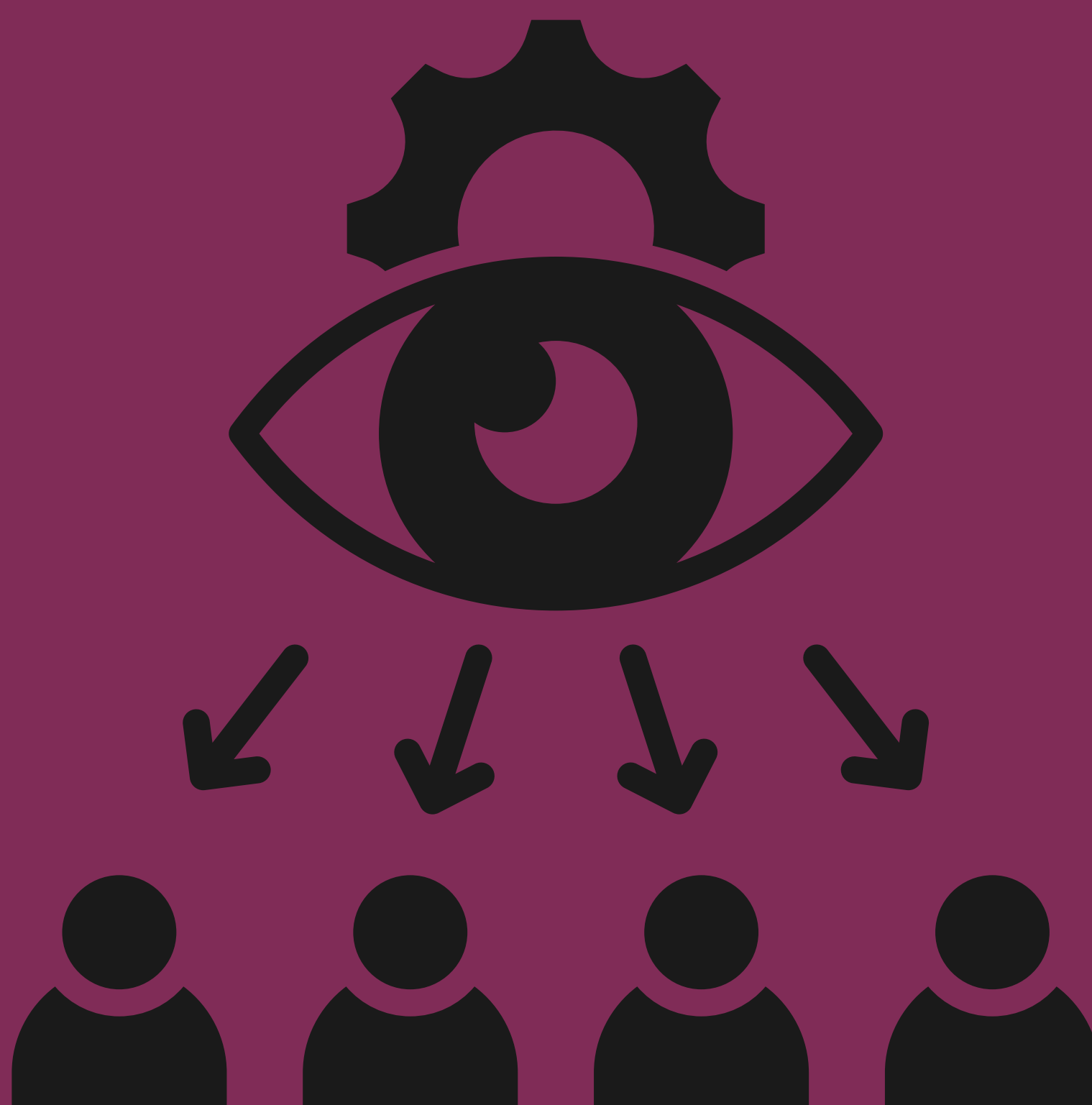




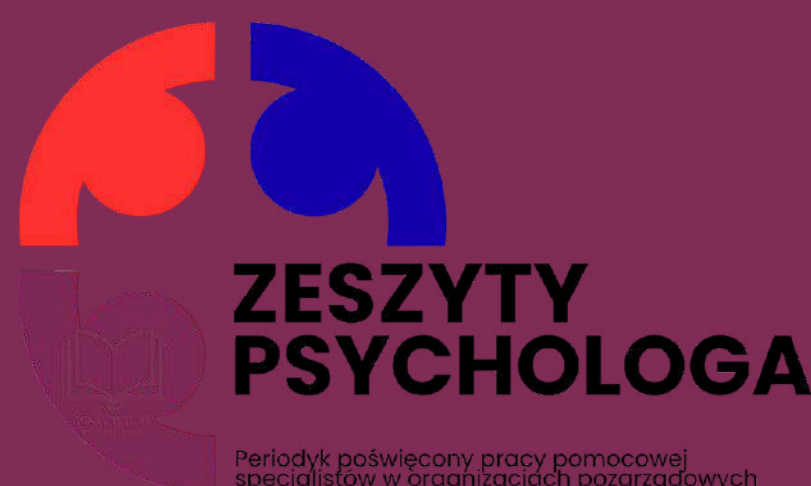
MIĘDZYNARODOWY ROK
WOLONTARIATU 2026

mgr Milena Sielicka
mgr Magdalena Górską
Julita Drob

SUPERWIZJA



Praca w modelu afirmującym neuroróżnorodność



**ZESZYTY
PSYCHOLOGA**

Periodyk poświęcony pracy pomocowej
specjalistów w organizacjach pozarządowych

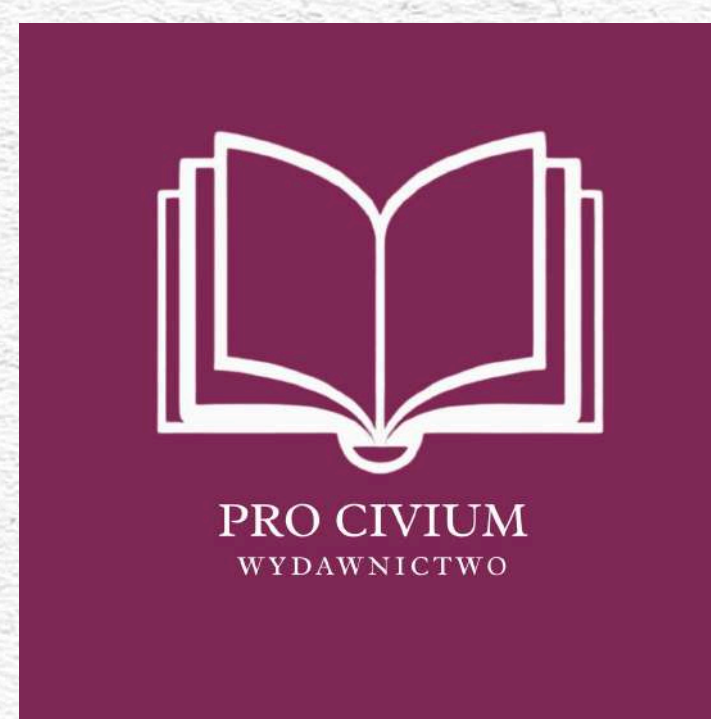
Zeszyty Psychologa; nr 4/04/26
Wydawnictwo Pro Civium
Poznań 2026

