Interwencje psychologiczne i wsparcie wykonawcze w terapii dorosłych z ADHD w świetle koncepcji Charity OReilly

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje rolę interwencji psychologicznych w leczeniu dorosłych z ADHD, podkreślając synergię między farmakoterapią a terapią poznawczo-behawioralną (CBT). Podczas gdy leki redukują biologiczny koszt uwagi i hamowania impulsów, CBT służy jako „laboratorium wykonania", ucząc praktycznej organizacji codzienności, zarządzania czasem i budowania struktur wspierających funkcje wykonawcze. Autor wskazuje na hierarchię dowodową metod, stawiając dostosowaną do ADHD terapię CBT ponad coachingiem czy EMDR. Kluczowym aspektem jest podejście multi modalne: leki zwiększają gotowość do działania, a terapia dostarcza konkretnych narzędzi inżynierii zachowania, pozwalając pacjentowi na transfer wiedzy do życia codziennego i walkę z negatywnymi przekonaniami o sobie.

The article analyzes the role of psychological interventions in the treatment of adults with ADHD, emphasizing the synergy between pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT). While medications reduce the biological cost of attention and impulse inhibition, CBT serves as an "execution laboratory," teaching practical daily organization, time management, and the construction of structures that support executive functions. The author points to the evidentiary hierarchy of methods, placing ADHD-tailored CBT above coaching or EMDR. A key aspect is the multimodal approach: medications increase the readiness for action, while therapy provides specific behavioral engineering tools, allowing the patient to transfer knowledge to daily life and combat negative self-beliefs.

Artykuł analizuje kompleksową architekturę wsparcia dla osób z ADHD, stawiając tezę, że samo leczenie biologiczne jest niewystarczające do odzyskania sprawstwa nad

własnym życiem. Autor argumentuje, że podczas gdy farmakoterapia obniża neurologiczny koszt uwagi i impulsu, to interwencje psychologiczne – ze szczególnym uwzględnieniem najlepiej przebadanej terapii CBT – pełnią rolę „laboratorium wykonania". W tym ujęciu terapia nie jest jedynie wsparciem emocjonalnym, lecz inżynierią zachowania: uczy przekształcania abstrakcyjnego czasu w widzialną strukturę i rozdzielania faktów od destrukcyjnych generalizacji o własnej nieudolności. Tekst wprowadza hierarchię dowodową różnych metod (CBT, mindfulness, coaching), podkreślając, że skuteczność interwencji należy mierzyć realnym transferem do codzienności, a nie teoretyczną elegancją systemu. Ostatecznie sukces terapeutyczny definiowany jest jako przejście od walki z własną naturą do świadomego projektowania środowiska i narzędzi, które pozwalają przekształcić intencje w konkretne efekty.

SŁOWA KLUCZOWE

interwencje psychologiczne ADHD | wsparcie wykonawcze | terapia poznawczo-behawioralna dla dorosłych z ADHD | funkcje wykonawcze | koncepcja Charity OReilly | laboratorium wykonania | body doubling | nadbudowa psychologiczna | pamięć prospektywna | multimodalność leczenia | transfer do życia | architektura wsparcia | regulacja uwagi | inżynieria zachowania

Terapia CBT jako funkcjonalne laboratorium wykonania

Psychoterapia i trening sprawczości: od CBT do coachingu. Farmakoterapia może obniżyć koszt utrzymywania uwagi, hamowania impulsu czy rozpoczynania działania, ale nie zapisze za człowieka terminu w kalendarzu, nie nauczy go dzielić złożonego projektu na etapy, nie przebuduje dwudziestu lat samokrytyki i nie rozwiąże konfliktów wynikających z chronicznego zapominania. Właśnie tutaj zaczyna się rola interwencji psychologicznych. Nie należy ich traktować jako „miękkiej" alternatywy dla leczenia biologicznego, podobnie jak farmakoterapia nie jest chemicznym zamiennikiem pracy nad sobą. Obie strategie operują na różnych poziomach tego samego systemu.

