia. Dobra diagnoza nie polega na znalezieniu kategorii pasującej do części objawów, lecz także na próbie jej sfalsyfikowania.

Szczególne miejsce w tym obrazie zajmuje sen. Jeśli istnieje obszar, w którym przyczynowość wyjątkowo łatwo zamienia się w pętlę, jest nim właśnie relacja ADHD-sen. Trudności z zasypianiem i rytmem dobowym mogą pogarszać uwagę, pamięć roboczą, kontrolę impulsu i regulację emocji. Z drugiej strony charakterystyka ADHD może utrudniać utrzymywanie regularnego rytmu snu: wieczorny hiperfokus, odwlekanie pójścia do łóżka, trudność w przerwaniu stymulującej aktywności czy niekonsekwentny harmonogram mogą dodatkowo przesuwać sen. W badaniu grupy 3691 dorosłych diagnozowanych z ADHD około 60% uzyskało dodatni wynik przesiewowy dla co najmniej jednego zaburzenia snu; najczęściej pojawiały się cechy opóźnionej fazy snu, bezsenności oraz zespołu niespokojnych nóg lub okresowych ruchów kończyn. Nie oznacza to, że sześciu na dziesięciu dorosłych z ADHD posiada potwierdzone klinicznie zaburzenie snu – zastosowano narzędzie przesiewowe w specjalistycznej populacji. Wynik pokazuje jednak, dlaczego pytanie o sen powinno być elementem podstawowego wywiadu, a nie dodatkiem na końcu konsultacji. Sen jest również doskonałym przykładem problemu różnicowania.

Człowiek śpiący chronicznie po pięć godzin może być roztargniony, drażliwy, impulsywny i niezdolny do utrzymania uwagi niezależnie od tego, czy posiada ADHD. Jeśli wszystkie te objawy automatycznie przypiszemy ADHD, możemy leczyć etykietę, pozostawiając jeden z najważniejszych czynników pogarszających funkcjonowanie bez interwencji. Z drugiej strony samo stwierdzenie niedoboru snu nie wyklucza ADHD. Oba problemy mogą wzajemnie się napędzać.

W tym kontekście dobrze sprawdza się pojęcie pętli amplifikacji. ADHD utrudnia organizację snu; niewyspanie nasila objawy wykonawcze; większa dezorganizacja prowadzi do późniejszego kończenia zadań, co ponownie skraca sen.

Współchorobowość jako zmiana dynamiki całego systemu

Przyczyna i skutek zaczynają zamieniać się miejscami. Próba wskazania jednego, pierwotnego punktu wyjścia może mieć mniejszą wartość niż przerwanie pętli w miejscu najbardziej dostępnym dla interwencji. Podobną logikę można zastosować do używania substancji psychoaktywnych, choć tutaj konieczna jest szczególna ostrożność wobec popularnej narracji o samoleczeniu dopaminowym. Książka interpretuje zwiększone ryzyko uzależnień właśnie jako próbę samoregulacji dopaminergicznej. Hipoteza samoleczenia może opisywać doświadczenia części pacjentów, jednak sprowadzenie zaburzeń używania substancji wyłącznie do „uzupełniania dopaminy” byłoby naukowym uproszczeniem, mimo że związek ten jest realny i silny.

Wielkoskalowe dane wskazują na wyraźnie podwyższoną częstość zaburzeń używania substancji u dorosłych z ADHD. Mechanizmy te mogą jednak obejmować impulsywność, poszukiwanie nagrody, wcześniejszy wiek inicjacji, współwystępujące zaburzenia zachowania czy depresję, a także środowisko społeczne, stres, dostępność substancji i wspólne komponenty genetyczne. Nie istnieje jedna, liniowa droga: „ADHD → niedobór dopaminy → substancja". Rozróżnienie to jest szczególnie istotne w dyskusji o lekach stymulujących. Potoczne rozumowanie często prowadzi do obawy, że skoro ADHD wiąże się z wyższym ryzykiem uzależnień, podanie stymulantu musi ten problem pogłębić. Rzeczywistość jest jednak bardziej złożona.