Materiał został przygotowany w ramach superwizji grupowej z dnia 30 kwietnia 2026 r., nr 04/26 dla specjalistów Centrum Poradnictwa Stowarzyszenia Inicjatywa Obywatelska Pro Civium

Projekt został dofinansowany przez Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego - Korpus Solidarności, w ramach Rządowego Programu Wspierania Rozwoju Wolontariatu Systematycznego na lata 2018 - 2030, zadanie publiczne "Wszyscy jesteśmy Supermanami!"

Centrum Edukacji i Współpracy ze Szkolnictwem Wyższym,
Opracowanie: Milena Sielicka, Magdalena Górka, Julita Drob

WSZYSCY JESTEŚMY  Korpus Solidarności
SUPERMANAMI!
STOWARZYSZENIE INICJATYWA OBYWATELSKA PRO CIVIUM



Minister do spraw
Społeczeństwa Obywatelskiego



KOMITET
DO SPRAW
POŻYTKU
PUBLICZNEGO



Narodowy Instytut Wolności
Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego



Korpus
Solidarności



Projekt "Wszyscy jesteśmy Supermanami!" sfinansowany ze środków Narodowego Instytutu Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Korpusu Solidarności Rządowego Programu Wspierania i Rozwoju Wolontariatu Systematycznego na lata 2018 - 2030.

„(...) Za wszelką cenę musicie jednak zaufać tym cząstkom swojej osobowości, które wyróżniają was spośród innych i sprawiają, że jesteście niepowtarzalni. Nawet jeśli wyróżniająca was cecha jest dziwna czy nieakceptowana.”

Nancy Kleinbaum, Stowarzyszenie Umarłych Poetów

Wstęp

Niniejszy zeszyt powstał z myślą o psychologach i specjalistach, którzy pragną rozwijać swoją praktykę w oparciu o model pracy afirmujący tożsamość klienta. Mamy świadomość, że **neuroróżnorodność to koncept niezwykle pojemny**, wykraczający daleko poza ramy tej publikacji. Obejmuje ona nieskończone bogactwo ludzkich wzorców neurologicznych, z których każdy wymaga głębokiego i indywidualnego podejścia, wolnego od teoretycznych uproszczeń. Naszym priorytetem jest przybliżenie paradygmatu afirmującego, który przenosi środek ciężkości z „naprawiania deficytów” na tworzenie warunków do optymalnego funkcjonowania klienta jako osoby neuroróżnorodnej.

Wierzimy, że **skuteczne wsparcie nie jest możliwe bez krytycznego przyjrzenia się własnym, często nieuświadomionym, przekonaniom neuronormatywnym**. Zeszyt ten ma być lustrem dla osoby pomagającej, pozwalającym dostrzec mechanizmy „neurotypowego spojrzenia” w codziennej pracy pomocowej. Zamieszczone w dalszej części wskazówki dotyczące pracy z osobami z ADHD oraz w spektrum autyzmu służą jako praktyczne przykłady implementacji modelu afirmującego. Stanowią one najczęstsze punkty styku w gabinecie specjalisty, jednak w żadnym stopniu nie wyczerpują tematu neuroodmienności.

**Ja jako „osoba
pomagająca” w pracy
afirmującej
neuro różnorodność**

Model medyczny versus model afirmujący neuro różnorodność

Tradycyjny **model kliniczny** opiera się na perspektywie medycznej, w której ADHD, autyzm czy inne formy neuro różnorodności ujmowane są przede wszystkim jako zaburzenia, deficyty lub odchylenia od normy rozwojowej. Punktem wyjścia staje się identyfikacja objawów, ich redukcja oraz możliwie największe dostosowanie jednostki do standardów funkcjonowania neurotypowego. Osoba pomagająca występuje tu często w roli eksperta diagnozującego „problem”, a celem pracy bywa zmniejszenie widoczności cech uznawanych za niepożądane. W praktyce może to oznaczać koncentrację na eliminowaniu stymulacji autystycznych (stimmingu), wzmacnianiu kontaktu wzrokowego niezależnie od dyskomfortu klienta, treningu zachowań społecznych opartych na maskowaniu lub traktowaniu trudności wykonawczych wyłącznie jako braku samodyscypliny.

Model afirmujący neuro różnorodność proponuje zupełnie inną perspektywę. Zakłada, że **różnice neurologiczne nie są same w sobie czymś, co wymagającą naprawy**, lecz naturalną częścią ludzkiej różnorodności. Trudność więc nie wynika wyłącznie z cech osoby neuro różnorodnej, ale bardzo często z niedopasowania między jej sposobem funkcjonowania a wymaganiami środowiska. **Zamiast pytania: „Jak sprawić, by ta osoba funkcjonowała bardziej typowo?”**, pojawia się pytanie: **„Jak stworzyć warunki, w których będzie mogła funkcjonować dobrze jako ona sama?”**.

Kiedy „zwykła” terapia to za mało...

Nawet przy dużej otwartości i autentycznie dobrych intencjach, wdrażanie podejścia afirmującego rzadko jest dla specjalistów neurotypowych procesem prostym czy intuicyjnym. Badania pokazują jasno: pomoc może być nienaganna merytorycznie i oparta na szacunku, a mimo to pozostać niedostępna dla neuroróżnorodnego klienta, jeśli jej **warunki sensoryczne, struktura, tempo, język lub same w sobie stają się źródłem przeciążenia**. Milton - opisując **Model Podwójnej Empatii** - rzucił wyzwanie krzywdzącemu przekonaniu, jakoby osoby neuroatypowe z natury nie posiadały umiejętności komunikacyjnych czy zdolności do współodczuwania. Wykazał on, że brak porozumienia nie jest „deficytem” jednej strony, lecz wynika z fundamentalnie odmiennych ram percepcyjnych i poznawczych. W praktyce oznacza to, że **osobie neurotypowej jest równie trudno przyjąć perspektywę osoby neuroatypowej, co odwrotnie**. Co istotne, badania sugerują, że porozumienie często nawiązuje się znacznie łatwiej w parach o tym samym neurotypie (np. w relacji autystycznego terapeuty z autystycznym klientem), ponieważ obie strony operują na podobnych „częstotliwościach” doświadczania świata.