Lek zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent wykorzysta posiadaną wiedzę; terapia uczy go natomiast, co zrobić w chwili, gdy ta wiedza staje się dostępna dla działania. Materiał źródłowy

wymienia CBT, mindfulness, coaching ADHD, EMDR oraz Internal Family Systems jako formy profesjonalnego wsparcia, łącząc je z pracą nad nawykami, traumą, negatywnymi przekonaniami i regulacją uwagi. Intuicja multimodalności jest trafna, jednak metody te nie mają jednakowego statusu dowodowego, co wymusza wprowadzenie hierarchii.

CBT ukierunkowana na ADHD dysponuje znacznie silniejszym zapleczem badawczym w zakresie funkcjonowania dorosłych niż EMDR czy IFS. Mindfulness posiada bazę obiecującą, lecz bardziej umiarkowaną. Coaching rozwija się dynamicznie i przynosi realne korzyści operacyjne, choć liczba rygorystycznych badań pozostaje mniejsza.

EMDR ma ugruntowaną pozycję przede wszystkim w leczeniu traumy i PTSD, a nie rdzeniowych symptomów ADHD. IFS może mieć dla części pacjentów wartość terapeutyczną, ale brakuje podstaw, by przedstawiać ją jako specyficznie zweryfikowane leczenie ADHD. Najsilniejszą pozycję zajmuje zatem terapia poznawczo-behawioralna dostosowana do ADHD. Nie jest to jednak klasyczna CBT przeniesiona na inną diagnozę. Akcent przesuwa się tu z korygowania „irracjonalnych myśli" na funkcjonalną organizację codzienności: planowanie, priorytetyzację, zarządzanie czasem, dzielenie zadań, przeciwdziałanie rozproszeniu oraz radzenie sobie z emocjonalnymi skutkami chronicznych niepowodzeń.

NICE wskazuje, że w przypadku potrzeby leczenia niefarmakologicznego minimum powinno stanowić ustrukturyzowane wsparcie psychologiczne skoncentrowane na ADHD, zakładające regularny kontakt; interwencja ta może obejmować elementy lub pełny kurs CBT. Sformułowanie „skoncentrowane na ADHD" jest kluczowe. Terapia nie może ograniczać się do ogólnego pytania o samopoczucie. Emocje są istotne, ale osoba z ADHD potrzebuje również laboratorium wykonania. Co dokładnie dzieje się między pojawieniem się zadania a jego rozpoczęciem? W którym momencie projekt zamienia się w chaos? Jakie informacje znikają z pamięci roboczej?

Dlaczego lista zadań ma czterdzieści siedem pozycji i żadnej hierarchii? W jaki sposób telefon przechwytuje uwagę? Jak rozpoznać moment, w którym pięciominutowa przerwa staje się półtoragodzinną wyrwą?

W terapii nie wystarczy powiedzieć „proszę lepiej planować" – trzeba przekształcić czas z abstrakcji w widzialną strukturę. Nie wystarczy „proszę nie odkładać" – należy znaleźć mniejszy punkt wejścia do zadania. Nie wystarczy „proszę mniej korzystać z telefonu" – trzeba zmienić środowisko tak, by koszt sięgnięcia po rozpraszacz był większy niż koszt rozpoczęcia pracy. Innymi słowy, CBT dla ADHD często przypomina inżynierię zachowania połączoną z korektą błędnych przekonań o sobie. Dowody empiryczne wspierają takie podejście.