Farmakoterapia ADHD wymaga oceny ryzyka nadużywania i odpowiedniego monitorowania, lecz sama historia zaburzeń używania substancji nie pozwala sformułować prostej zasady, że leczenie stymulujące automatycznie prowadzi do uzależnienia. Temat ten wymaga osobnego omówienia w kontekście farmakoterapii, wraz z rozróżnieniem między stosowaniem leku zgodnie z zaleceniami a jego nadużywaniem. Ciekawym, a często pomijanym obszarem współwystępowania są zaburzenia odżywiania. Starsza, lecz nadal znacząca metaanaliza wykazała wyraźnie zwiększone prawdopodobieństwo rozpoznania zaburzeń odżywiania wśród osób z ADHD – obejmuje to zarówno binge-eating disorder i bulimię, jak i anoreksję; heterogeniczność oraz kierunek tych zależności wymagają jednak ostrożnej interpretacji. Metaanalizy wskazują również na związek ADHD z nadwagą i otyłością, który w dorosłości jest silniejszy niż w dzieciństwie.

Nie należy z tego wyprowadzać prostego modelu „impulsywnego mózgu, który je za dużo". Zachowania żywieniowe kształtują się na przecięciu samoregulacji, nawyków, dostępności jedzenia, rytmu dnia, snu, nastroju, leków, gospodarki energetycznej organizmu i kultury. U jednej osoby problemem będzie impulsywne jedzenie, u innej pomijanie posiłków podczas hiperfokusu, a u jeszcze innej nieregularny rytm, prowadzący do wieczornego przejadania. Ten sam neurotyp nie generuje jednego wzorca żywieniowego. Współchorobowość powinna być rozumiana nie jako kolekcja etykiet, lecz jako zmiana dynamiki całego systemu. ADHD i depresja nie oznaczają po prostu występowania obu tych stanów obok siebie.

Depresja może zmniejszać energię niezbędną do stosowania strategii organizacyjnych, podczas gdy ADHD utrudnia konsekwentne realizowanie zaleceń terapeutycznych. Bezsenność pogłębia oba te problemy. Lęk może pomagać w dotrzymywaniu terminów, ale zwiększa ogólne wyczerpanie. Alkohol bywa chwilowo redukował napięcie, lecz niszczy jakość snu i funkcje wykonawcze następnego dnia.

Konieczność systemowego podejścia zamiast sumowania rozpoznań

Wszystko zaczyna się ze sobą łączyć. Z perspektywy teorii systemów właściwości całości nie są prostą sumą cech jej elementów. Klinika powinna wyciągnąć z tego praktyczną konsekwencję: leczenie pacjenta z kilkoma współwystępującymi problemami nie może polegać na niezależnym „odhaczaniu" kolejnych rozpoznań. Konieczne jest ustalenie hierarchii interwencji, zrozumienie związków przyczynowych i wzajemnego wpływu poszczególnych terapii. Czasem poprawa jednego elementu pociąga za sobą ulepszenie kilku innych.

Poprawa jakości snu może zredukować nieuwagę i drażliwość. Skuteczniejsze leczenie ADHD bywa w stanie ograniczyć część wtórnego chaosu i lęku, a opanowanie depresji może przywrócić energię niezbędną do stosowania strategii wykonawczych. Innym razem niezbędne są interwencje równoległe, gdyż samo leczenie rdzeniowych objawów ADHD nie wystarczy, by usunąć niezależne zaburzenie lękowe czy depresyjne. Przegląd z 2025 roku dotyczący farmakoterapii ADHD u dorosłych z chorobami współistniejącymi rysuje właśnie taki obraz: leki konsekwentnie łagodziły podstawowe objawy ADHD, jednak ich wpływ na współwystępujące zaburzenia nastroju, lęku czy nadużywanie substancji był znacznie bardziej zmienny. To istotna lekcja przeciwko farmakologicznemu monizmowi. Skuteczny lek na ADHD nie jest lekiem na całego człowieka. Może poprawić koncentrację i organizację, pozostawiając jednak traumę, depresję, konflikty relacyjne czy zaburzenia snu, które wymagają osobnego postępowania. I odwrotnie: skuteczne leczenie depresji może poprawić skupienie, ale niekoniecznie usunie neurorozwojowy wzorzec ADHD obecny od dzieciństwa.