Nie oznacza to jednak, że musisz dzielić neurotyp ze swoim klientem, aby być skutecznym wsparciem. Wymaga to jednak od Ciebie czegoś więcej niż tylko wiedzy podręcznikowej: **niezbędna jest gotowość do zakwestionowania własnych standardów tego, co uznajesz za „prawidłowe” funkcjonowanie, komunikację czy regulację emocjonalną**.

Ćwiczenie: Lustro Neuronormatywności

Zanim spojrzysz na klienta, spójrz na mechanizmy, które uznajesz za „przezrocyste” we własnym myśleniu. Zastanów się, w jakich obszarach Twój umysł działa niemal automatycznie, ponieważ idealnie wpisuje się w społeczne i profesjonalne oczekiwania.

Wypisz 3 konkretne sytuacje zawodowe oraz społeczne, w których czujesz się pewnie. (np. small talk, łatwość w ignorowaniu szumu wentylatora w gabinecie, intuicyjne wyczuwanie, kiedy kończy się czas sesji, linearne budowanie argumentacji)

Teraz wykonaj eksperyment myślowy. **Wyobraź sobie, że od jutra standardy „profesjonalizmu” i „zdrowia” zostają odwrócone.** Od teraz świat funkcjonuje według wzorca:

Komunikacja: Standardem jest wyłącznie kontakt pisemny lub asynchroniczny; mówienie twarzą w twarz jest uznawane za zbyt inwazyjne i nieprecyzyjne.

Kontakt wzrokowy: Patrzenie w oczy jest traktowane jako sygnał agresji lub nadmiernej intymności.

Środowisko: Standardem pracy jest całkowity półmrok, absolutna cisza i brak jakichkolwiek zapachów (perfum, kawy).

Przetwarzanie: Ceniona jest wyłącznie głęboka, monotropowa koncentracja na jednym temacie przez wiele godzin; częsta zmiana wątków (typowy dialog) jest postrzegana jako brak skupienia.

Ćwiczenie: Lustro Neuronormatywności - c.d

Odpowiedz szczerze na poniższe pytania i omów je w grupie:

1. Co stałoby się z Twoim poczuciem kompetencji? Czy Twoje obecne zalety (np. podzielność uwagi) nadal byłyby uznawane za „naturalne zdolności”, czy stałyby się „deficytami” wymagającymi terapii i ciągłego dostosowywania się?

2. Ile energii kosztowałby Cię jeden dzień w takim świecie? Jak bardzo czułbyś/czułabyś się wyczerpany/a próbą ukrycia swoich „neurotypowych cech” (maskowaniem), aby wypaść profesjonalnie? Co byłoby dla Ciebie najtrudniejsze?

3. Jak zmieniłaby się Twoja relacja z „ekspertem”? Gdybyś poszedł/poszła do terapeuty, który uznałby Twoją potrzebę patrzenia w oczy i mówienia za „brak dojrzałości emocjonalnej”, co byś poczuł/a?

Ćwiczenie: Analiza wartości terapeutycznych

Zatrzymaj się i pomyśl przez chwilę o osobach, którym pomagasz.

W polu poniżej wypisz cechy i umiejętności, które najwyżej cenisz u swoich klientów:

Miejsce na wpisanie przemyśleń

Pytanie do refleksji:

Czy są to np: systematyczność, robienie postępów, kończenie zadań, kontakt wzrokowy, elastyczność, umiejętność regulowania emocji, produktywność, „dobre funkcjonowanie społeczne” - wzorce zachowań promowane we współczesnym świecie?

Teraz pomyśl o innych cechach: intensywnym przeżywaniu emocji, głębokiej koncentracji na zainteresowaniach, potrzebie samotności, silnym poczuciu rytmu, sensorycznej wrażliwości, głębokim zestrojeniu z naturą, nietypowej ekspresji emocjonalnej czy potrzebie przewidywalności.

Pytania do refleksji:

Czy w Twoim procesie pomagania istnieje przestrzeń na uznanie i celebrowanie tych cech jako zasobów?

Czy są momenty, kiedy Twoja pomoc - może nieświadomie - zmierza przede wszystkim do tego, by klient lepiej funkcjonował w wymaganiach systemu edukacyjnego, zawodowego i społecznego, nawet jeśli odbywa się to kosztem jego autentycznego dobrostanu?

Ćwiczenie: Neurotypowe spojrzenie

To ćwiczenie to trening uważności na własne, automatyczne procesy diagnostyczne. „Neurotypowe spojrzenie” to filtr, który każde zachowanie odbiegające od normy interpretuje jako deficyt, opór lub patologię. Twoim zadaniem jest zdjęcie tych okularów.

Przypomnij sobie sytuację z gabinetu, w której klient wywołał w Tobie złość, bezradność lub poczucie dyskomfortu (*Może unikał kontaktu wzrokowego, odpowiadał półsłówkami, spóźniał się, mówił chaotycznie, długo milczał lub wydawał się „mało zaangażowany”?*)

Zapisz swoją pierwszą, „surową” interpretację tej sytuacji.

Nie cenzuruj się. (*„On/a stawia opór”, „Nie ma kontaktu z własnymi emocjami”, Brak mu/jej motywacji do zmiany”, To zachowanie pasywno-agresywne”, „Nie szanuje moich granic/czasu”*)

Zatrzymaj się. Czy Twoja powyższa notatka opisuje fakt, czy jest neurotypową nadinterpretacją zachowania?

Fakt: Klient milczał przez 10 minut. **Interpretacja:** Klient jest oporowy i odcina się od relacji.

Spróbuj stworzyć 3 alternatywne wyjaśnienia tego zachowania, biorąc pod uwagę odmienny neurotyp:

1. **Perspektywa sensoryczna:** (*np. „Klient milczy, bo szum klimatyzacji utrudnia mu sformułowanie myśli”*).
2. **Perspektywa funkcji wykonawczych:** (*np. „Klient potrzebuje więcej czasu na zebranie myśli i zorganizowanie wypowiedzi; trudność leży w inicjowaniu reakcji, nie w oporze.”*).
3. **Perspektywa komunikacyjna:** (*np. „Brak kontaktu wzrokowego to nie unikanie relacji, ale sposób na lepsze skupienie się na moich słowach”*).