CBT jako narzędzie do budowy struktur i walki z nadbudową psychologiczną

Metaanalizy randomizowanych badań u dorosłych wykazują, że interwencje oparte na CBT mogą redukować zarówno podstawowe symptomy ADHD, jak i współwystępujące trudności emocjonalne. Nowsza analiza z 2026 roku, obejmująca 14 badań, wskazała na istotną poprawę w zakresie objawów rdzeniowych i funkcji wykonawczych oraz niewielką redukcję lęku, stresu i depresyjnego nastroju. Nie oznacza to jednak, że CBT jest psychologicznym odpowiednikiem stymulantu. Najbardziej kompleksowa sieciowa metaanaliza opublikowana w The Lancet Psychiatry w 2025 roku kreśli bardziej złożony obraz: CBT, mindfulness i psychoedukacja wypadały korzystnie względem placebo w ocenach klinicystów, jednak efekty interwencji niefarmakologicznych nie były równie spójne w zależności od źródła oceny. Autorzy uznali, że najsolidniejsze krótkoterminowe dowody na redukcję rdzeniowych symptomów — zarówno w samoocenie, jak i ocenie klinicznej — dotyczą stymulantów oraz atomoksetyny. Nie jest to argument przeciw psychoterapii, lecz przeciw mieszaniu jej celów.

Lek może być niezwykle skuteczny w tłumieniu objawów rdzeniowych, podczas gdy terapia uczy budowania struktur, które zachowują wartość nawet wtedy, gdy działanie farmakologiczne ustępuje. Dzięki leczeniu pacjent zyskuje zdolność do organizacji; dzięki terapii dowiaduje się, jak tę zdolność praktycznie wykorzystać. Farmakologia wpływa na parametry działania systemu, CBT natomiast częściowo przeprogramowuje strategie jego użytkowania. Kluczowa jest tu praca nad przekonaniami, które narastały długo przed diagnozą: „Jestem leniwy", „Nie można mi ufać", „Zaczynam wszystko i niczego nie kończę", „Muszę być pod ścianą, żeby działać" czy „Jeżeli nie zrobię tego perfekcyjnie, po raz kolejny udowodnię, że jestem beznadziejny".

Takie sformułowania nie są objawami z katalogu DSM, lecz mogą z czasem stać się psychologiczną nadbudową ADHD. Człowiek przestaje jedynie mieć trudność z rozpoczęciem zadania — zaczyna przewidywać własną porażkę. Pierwszy problem jest wykonawczy, drugi poznawczo-emocjonalny; w połączeniu wzajemnie się napędzają. W takim układzie terapia poznawcza nie polega na naiwnym powtarzaniu, że „wszystko będzie dobrze". Jej zadaniem jest rygorystyczne rozdzielenie faktu od globalnej interpretacji. „Nie wykonałem zadania" to opis zdarzenia; „jestem człowiekiem, który nigdy niczego nie potrafi wykonać" to generalizacja. „Znowu się spóźniłem" jest faktem, natomiast „nie zasługuję na zaufanie w żadnej dziedzinie" to sąd totalny. Doświadczenie ADHD sprzyja właśnie takim uogólnieniom, gdyż ten sam rodzaj niepowodzeń powtarza się przez lata. Z tego powodu psychoedukacja nie jest dodatkiem do terapii, lecz jednym z jej fundamentów. Nazwanie mechanizmu zmienia dostępny repertuar interwencji.

Jeśli interpretuję problem jako deficyt charakteru, rozwiązaniem staje się silniejsza samokrytyka. Jeśli rozumiem go jako przewidywalną trudność z pamięcią prospektywną, mogę wprowadzić zewnętrzny sygnał. Gdy wiem, że przechodzenie między zadaniami jest kosztowne, projektuję moment przejścia. Jeżeli rozumiem, że skala i nieokreśloność projektu podnoszą próg inicjacji, zaczynam od mikroczynności.

Narzędzia funkcjonalne i coaching jako wsparcie wykonawcze

Przegląd grupowych interwencji psychoedukacyjnych z 2024 roku wskazuje na ogólnie dobrą akceptowalność takich programów oraz pozytywny wpływ na redukcję symptomów i niektóre wskaźniki zdrowia psychicznego. Autorzy podkreślają jednak zróżnicowanie metod i wciąż ograniczoną bazę porównawczą. Psychoedukacja nie jest zatem wykładem mającym jedynie zaspokoić ciekawość pacjenta; może ona realnie zmieniać sposób, w jaki człowiek projektuje własne zachowanie. W tym kontekście materiały O'Reillych okazują się szczególnie wartościowe.