Współchorobowość ma także znaczenie, ponieważ modyfikuje ryzyko życiowe. ADHD nie powinno być przedstawiane w tonie katastroficznym, lecz redukowanie go do sympatycznego "chaosu kreatywnego" jest równie nieuczciwe. Systematyczne przeglądy wskazują na zwiększone ryzyko wypadków i urazów w różnych okresach życia. Metaanaliza badań nad śmiertelnością wykazała podwyższone ryzyko zgonu ogółem, a szczególnie z przyczyn nienaturalnych w populacjach z ADHD, choć autorzy podkreślali dużą heterogeniczność danych i ograniczoną pewność części oszacowań. W 2026 roku opublikowano osobny przegląd systematyczny poświęcony urazom zawodowym u dorosłych z ADHD, wskazujący na poważne wyzwania w zakresie bezpieczeństwa pracy. Ten obszar obrazuje, dlaczego ADHD jest również problemem zdrowia publicznego. Trudność z uwagą czy impulsywność podczas lektury w fotelu może być jedynie uciążliwa; ta sama cecha podczas prowadzenia samochodu, obsługi maszyny lub pracy na wysokości nabiera zupełnie innego ciężaru.

Nie oznacza to jednak, że osoba z ADHD jest „niebezpiecznym kierowcą" czy „niebezpiecznym pracownikiem". Kategorie epidemiologiczne nie mogą stać się stygmatem indywidualnym. Mówią one o różnicach w ryzyku populacyjnym, a nie o przeznaczeniu jednostki. Ich właściwą funkcją jest projektowanie profilaktyki: leczenia, edukacji, procedur i systemów bezpieczeństwa oraz tworzenie środowiska minimalizującego możliwość popełnienia kosztownego błędu. Warto tu wprowadzić rozróżnienie pomiędzy objawem a ryzykiem. Nieuwaga sama w sobie nie determinuje jeszcze konsekwencji.

Człowiek rozpraszający się podczas podlewania kwiatów poniesie inny koszt niż ten, który straci koncentrację prowadząc pojazd z dużą prędkością. Podobnie impulsywność przy wyborze deseru i impulsywność przy decyzji kredytowej należą do tej samej domeny psychologicznej, ale nie do tej samej klasy konsekwencji.

Diagnoza jako mapa zależności zamiast katalogu kodów

Medycyna ADHD powinna zatem zajmować się nie tylko redukcją symptomów, lecz również redukcją ryzyka. To rozszerza kryterium sukcesu terapii. Nie wystarczy zapytać: „czy pacjent jest mniej rozkojarzony?". Trzeba pytać także: „czy rzadziej ma wypadki?", „czy poprawiło się prowadzenie samochodu?", „czy stabilniej gospodaruje pieniędzmi?", „czy funkcjonuje w relacjach mniej konfliktowo?", „czy śpi?", „czy utrzymuje pracę?", „czy ograniczyły się zachowania, które najbardziej mu szkodzą?". Takie podejście jest niezbędne, gdyż osoba z ADHD może dysponować dużymi zdolnościami kompensacyjnymi i przez lata stwarzać pozory dobrego funkcjonowania, aż do momentu, w którym kilka obciążeń nałoży się na siebie. Dziecko, praca, choroba rodzica, brak snu i kryzys relacyjny mogą przeciążyć system, który działał sprawnie przez dekadę. To, co wygląda wtedy jak nagły „wybuch ADHD", może być raczej załamaniem kompensacji. Objawy nie musiały powstać teraz; zniknęły jedynie zasoby, które dotąd je amortyzowały.