Ćwiczenie: Neurotypowe spojrzenie

Zidentyfikuj, które zachowania klientów najmocniej uderzają w **Twoje poczucie profesjonalizmu**. Zaznacz te, które „uruchamiają” w Tobie największy dyskomfort:

- Impulsywność i przerywanie
- Literalność (łapanie za słówka, dopytywanie o szczegóły)
- Brak struktury/chaos w wypowiedziach
- Wycofanie/chłód emocjonalny (według Twojej definicji)
- Silna potrzeba kontroli przebiegu sesji

Przyjrzyj się wybranym punktom i odpowiedz:

Czy Twój dyskomfort wynika z realnego zagrożenia procesu? Czy to zachowanie naprawdę uniemożliwia proces terapeutyczny, czy raczej narusza Twoje poczucie porządku, przewidywalności i „profesjonalnego komfortu”?

Która z Twoich „świętych zasad” terapeutycznych (np. punktualność, brak jedzenia na sesji, stałość ramy) jest najbardziej testowana przez neuro różnorodnych klientów? Dlaczego tak bardzo jej potrzebujesz?

Kto w tej relacji czuje się w tej chwili bardziej bezpiecznie - Ty, trzymając się swoich ram, czy klient, który być może właśnie testuje, czy w tym gabinecie jest miejsce na jego autentyczność?

Czy moje cele terapeutyczne dla klientów (np. „zwiększenie asertywności w grupie”, „lepsza organizacja czasu”) nie są w rzeczywistości próbą zmuszenia go do maskowania swoich cech, by lepiej pasował do neurotypowego społeczeństwa?

Granice podejścia afirmującego

Jeśli pracujesz w modelu afirmującym neuro różnorodność, możesz odczuwać silną presję, by usuwać wszelkie bariery, które klient napotyka w procesie współpracy. Intencją jest stworzenie bezpiecznej, dostępnej i nieoceniającej przestrzeni, jednak właśnie w tym miejscu pojawia się **ryzyko nadmiernej adaptacji (over-accommodation)**. W kontekście klinicznym akomodacja opisuje modyfikację zachowań otoczenia społecznego (rodziców, partnerów czy terapeutów) w celu zmniejszenia dystresu osoby neuro różnorodnej wynikającego z jego trudności. Choć motywowana jest empatią i chęcią pomocy, w przypadku - często współwystępujących - zaburzeń lękowych i OCD staje się mechanizmem podtrzymującym trudności, pogarsza funkcjonowanie, a także obniża poczucie własnej skuteczności.

Nadmierna adaptacja może ujawniać się w bardzo subtelny sposób, na przykład jako: rezygnowanie z zadań między sesjami z obawy, że wywołają one przeciążenie lub meltdown u klienta, unikanie rozmów o odpowiedzialności za zachowania raniące innych, gdy są one automatycznie wyjaśniane wyłącznie przez pryzmat dysregulacji układu nerwowego, przejmowanie przez osobę pomagającą funkcji wykonawczych klienta, takich jak ciągłe przypominanie o terminach, organizowanie codziennych spraw czy zarządzanie planem działania.

W krótkim okresie może to obniżać napięcie, ale długoterminowo utrwała zależność i osłabia rozwijanie własnych strategii radzenia sobie.

.Z perspektywy pomocowej kluczowe jest pytanie: **czy moje „odpuszczanie” chroni klienta przed autentycznym przebodźcowaniem, czy chroni mnie przed dyskomfortem związanym z jego lękiem lub złością?**

Adaptacja środowiskowa vs ekspozycja

Przeczytaj każde pytanie diagnostyczne w pierwszej kolumnie i zastanów się, która odpowiedź lepiej opisuje sytuację Twojego klienta. **Jeśli trudność wynika z realnego przeciążenia układu nerwowego, bólu sensorycznego lub braku podstawowych zasobów do regulacji, bardziej adekwatna będzie adaptacja środowiska.** Jeśli natomiast unikanie przynosi jedynie chwilową ulgę, ale długofalowo wzmacnia lęk, ogranicza samodzielność i zawęża przestrzeń życiową klienta, warto rozważyć stopniową ekspozycję. Tabela nie służy do szybkiego klasyfikowania, lecz do refleksji nad tym, jaką funkcję realnie pełni Twoje wsparcie.

Pytanie diagnostyczne	Zalecenie: Adaptacja	Zalecenie: Ekspozycja
Czy bodziec powoduje ból sensoryczny?	Tak (np. ból fizyczny wywołany hałasem).	Nie, powoduje jedynie lęk lub dyskomfort.
Jaki jest skutek unikania?	Stabilizacja układu nerwowego.	Krótkoterminowa ulga podtrzymująca lęk.
Jaki jest długofalowy efekt wsparcia?	Zwiększenie dostępu do aktywności życiowych.	Dalsze zawężanie przestrzeni życiowej.
Jakie są zasoby klienta?	Brak biologicznych mechanizmów regulacji.	Posiada umiejętności, ale brakuje mu wiary w nie.

Masz prawo czuć

To, co być może udało Ci się zaobserwować w powyższych ćwiczeniach - Twoje wartości, reakcje na chaos czy wysoką potrzebę klienta - są ważnymi sygnałami układu nerwowego. Konfrontacja z własnymi „świętymi zasadami” i uświadomienie sobie, że czasem to my, osoby pomagające, wymuszamy na klientach maskowanie, by zachować własny komfort, bywa trudne. Pamiętaj: **samoświadomość nie ma wzbudzić w Tobie poczucia winy**. Jest jednak ważna, aby zrozumieć drugą stronę medalu: dlaczego praca z neuro różnorodnością bywa tak obciążająca dla samego specjalisty?

Praca z osobami neurotypowymi i neuroatypowymi różni się dynamiką energetyczną. **Specjaliści zajmujący się ADHD czy spektrum autyzmu są w grupie wysokiego ryzyka wypalenia zawodowego**, które objawia się nie tylko zmęczeniem, ale głębokim wyczerpaniem emocjonalnym i poczuciem spadku własnej skuteczności. Twój klient często przynosi do gabinetu historię „traumatycznego unieważnienia” - lat odrzucenia, wyśmiewania i zmuszania do bycia kimś innym przez neurotypowy świat. Jako osoba pomagająca - współodczuwając to unieważnienie i pomagając w procesie jego przetwarzania - wystawiasz się na wysokie ryzyko wtórnego stresu pourazowego. Badania nad terapeutami pracującymi z osobami z ASD pokazują, że w obliczu trudnych zachowań klientów (wynikających np. z lęku, przebodźcowania czy braku umiejętności komunikacyjnych), **terapeuci często tłumią własne emocje: lęk, irytację, bezradność czy zagubienie**.