"Runway", "Parking Lot", "Touch Only Once", "Dopamine Menu", "Focus Pants" czy "Purpose Party" nie są nazwami uznanych protokołów klinicznych, lecz przykładami przełożenia funkcjonalnego problemu na konkretny rytuał. Propozycje te obejmują m.in. stworzenie „pasa startowego” przed pracą, odkładanie pobocznych pomysłów do zewnętrznego „parkingu”, domykanie prostych czynności rozpoczętych przez dotknięcie przedmiotu oraz wykorzystanie body doublingu. Wartość tych rozwiązań należy oceniać nie przez pryzmat atrakcyjności nazwy, lecz według prostego kryterium: czy zmniejszają funkcjonalny koszt działania dla konkretnej osoby i czy nie generują kosztów większych niż problem, który miały rozwiązać. Takie podejście można określić mianem eksperymentalizmem codzienności. Zamiast szukać jednego idealnego systemu produktywności, człowiek stawia hipotezy i je testuje.

Czy timer pomaga, czy potęguje lęk? Czy praca w kawiarni dostarcza optymalnej stymulacji, czy rozprasza? Czy muzyka wspiera rutynowe zadania, ale przeszkadza przy czytaniu? Czy trzy alarmy chronią przed zapomnieniem, czy po tygodniu są automatycznie ignorowane? Strategia nie jest dobra dlatego, że nosi etykietę „ADHD-friendly”. Jest dobra wtedy, gdy poprawia realne funkcjonowanie.

W tym miejscu pojawia się coaching ADHD, którego język jest często bardziej operacyjny niż psychoterapeutyczny. Coach może koncentrować się na planowaniu tygodnia, hierarchii celów, budowaniu systemów przypominania, monitorowaniu realizacji zadań, tworzeniu rutyn i

rozliczalności. Dla osoby, która rozumie już psychologiczne źródła swojego wstydu, ale nadal nie potrafi zbudować sprawnego systemu działania, taka forma wsparcia może być niezwykle praktyczna. Jednocześnie status dowodowy coachingu wymaga rzetelnego przedstawienia. Systematyczny przegląd interwencji psychologicznych u dorosłych uwzględniał coaching jako jedną ze strategii, jednak baza badań kontrolowanych była znacznie skromniejsza niż w przypadku interwencji behawioralnych. W 2026 roku opublikowano prospektywne badanie manualizowanego coachingu dorosłych z ADHD, wykazujące istotną poprawę symptomów, funkcji wykonawczych i realizacji celów, z efektami od umiarkowanych do dużych. Było to jednak badanie prowadzone przez coachów rekrutujących klientów z własnych praktyk, co ogranicza moc wnioskowania przyczynowego w porównaniu do randomizowanych badań kontrolowanych. Sami autorzy zaznaczali trudności z generalizacją tych wyników.

Coaching można zatem uznać za obiecujące narzędzie wsparcia wykonawczego, jednak nie należy stawiać go na tym samym poziomie dowodowym co najlepiej przebadane metody leczenia. Kluczowe jest odróżnienie coachingu od psychoterapii: coach nie powinien przejmować leczenia depresji, traumy, zaburzeń lękowych czy poważnego kryzysu psychicznego. Z kolei psychoterapeuta nie musi pełnić funkcji codziennego menedżera zadań. Idealny system wsparcia bywa interdyscyplinarny właśnie dlatego, że problemy emocjonalne i wykonawcze mogą wymagać odmiennych kompetencji.

Uważność i terapie wspierające jako uzupełnienie, a nie rdzeń leczenia

Podobnie należy potraktować mindfulness, czyli trening uważności. Na pierwszy rzut oka propozycja ta może brzmieć wręcz prowokacyjnie: osobie zmagającej się z kontrolą uwagi sugeruje się siedzenie i obserwowanie własnej uwagi. Właśnie w tym tkwi jednak potencjalny mechanizm działania. Celem nie jest osiągnięcie stanu całkowicie pustego umysłu, lecz wielokrotne zauważanie momentu, w którym uwaga odpłynęła, i ćwiczenie powrotu do wybranego obiektu bez dodawania kolejnej warstwy samokrytyki.