Można to porównać do mostu. Most nie zawala się dlatego, że w tej konkretnej sekundzie powstała w nim cała konstrukcyjna słabość. Przez lata przenosił obciążenia dzięki rezerwom wytrzymałości, lecz gdy do ruchu dołączą kolejne ciężary, margines bezpieczeństwa znika. Dorosłe ADHD często staje się klinicznie widoczne właśnie w ten sposób: nie jako pojawienie się nowej biologii, lecz jako przekroczenie możliwości dotychczasowego systemu kompensacyjnego. Ten obraz powinien chronić przed pochopnym diagnozowaniem, ale i przed zbyt szybkim odrzuceniem diagnozy. Czterdziestolatek, który „radził sobie do tej pory", nie jest automatycznie dowodem przeciw ADHD.

Należy zapytać, jak radził sobie, w jakiej strukturze, jakim kosztem i co konkretnie się zmieniło. Równie istotne jest pojęcie diagnostic overshadowing, działające w obu kierunkach. Czasem

depresja zasłania ADHD, a czasem ADHD zasłania depresję. Zdarza się też, że wszystkie problemy człowieka zostają przepisane na ADHD, ponieważ diagnoza jest świeża i intelektualnie atrakcyjna. To szczególnie niebezpieczna faza po późnym rozpoznaniu: nowa kategoria wyjaśnia tak wiele wcześniejszych doświadczeń, że pojawia się pokusa przypisywania jej wszystkiego. ADHD może wówczas stać się teorią totalną. „Nie odpowiadam ludziom przez ADHD". „Mam konflikt w pracy przez ADHD". „Nie śpię przez ADHD". „Jem chaotycznie przez ADHD". „Jestem nieszczęśliwy przez ADHD".

Być może część z tych zdań jest prawdziwa. Żadne nie powinno jednak zostać przyjęte bez analizy innych możliwych czynników. Dobra diagnoza zwiększa rozdzielczość obrazu; zła diagnoza zamienia jeden filtr na drugi. ADHD wyjaśnia wiele, ale właśnie dlatego trzeba uważać, aby nie zaczęło wyjaśniać wszystkiego. To zdanie oddaje istotę współczesnej diagnostyki psychiatrycznej: człowiek nie jest sumą kodów ICD.

Lęk może być osobnym zaburzeniem i reakcją na chaos. Bezsenność może stanowić niezależny problem oraz wzmacniacz nieuwagi. Używanie substancji może być próbą regulacji, ale i odrębnym zaburzeniem wymagającym terapii. Depresja może wynikać częściowo z wieloletnich porażek, a zarazem posiadać własną dynamikę biologiczną.

Im więcej etykiet pojawia się w dokumentacji, tym ważniejsza staje się nie liczba rozpoznań, lecz mapa zależności między nimi. To właśnie mapa, a nie katalog, powinna być celem diagnozy. Dochodzimy tu do problemu, od którego zależy cała dalsza logika leczenia. Skoro nieuwaga może wynikać z ADHD, depresji, braku snu, lęku, substancji albo kilku przyczyn naraz, a sama obecność cech nie wystarcza do diagnozy, trzeba odpowiedzieć na pytanie: jak właściwie rozpoznaje się ADHD u dorosłego człowieka? Nasza praca będzie poświęcona diagnostyce i jej granicom: różnicy między samoidentyfikacją a formalnym rozpoznaniem, znaczeniu dzieciństwa i historii rozwojowej, wykorzystaniu kwestionariuszy, roli informacji od bliskich, diagnostyce różnicowej oraz problemowi współczesnej samodiagnozy internetowej. Będzie to zarazem konieczne przygotowanie do części o farmakoterapii, ponieważ lek nie powinien być ani próbą „sprawdzenia, czy mam ADHD", ani substytutem rzetelnego rozpoznania.