Remedium na ryzyko wypalenia w pracy z osobami neuro różnorodnymi

W pracy pomocowej **samotność osoby wspierającej jest największym wrogiem**. Złożoność wyzwań w pracy w obszarze neuro różnorodności - od barier komunikacyjnych po trudności z regulacją emocji - sprawia, że warto korzystać z **perspektywy innych specjalistów**. Interdyscyplinarna interwizja, współpraca z psychiatrami, pedagogami, logopedami, neurologopedami czy terapeutami zajęciowymi, pozwala nie tylko poszerzyć rozumienie sytuacji klienta, ale także „wpuścić trochę powietrza” i zdjąć z siebie nadmierne poczucie odpowiedzialności.

Równie ważne jest przyjęcie, że w **nauka właściwie nigdy się nie kończy**. Nawet specjaliści z wieloletnią praktyką mogą i powinni aktualizować swoją wiedzę dotyczącą autyzmu, ADHD, AuDHD oraz innych form neuroodmienności. **Im więcej rozumiemy, tym mniejsze ryzyko, że nieświadomie wyrządzimy krzywdę poprzez niezrozumienie, umniejszanie trudności, błędną interpretację zachowań czy wzmocnianie poczucia „bycia nie takim”**.

Sz szczególnie cenne jest korzystanie z wiedzy płynącej bezpośrednio ze społeczności osób neuro różnorodnych - ich narracji, doświadczeń i perspektyw. To właśnie tam często znajdują się niuanse, których nie oddają nawet najlepsze podręczniki.

W kolejnym module przygotowaliśmy kilka praktycznych wskazówek, koncentrując się głównie na autyzmie i ADHD, ponieważ są to obszary najczęściej pojawiające się w codziennej pracy specjalistów pomagających. Nie są to jednak uniwersalne recepty ani substytut profesjonalnych szkoleń, superwizji czy pogłębionej edukacji.

ADHD i autyzm - praktyczne implikacje

Spektrum autyzmu: trudności komunikacyjne

Podstawowym kryterium diagnostycznym autyzmu są **różnice w komunikacji społecznej**. Chociaż nie ma dwóch takich samych osób z ASD, wiele z nich wykazuje specyficzne preferencje dotyczące formy i struktury kontaktu. Współczesne podejście terapeutyczne i wspierające odchodzi od prób nauczania osób w spektrum „zachowań typowych” na rzecz zrozumienia i adaptacji do autystycznego stylu komunikacji. Co to właściwie oznacza i o co warto zadbać?

1. **Jasność intencji i celu:** Nie należy polegać na mowie ciała, tonie głosu czy mimice jako głównych nośnikach informacji. Komunikaty powinny być bezpośrednie, a cel rozmowy (np. prośba o opinię, wykonanie konkretnego zadania) jasno określony.
2. **Wybór kanału komunikacji:** Należy zaoferować alternatywne formy kontaktu, takie jak e-mail, SMS, wideokonferencja czy telefon. Forma pisemna często pozwala na lepsze przetworzenie informacji i sformułowanie odpowiedzi bez presji czasu.
3. **Pominięcie „small talku”:** W praktyce warto jawnie kontraktować sposób rozpoczęcia (np. „Wolisz zacząć od razu od tematu czy potrzebujesz chwili na wejście?”), oferować krótką strukturę zamiast luźnej rozmowy oraz normalizować brak small talku jako równoważną formę rozpoczęcia kontaktu.

Relacja profesjonalna powinna opierać się na **modelowaniu pełnej szacunku komunikacji**. Jeśli obie strony rozumieją zasady bezpieczeństwa w relacji, współpraca staje się skuteczniejsza.

Zamknięcie autystyczne (shutdown): mechanizmy i wsparcie

W pracy z osobami w spektrum autyzmu ważne jest zrozumienie, że nie wszystkie trudne sytuacje objawiają się poprzez głośną reakcję.

Zamknięcie to stan, w którym **układ nerwowy** osoby autystycznej, w obliczu nadmiaru bodźców lub emocji, **przechodzi w tryb oszczędzania energii i wycofania**. W przeciwieństwie do dysocjacji, która jest mechanizmem psychologicznym, shutdown jest głęboko osadzony w fizjologii przetwarzania sensorycznego i społecznego. Objawy są często subtelne i pasywne:

- **Brak reaktywności:** Osoba może sprawiać wrażenie, że „nie słyszy” lub ignoruje polecenia, podczas gdy w rzeczywistości jej mózg przestał przetwarzać sygnały werbalne.
- **Wycofanie fizyczne i sensoryczne:** Szukanie ciemnych miejsc, kulenie się, zakrywanie uszu lub oczu.
- **Utrata mowy (mutyzm sytuacyjny):** Całkowite zaprzestanie mówienia lub przejście na komunikację minimalną (np. potakiwanie, pojedyncze słowa).
- **Spowolnienie procesów poznawczych:** Trudność w wykonaniu najprostszych instrukcji, które wcześniej nie sprawiały problemu.
- **Sygnały z ciała:** Sztywnienie mięśni, drżenie, brak kontaktu wzrokowego, „pusty” wzrok.

Jak reagować?

Zamknięcie autystyczne (shutdown): mechanizmy i wsparcie

Gdy zauważysz, że Twój klient wchodzi w stan zamknięcia, najważniejszym zadaniem **nie jest** „przywrócenie go do rzeczywistości”, lecz zapewnienie mu bezpieczeństwa podczas regeneracji.

Rekomendowane działania:

- **Zredukuj wymagania:** Przestań zadawać pytania i prosić o decyzje. Każde dodatkowe pytanie jest w tym momencie kolejnym bodźcem do przetworzenia.
- **Stwórz „bezpieczną przystań”:** Jeśli to możliwe, przygaś światło, wycisz dźwięki lub pozwól osobie wyjść do innego pomieszczenia.
- **Komunikuj łagodnie i rzadko:** Używaj krótkich, uspokajających komunikatów (np. "W porządku, nie musisz teraz odpowiadać. Zrobimy przerwę").
- **Zapewnij czas:** Wyjście z shutdownu może trwać od kilku minut do kilku godzin (a w przypadku wypalenia - znacznie dłużej). Nie pośpieszaj powrotu do przerwanej aktywności.
- **Szanuj granice cielesne:** Zanim zaoferujesz dotyk (np. rękę na ramieniu), upewnij się, że nie pogorszy to stanu osoby. Dla wielu w stanie shutdownu dotyk jest bolesnym bodźcem sensorycznym.

Ważne: Warto zapytać klienta (w momencie, gdy czuje się dobrze):

"Co zazwyczaj pomaga Ci, gdy czujesz się przytłoczony? Czy chciałbyś, abym w takiej sytuacji przerwał rozmowę, czy raczej pozostał w ciszy obok Ciebie?"