Metaanaliza interwencji mindfulness u dorosłych z ADHD z 2025 roku, obejmująca dziesięć kontrolowanych badań, wykazała umiarkowaną poprawę symptomów raportowanych przez uczestników oraz mniejszą, lecz istotną poprawę w ocenach obserwatorów i ogólnym funkcjonowaniu. Autorzy nie odnotowali jednak jednoznacznych efektów w zakresie wszystkich wskaźników afektu czy samych umiejętności mindfulness, wskazując przy tym na ograniczenia bazy badawczej. Wniosek nie brzmi zatem „medytacja leczy ADHD”, lecz: interwencje oparte na

uważności mogą być użytecznym uzupełnieniem terapii dla części dorosłych, choć opierają się na mniej stabilnej bazie dowodowej niż farmakoterapia czy CBT. W kontekście ADHD mindfulness jest szczególnie interesujący, ponieważ redefiniuje sukces. Pacjent nie ma utrzymać uwagi bez jednego odchylenia przez dwadzieścia minut; sukcesem jest samo zauważenie rozproszenia i powrót. Jeśli uwaga ucieka trzydzieści razy i trzydzieści razy zostaje świadomie przywrócona, trening nie poniósł trzydziestu porażek. Wykonał trzydzieści powtórzeń.

Tak rozumiana uważność może stać się przeciwwagą dla wieloletniej narracji „znowu nie potrafiłem się skupić". Nie oznacza to jednak, że medytację należy moralizować w taki sam sposób, jak wcześniej silną wolę. Osobie, dla której klasyczna, nieruchoma praktyka jest zbyt trudna, można zaproponować inne formy ćwiczenia obecności: świadomy ruch, spacer, krótsze sesje czy koncentrację na zmysłach. Terapia ADHD nie powinna reprodukować absurdu, w którym człowiek po raz kolejny ma udowodnić swoją dojrzałość przez perfekcyjne wykonywanie narzędzia stworzonego po to, aby pomóc mu z nieperfekcyjną regulacją.

Jeszcze większej ostrożności wymaga podejście do EMDR. Materiał źródłowy lokuje EMDR i IFS w obszarze pracy z traumą oraz negatywnymi przekonaniami powstałymi wskutek lat funkcjonowania bez diagnozy. Taka konstrukcja jest zasadniczo rozsądniejsza niż twierdzenie, że EMDR „leczy ADHD". Jeśli osoba z ADHD cierpi jednocześnie na PTSD lub inne klinicznie istotne następstwa traumy, proces terapeutyczny należy prowadzić zgodnie z protokołami leczenia traumy.

Poprawa w tym obszarze może pośrednio zmniejszyć pobudzenie, lęk, problemy ze snem i część trudności poznawczych. Nie oznacza to jednak, że EMDR oddziałuje na podstawowy neurorozwojowy mechanizm ADHD. To samo zastrzeżenie jest kluczowe w przypadku Internal Family Systems (IFS). Model ten oferuje niektórym pacjentom intuicyjny język do rozumienia wewnętrznych konfliktów, reakcji obronnych, wstydu i samokrytyki. Jako rama psychoterapeutyczna może być stosowany przez wykwalifikowanych specjalistów w pracy nad konkretnymi problemami. W odniesieniu do rdzeniowego ADHD nie dysponujemy jednak bazą randomizowanych badań, która pozwalałaby postawić IFS obok CBT jako terapię o porównywalnie udowodnionej skuteczności. Nauka wymaga tu wyraźnego rozróżnienia między stwierdzeniem „ta metoda może komuś pomóc" a „ta metoda jest dowiedzionym leczeniem ADHD". Pierwsze może być prawdziwe bez drugiego. Takie rozgraniczenie nie jest atakiem na pluralizm psychoterapii, lecz warunkiem jej uczciwości.