> Ostatecznie człowiek nie jest sumą kodów w klasyfikacji ICD, lecz żywym układem, w którym jedna etykieta może stać się albo kluczem do wolności, albo nowym filtrem zniekształcającym obraz rzeczywistości. Czy dążąc do precyzyjnej diagnozy, nie ryzykujemy zamiany jednego rodzaju ślepoty na inny, zapominając, że między katalogiem objawów a żywym człowiekiem rozciąga się przestrzeń, której nie wypełni żaden podręcznik? Prawdziwa sztuka kliniczna zaczyna się tam, gdzie kończy się lista

> kontrolna, a zaczyna próba zrozumienia, jak konkretny system nerwowy negocjuje swój kompromis z otaczającym go światem.

Inspiracje

[1] 

"How to Understand and Deal with ADHD" Charity OReilly

2026 | The Experiment | ISBN: 9798893031300

Charity O'Reilly jest terapeutką traumy, która praktykuje od 2006 roku. Po 15 latach pracy w ośrodku dla ofiar gwałtu, założyła ośrodek rekolekcyjny skoncentrowany na traumie, gdzie prowadzi intensywne sesje EMDR dla osób indywidualnych i par. Specjalizuje się w leczeniu traumy, PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych, wykorzystując EMDR, pracę z częściami ciała oraz interwencje oparte na ciele. O'Reilly jest uznaną mówczynią i trenerką, która prowadzi krajowe i międzynarodowe warsztaty dotyczące leczenia traumy i zdrowia psychicznego. Występowała w różnych podcastach i mediach, poruszając tematykę wypalenia zawodowego i powrotu do zdrowia po traumie. Obecnie mieszka w gospodarstwie w hrabstwie Bucks w Pensylwanii z mężem Tomem O'Reilly i ich zwierzętami.

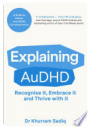
Charity O'Reilly is a trauma therapist who has been practicing since 2006. After spending 15 years working at a rape crisis center, she established a trauma-focused retreat center where she provides individual and couples EMDR intensives. She specializes in treating trauma, PTSD, and dissociative disorders, utilizing EMDR, parts work, and body-based interventions. O'Reilly is a recognized speaker and trainer who conducts national and international workshops on trauma healing and mental health. She has been featured on various podcasts and media platforms discussing burnout and trauma recovery. She currently resides on a homestead in Bucks County, Pennsylvania, with her husband, Tom O'Reilly, and their animals.

Intensive Trauma Therapy Retreats

Literatura uzupełniająca

Książki

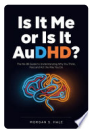
Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[1] **"Explaining AuDHD"**

Dr Khurram Sadiq

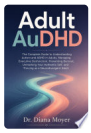
2025 | Dorling Kindersley Ltd | ISBN: 9781835982129



[2] **"Is It Me or Is It AuDHD?"**

Morgan S.Hale

SwiftScripts Publishing House



[3] **"Adult AuDHD"**

Dr Diana Moyer

2026 | Triumph Kelechi Amanze



[4] **"AuDHD in Girls"**

Dr Diana Moyer

2026 | Triumph Kelechi Amanze



[5] **"AuDHD in Adults"**

Dr Diana Moyer

2026 | Triumph Kelechi Amanze



[6] **"GUIDE FOR WOMEN WITH AuDHD"**

Danita Koff

2026 | John Idikwu Ode

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] **"“The times they are a changing” for quality assurance testing in diagnostic radiology"**

A. Gallagher, L. Bowden, Ronan Faulkner, Una O'Connor, G. O'Reilly

2016 | DOI: 10.1016/j.ejmp.2015.07.049

Źródło

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: 294d7b13-f35f-4210-84cf-3db97573eec8