Spektrum autyzmu: przewidywalność i wsparcie wizualne

Lęk przed nieznanym jest częstym wyzwaniem w spektrum autyzmu. Przygotowanie klienta do pierwszej konsultacji można ułatwić poprzez:

1. **Udostępnienie materiałów wizualnych:** Zdjęcia osoby wspierającej, gabinetu, mapy dojazdu i parkingów zmniejszają stres związany z nową sytuacją.
2. **Pomocnicze systemy komunikacji:** Stosowanie harmonogramów obrazkowych, tabletów czy systemów wymiany zdjęć jest wyrazem akceptacji dla różnorodnych potrzeb i ułatwia porozumienie.

Równie ważne jest stworzenie klientowi możliwości współdecydowania o warunkach kontaktu. Zadawanie prostych, konkretnych pytań nie tylko zwiększa komfort, ale także wzmacnia poczucie sprawczości.

Pytania wspierające autonomię klienta:

- „Czy w tym otoczeniu jest coś (światło, dźwięk), co mogę zmienić, abyś czuł się bardziej komfortowo?”
- „Jak wolisz, żebyśmy siedzieli? Naprzeciwko siebie czy obok siebie przy stole?”
- „Jaki poziom natężenia głosu jest dla Ciebie odpowiedni?”
- „Czy akceptujesz kontakt fizyczny (np. uścisk dłoni), czy wolisz go unikać?”

Ważne: Nie każda osoba w spektrum potrafi od razu nazwać swoje preferencje. Kluczowa jest uważna obserwacja reakcji klienta i proaktywne usuwanie barier sensorycznych

ADHD - wprowadzenie

Dane pokazują wyraźny wzrost liczby osób objętych diagnozą i leczeniem ADHD. W 2010 roku zarejestrowano 32 035 pacjentów, natomiast w 2024 roku liczba ta wzrosła do 64 090 osób, co oznacza wzrost o 100,1% w ciągu 15 lat. Oznacza to, że **niezależnie od tego, czy pracujesz w gabinecie psychologicznym, placówce edukacyjnej, systemie pomocy społecznej, organizacji pozarządowej czy środowisku klinicznym, prędzej czy później spotkasz osobę funkcjonującą z ADHD.** Z tego powodu podstawowe rozumienie mechanizmów ADHD staje się ważnym elementem kompetencji każdej osoby wspierającej innych.

Przez wiele lat **zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)** był postrzegany przede wszystkim jako problem wychowawczy lub behawioralny. Trudności z koncentracją, impulsywność czy dezorganizację interpretowano jako efekt braku dyscypliny, niekonsekwentnego wychowania lub „lenistwa”. Współczesna wiedza naukowa pokazuje jednak znacznie bardziej złożony obraz: **ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, którego podłoże wiąże się z odmiennym funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego.** Istotną rolę odgrywają tutaj zaburzenia równowagi w układach neuroprzekaźników, przede wszystkim dopaminy oraz noradrenaliny oraz różnice w funkcjonowaniu struktur mózgowych. **Wiedza o tym, jak ADHD wpływa na mózg, ma znaczenie zarówno dla osób pomagających, jak i klientów.** Umożliwia trafniejsze strategie wsparcia, a jednocześnie zmniejsza poczucie winy i chaosu po stronie klienta. Pomocnym narzędziem porządkującym to doświadczenie może być prosta karta pracy oparta na metaforze „wierzchołka góry lodowej”

Karta pracy: Moja góra lodowa

INSTRUKCJA: Nad powierzchnią wody napisz to, co nni najczęściej widzą w Twoim funkcjonowaniu (np. chaos, odkładanie, spóźnienia, zapominanie). Pod powierzchnią wody wpisz to, czego inni zwykle nie widzą, ale co naprawdę stoi za tymi zachowaniami. (np. zmęczenie, napięcie, przebodźcowanie, lęk przed porażką).



The diagram consists of a blue iceberg shape on the right side of the page. A horizontal black line divides the iceberg into two parts. The top part is labeled 'TO, CO WIDAĆ' and the bottom part is labeled 'TO, CZEGO NIE WIDAĆ'. To the left of the iceberg, there are two sets of horizontal lines for writing. The top set has five lines, and the bottom set has five lines.

TO, CO WIDAĆ

TO, CZEGO NIE WIDAĆ

Na końcu zastanów się:

- Co najczęściej jest błędnie oceniane przez innych?
- Czego najbardziej potrzebujesz od otoczenia: zrozumienia, struktury, cierpliwości, wsparcia?
- Jak możesz łagodniej patrzeć na siebie, widząc całą swoją „góre lodową”, a nie tylko jej wierzchołek?

ADHD - funkcje wykonawcze i eksternalizacja wsparcia

Kora przedczołowa jest niezbędna dla podejmowania decyzji i kontrolowania impulsów. **W ADHD obszar ten jest często mniejszy lub mniej aktywny.** Badania pokazują, że może to utrudniać planowanie, organizowanie zadań, kontrolowanie impulsów i zarządzanie czasem. Krótko mówiąc: **ADHD jest wyzwaniem dla funkcji wykonawczych.** Dlatego, zamiast „narzucać” klientowi standardowe metody pracy, Twoją rolą jest wspólne projektowanie przepływów działania (workflows) zgodnych z naturalnym funkcjonowaniem jego mózgu. Dla przykładu:

- **Wizualizuj informację:** Wszystko, co ważne, powinno być zapisane lub narysowane. Unikaj poleceń wieloetapowych przekazywanych wyłącznie ustnie.
- **Dokonuj walidacji wysiłku:** Uznaj, że zadania, które dla osób neurotypowych są „proste” (np. opłacenie rachunków), dla klienta z ADHD mogą wymagać ogromnego nakładu energii poznawczej.
- **Wykorzystaj podejście eksperymentalne:** Zachęcaj klienta do testowania różnych narzędzi (aplikacje, timery, mapy myśli) i sprawdzania, co realnie redukuje jego lęk i opór.