Kryterium skuteczności to realny transfer do życia

Korzystając z różnych narzędzi, warto mieć świadomość, które z nich znajdują silne oparcie w badaniach, które dysponują jedynie wstępnym wsparciem, a które opierają się głównie na teorii psychoterapeutycznej lub doświadczeniu klinicznym. Treningi poznawcze są tu doskonałym przykładem. Komputerowe ćwiczenia pamięci roboczej czy uwagi wydają się intuicyjnie idealne: skoro dana funkcja jest osłabiona, trenujmy ją jak mięsień. Tymczasem metaanaliza interwencji komputerowych u dorosłych wykazała niewielki wpływ na ogólne funkcjonowanie poznawcze, nie stwierdzając jednak wyraźnej poprawy w nasileniu symptomów ADHD ani w obszarach takich jak pamięć robocza czy funkcje wykonawcze. Nauka po raz kolejny przypomina, że poprawa w ćwiczonym zadaniu nie zawsze przekłada się na opłacenie rachunku na czas.

Właściwym celem interwencji jest zatem transfer do życia. Czy pacjent po terapii potrafi zrobić coś, czego wcześniej systematycznie nie potrafił? Czy jego relacja z czasem stała się bardziej przewidywalna? Czy spadła liczba kryzysowych nocy? Czy wie, jak przygotować środowisko przed trudnym zadaniem? Czy szybciej rozpoznaje narastającą eskalację emocjonalną? Czy posiada procedurę na momenty, gdy wypada z rutyny? I wreszcie: czy jego samoocena przestała zależeć od tego, czy w danym tygodniu był wyjątkowo produktywny? To ostatnie pytanie jest kluczowe.

Terapia ADHD nie powinna stać się kursem maksymalizacji wydajności. Człowiek szuka pomocy nie po to, by przekształcić się w doskonałą maszynę realizującą cudze oczekiwania, lecz aby odzyskać kontrolę nad własnym życiem. Bywa, że sukcesem jest wykonanie większej liczby zadań. Bywa jednak, że sukcesem jest porzucenie pięciu z nich bez poczucia winy lub odkrycie, że system produktywności, którego rozpaczliwie próbowano się nauczyć, jest źle dopasowany do rzeczywistych wartości.

W tym miejscu psychoterapia spotyka się z filozofią praktyczną. Staroicy przypomnieliby o konieczności odróżnienia tego, co podlega naszej kontroli, od tego, co pozostaje poza nią. W przypadku ADHD podział ten jest subtelniejszy: nie wybieramy architektury własnego układu nerwowego, ale możemy wpływać na warunki, w których on działa. Nie mamy wpływu na to, że określona czynność wymaga od nas większego wysiłku, lecz możemy wybrać narzędzie, moment dnia, środowisko, system przypomnień i sposób rozpoczęcia pracy.

Z kolei pragmatyzm Williama Jamesa i Johna Deweya sugeruje, że wartość idei ujawnia się w jej konsekwencjach dla działania. W terapii ADHD pytanie „czy ta strategia jest elegancka?” powinno ustąpić pytaniu „czy działa w twoim życiu?”. Jeśli buty noszone w domu stają się sygnałem rozpoczęcia pracy – używaj ich. Jeśli wspólna sesja body doubling pozwala przejść przez godzinę księgowości, jest to funkcjonalne narzędzie, nawet jeśli nie dysponujemy rozbudowaną teorią

neuronalną jego efektu. Jeśli kartka na drzwiach jest skuteczniejsza od nowej aplikacji za sto złotych miesięcznie - kartka wygrywa. Nie każda praktyczna heurystyka potrzebuje randomizowanego badania, by można ją było bezpiecznie przetestować; potrzebuje natomiast uczciwego oznaczenia statusu wiedzy. Czym innym jest stwierdzenie „ta metoda jest skuteczna w badaniach klinicznych", czym innym „wiele osób uważa ją za pomocną", a jeszcze czym innym „możemy sprawdzić, czy będzie działała u ciebie". Kultura ADHD zbyt często zamienia to ostatnie stwierdzenie w pierwsze.