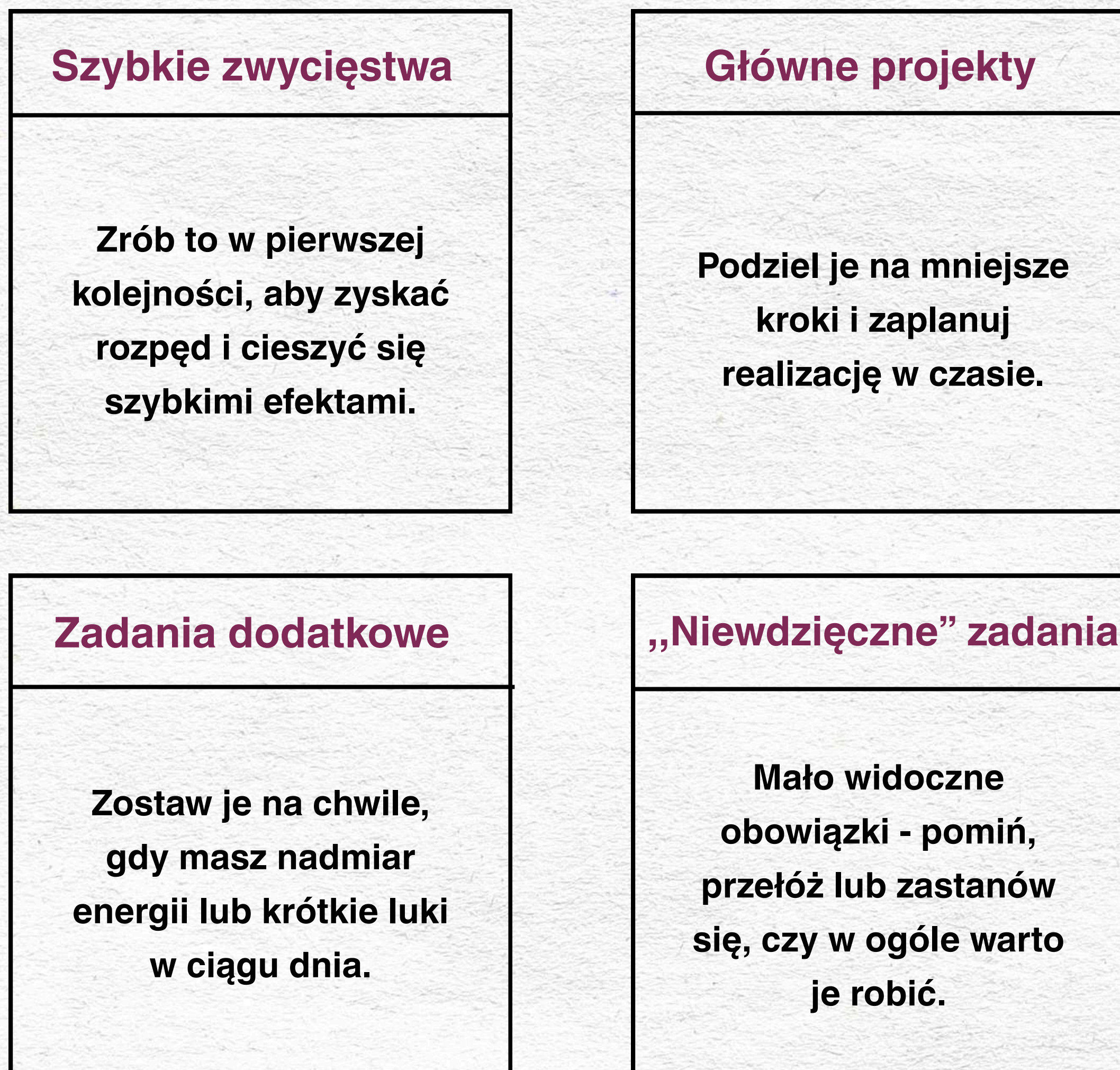
Proces wsparcia musi wykraczać poza sam „wgląd” psychologiczny oraz koncentrować się na budowaniu praktycznego rusztowania (tzw. scaffolding). Na kolejnej stronie umieściliśmy kartę pracy, która może być użyteczna dla Twojego klienta z ADHD.

Karta pracy: Macierz priorytetów

Instrukcja: Użyj tej macierzy, aby zdecydować, na czym warto skupić swoją energię. Przypisz swoje zadania do jednej z czterech kategorii powyżej.

WYSOKI

WPŁYW



NISKI

WYSOKI

WYSIŁEK

Legenda osi:

WPŁYW (Pionowo): Jak bardzo to zadanie przybliży Cię do celu?

WYSIŁEK (Poziomo): Ile czasu i energii musisz w to włożyć?

ADHD - ekstremalna wrażliwość na odrzucenie (RSD) a relacja terapeutyczna

Termin „**dysforia wrażliwa na odrzucenie**” odnosi się do nagłej, intensywnej i często przytłaczającej reakcji emocjonalnej na rzeczywiste lub wyobrażone odrzucenie, krytykę, porażkę, czy też utratę aprobaty ze strony innych. W obserwacjach klinicznych dr. Williama Dodsona, psychiatry specjalizującego się w ADHD, zjawisko to występowało u niemal wszystkich dorosłych pacjentów. **Twoja drobna uwaga, zmiana tonu głosu lub terminu spotkania mogą zostać przeżyte jako silny ból emocjonalny, często porównywany przez pacjentów do bólu fizycznego.** Przyczyn RSD należy upatrywać w specyficznym sposobie funkcjonowania układu nerwowego, odpowiedzialnego za regulację emocji, interpretację sygnałów społecznych i przetwarzanie informacji zwrotnych osoby z ADHD.

Szczególne znaczenie ma tutaj **ciało migdałowe**, czyli struktura odpowiadająca za wykrywanie zagrożenia i uruchamianie reakcji alarmowej. U osób z ADHD reaguje ono znacznie intensywniej na wszelkie sygnały mogące sugerować dezaprobatę, odrzucenie lub utratę akceptacji. Jednocześnie **kora przedczołowa**, odpowiedzialna za tzw. regulację odgórną emocji, czyli zatrzymanie impulsu, reinterpretację sytuacji i przywracanie równowagi, pozostaje mniej aktywna. Oznacza to, że **emocja pojawia się szybciej niż refleksja.**

ADHD - ekstremalna wrażliwość na odrzucenie (RSD) a relacja terapeutyczna

Badacze podkreślają również wagę neuroprzekaźników w kształtowaniu tej szczególnej podatności. Dopamina odpowiada za „wartościowanie” bodźców, czyli nadawanie im znaczenia emocjonalnego i motywacyjnego. W ADHD proces ten bywa zaburzony: **pozytywne informacje zwrotne są często zapamiętywane słabiej**. Noradrenalina natomiast pośredniczy w reakcji fizjologicznej typu „walcz lub uciekaj”, wzmacniając pobudzenie autonomiczne i przygotowując organizm do natychmiastowej reakcji - doświadczenie odrzucenia (realnego lub wyobrażonego) jest reakcją neurofizjologiczną.

Relacja terapeutyczna bywa dla osoby z RSD środowiskiem wysokiego ryzyka. Ty, jako osoba pomagająca, łatwo stajesz się obiektem projekcji oraz nośnikiem wcześniejszych doświadczeń odrzucenia. **Nawet subtelne sygnały - cisza, neutralna mimika, brak natychmiastowej reakcji - mogą zostać zinterpretowane jako znudzenie, irytacja lub ukryta krytyka**. To, co w pracy z pacjentem neurotypowym mogłoby pełnić funkcję przestrzeni refleksji, tutaj może uruchamiać reakcję alarmową.