Budowanie kompleksowej architektury wsparcia i dostosowania środowiska

Body doubling jest dobrym przykładem. Źródło opisuje obecność drugiej osoby jako możliwość "pożyczenia" stabilności systemu zadaniowego i wejścia w pracę bez konieczności korzystania z kryzysowego stresu. Fenomen ten jest praktycznie wiarygodny: umówiona obecność innej osoby zwiększa strukturę, poczucie społecznej odpowiedzialności i wyrazistość początku zadania. Nie dysponujemy jednak podstawą do twierdzenia, że druga osoba bezpośrednio "aktywuje TPN" w specyficzny, dowiedziony sposób. Metafora "pożyczania układu nerwowego" jest świetnym językiem doświadczenia; neurologicznie pozostaje jednak metaforą. To samo dotyczy „Purpose Party" i „Swap Services", które materiał źródłowy przedstawia jako społeczne sposoby radzenia sobie z nużącymi obowiązkami. Z punktu widzenia psychologii behawioralnej ich siła jest łatwa do zrozumienia: zwiększają natychmiastowość społecznej nagrody, wprowadzają strukturę i obniżają awersyjność zadania. Z perspektywy ekonomii „Swap Services" wykorzystuje coś na kształt przewagi komparatywnej: ludzie wymieniają się czynnościami nie dlatego, że jeden jest absolutnie lepszy we wszystkim, lecz dlatego, że względny koszt poszczególnych zadań jest dla nich różny. Takie strategie przypominają, że samowystarczalność nie jest najwyższą formą dorosłości. Człowiek zawsze funkcjonuje poprzez system wymiany kompetencji: jeden naprawia samochód, drugi pisze umowę, trzeci prowadzi księgowość.

Paradoksalnie osoba z ADHD może szczególnie długo próbować udowadniać, że powinna umieć zrobić wszystko sama, ponieważ przez lata słyszała zarzut niesamodzielności. Terapia może więc wymagać nie tylko budowania nowych kompetencji, ale również rezygnacji z narcystycznego ideału całkowitej samowystarczalności. Dojrzałość nie polega na tym, że człowiek nie potrzebuje systemów, lecz na tym, że potrafi je konstruować i odpowiedzialnie z nich korzystać.

Terapia ADHD nie ma nauczyć mózgu przestać być sobą; ma nauczyć człowieka budować warunki, w których jego intencje częściej stają się działaniem. W tym zdaniu spotykają się farmakoterapia,

CBT, psychoedukacja, mindfulness i coaching. Każde z tych narzędzi ingeruje w innym miejscu pętli pomiędzy zamiarem a zachowaniem. Leki mogą zmieniać dostępność procesów regulacyjnych, CBT porządkuje strategie, a psychoedukacja zmienia model własnego funkcjonowania. Mindfulness może zwiększać zdolność zauważania momentu odpływania uwagi i emocjonalnej automatyczności, natomiast coaching pomaga przekształcać cele w codzienną strukturę. Terapia traumy może z kolei usuwać część obciążeń, które nie należą do ADHD, lecz przez lata narosły wokół niego.

Nie istnieje przy tym jedna kolejność odpowiednia dla wszystkich. Człowiek z ciężką depresją może najpierw potrzebować interwencji dotyczącej nastroju. Osoba dobrze reagująca na lek, ale nadal żyjąca w organizacyjnym chaosie, może najbardziej skorzystać z CBT lub coachingu. Ktoś z wieloletnim doświadczeniem stygmatyzacji może potrzebować równoległej pracy nad wstydem. Terapia staje się wtedy nie pojedynczym zabiegiem, lecz architekturą wsparcia.

Słowo „architektura" prowadzi nas dalej. Byłoby osobliwe przez kilkadziesiąt stron analizować człowieka z ADHD, a następnie pozostawić bez zmian środowisko, w którym ma on funkcjonować. Jeżeli wiemy, że pamięć można odciążyć, bodźce redukować, czas uwidaczniać, zadania fragmentować, a sposób organizacji pracy dostosowywać do profilu człowieka, odpowiedzialność nie może spoczywać wyłącznie po stronie jednostki. Czas przenieść ADHD z gabinetu terapeuty do szkoły, uczelni, biura i organizacji. Tam powróci społeczny model niepełnosprawności, ale już w praktycznej postaci: rozsądnych dostosowań, elastyczności czasu, ochrony przed przeciążeniem bodźcami, pisemnych instrukcji, struktury pracy, zarządzania spotkaniami i projektowania instytucji. Dopiero wtedy okaże się, czy społeczeństwo rzeczywiście chce leczyć człowieka, czy potrafi również naprawiać część środowiska, które niepotrzebnie zmienia różnicę w ograniczenie. Zapraszam do kolejnego tekstu Fundacji Dobre Państwo.

> Prawdziwym sprawdzianem skuteczności terapii nie jest jednak to, czy pacjent stał się idealną maszyną produktywności, lecz czy potrafi budować warunki, w których jego życie przestaje być polem ciągłej walki z samym sobą. Pozostaje zatem pytanie: czy jako społeczeństwo chcemy jedynie „naprawiać" jednostki, by pasowały do sztywnych ram systemu, czy jesteśmy gotowi naprawić samo środowisko, które zbyt często zamienia neuroróżnorodność w niepełnosprawność?

Inspiracje

[1]

"How to Understand and Deal with ADHD" Charity OReilly

2026 | The Experiment | ISBN: 9798893031300

Charity O'Reilly jest licencjonowaną terapeutką traumy i autorką z ponad 20-letnim doświadczeniem w dziedzinie zdrowia psychicznego. Mieszka w hrabstwie Bucks w Pensylwanii i specjalizuje się w holistycznym leczeniu traumy, wykorzystując podejścia takie jak terapia Wewnętrznych Systemów Rodzinnych (IFS), EMDR i terapia somatyczna. O'Reilly jest założycielką O'Reilly Trauma Healing, gdzie prowadzi intensywne rekolekcje terapeutyczne i konsultacje zawodowe. Jej praca koncentruje się na pomaganiu osobom, zwłaszcza kobietom i osobom LGBTQ+, w radzeniu sobie z traumą, regulacją układu nerwowego i neuroatypowością. Oprócz praktyki klinicznej, jest międzynarodową prelegentką, prowadzącą podcasty i autorką. Często współpracuje ze swoim mężem, trenerem ADHD Tomem O'Reilly, tworząc materiały dla osób neuroatypowych, w tym wspólnie napisaną książkę o ADHD.

Charity O'Reilly is a licensed trauma therapist and author with over 20 years of experience in the field of mental health. Based in Bucks County, Pennsylvania, she specializes in holistic trauma healing, utilizing approaches such as Internal Family Systems (IFS) therapy, EMDR, and somatic work. O'Reilly is the founder of O'Reilly Trauma Healing, where she provides intensive therapy retreats and professional consultation. Her work focuses on helping individuals, particularly women and LGBTQ+ populations, navigate trauma, nervous system regulation, and neurodivergence. In addition to her clinical practice, she is an international speaker, podcast host, and author. She frequently collaborates with her husband, ADHD coach Tom O'Reilly, to create resources for neurodivergent individuals, including their co-authored book on ADHD.

O'Reilly Trauma Healing

Literatura uzupełniająca

Książki

Literatura pokrewna (Google Scholar):

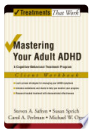
[1] **"Is Life Worth Living? (James)"**

William James

[2] "Is Life Worth Living?"

William James

2022 | DigiCat



[3] "Mastering Your Adult ADHD"

Steven A. Safren, Susan Sprich, Carol A. Perlman, Michael W. Otto

2005 | Oxford University Press | ISBN: 9780190207915

[4] "Cognitive Behavioral Therapy for Adult ADHD"

J. Russell Ramsay, Anthony L. Rostain

2014 | Routledge | ISBN: 9781135072186

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] "Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior."

Charles A. O'Reilly, Jennifer A. Chatman

1986 | Journal of Applied Psychology | DOI: 10.1037/0021-9010.71.3.492

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: 9c64a592-2380-4e2b-82fb-4d55db8f7b19