Dlatego **skuteczna praca z osobą doświadczającą RSD wymaga świadomej modyfikacji stylu komunikacji**. To mogą być: częstsza werbalizację sojuszu terapeutycznego, redukcja niejednoznaczności, wyjaśnianie przeprowadzonych interwencji.

Podsumowanie

Omówione powyżej aspekty funkcjonowania w spektrum autyzmu oraz ADHD **nie są wyczerpującym opisem tych stanów**, lecz służą jako ilustracja praktycznego zastosowania modelu afirmującego w codziennej pracy klinicznej. Wybraliśmy te obszary, ponieważ najczęściej stają się one punktem styku w relacji pomocowej.

Kluczowym wnioskiem z tej części nie powinno być jedynie przyswojenie technik wsparcia, ale głębokie zrozumienie, że:

- Każde zachowanie, które w modelu medycznym uznano by za „objaw”, w modelu afirmującym jest traktowane jako ważny komunikat o potrzebach sensorycznych, poznawczych lub emocjonalnych klienta.
- Nasza rola polega na wspólnym projektowaniu zewnętrznego rusztowania (scaffoldingu), które wspiera funkcje wykonawcze klienta, zamiast wymuszać na nim energochłonne maskowanie cech neuroatypowych.
- Praca z osobami z ADHD i ze spektrum autyzmu to przede wszystkim trening naszej własnej elastyczności i gotowości do rezygnacji z „jedynie słusznych” ram terapeutycznych na rzecz autentycznego dostrojenia się do drugiego człowieka.



Gabinet i środowisko pracy

Gabinet przyjazny sensorycznie

Gabinet terapeutyczny **nie stanowi środowiska neutralnego** dla klientów. **Przestrzeń, w której odbywają się sesje, może przyczyniać się do przeciążenia sensorycznego albo wspierać regulację osób neuroróżnorodnych.**

Warto mieć na uwadze, że klienci mogą mieć **różnorodne potrzeby, nieraz stojące w opozycji**. Nie oznacza to, że twoja przestrzeń pracy wyklucza przyjmowanie niektórych osób. Otoczenie można w łatwy sposób dostosowywać np. za pomocą regulowanego oświetlenia, rolet ograniczających światło z zewnątrz, czy też poprzez wykorzystanie narzędzi. Wiele z nich to przedmioty znane ci z życia codziennego, więc są łatwo dostępne, przykładowo:

- zabawki sensoryczne,
- słuchawki z redukcją szumów, zatyczki do uszu, aplikacje generujące biały szum,
- aplikacje przyciemniające ekrany,
- koce obciążeniowe,
- piłka do jogi (może służyć zamiast krzesła).

Kluczowa jest akceptacja i otwartość na testowanie nowych rozwiązań wraz z klientem. **To osoba neuroróżnorodna wyznacza sposób, w jaki będzie się regulować, ale ty możesz dać jej szeroki wachlarz opcji do sprawdzenia.** W ten sposób umożliwisz klientowi **pozostanie w stanie zaangażowania**, zamiast wprowadzać jego umysł w obronną reakcję spowodowaną dysregulacją.

Ćwiczenie - audyt gabinetu

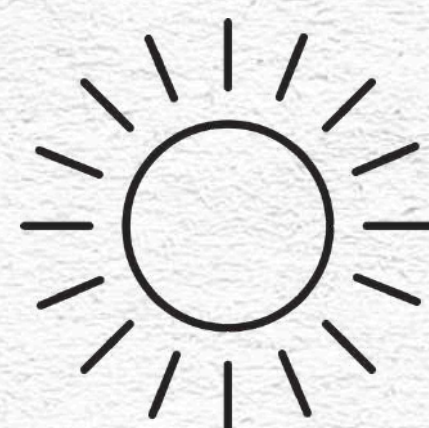
dobra akustyka



dobra jakość powietrza



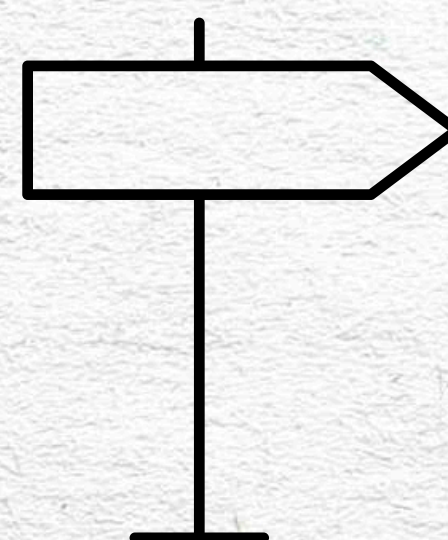
ochrona przed ostrym światłem słonecznym



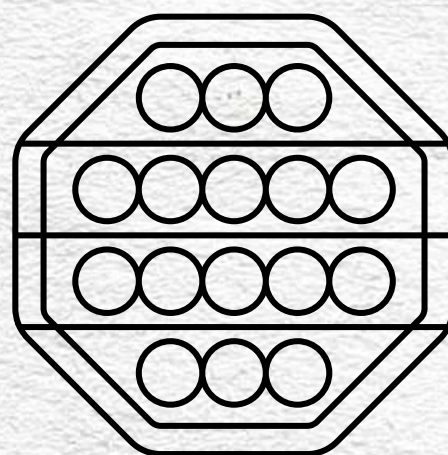
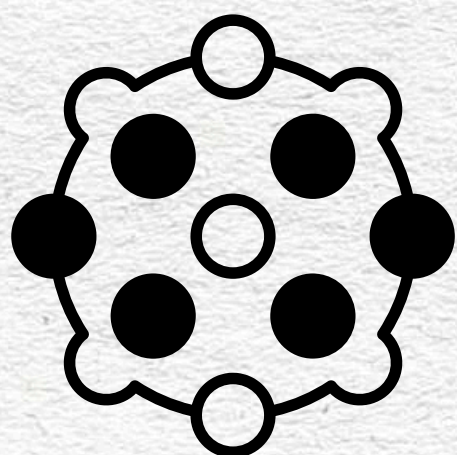
łagodna kolorystyka

brak dodatkowych obciążeń dla układu nerwowego, takich jak zbyt wiele mebli czy dekoracji

czytelny układ funkcjonalny (włącznie z dotarciem do gabinetu)



elementy wyposażenia: zabawki sensoryczne i inne narzędzia wspomagające regulację sensoryczną, np. wygłuszające słuchawki



Telemedycyna, czas sesji i obciążenie sensoryczne

Praca z klientami neuroróżnorodnymi może wymusić na tobie pewną **elastyczność administracyjną**. Typowe zasady dotyczące odwoływania wizyt czy punktualności mogą okazać się **zbyt karzące** dla tej grupy odbiorców. Afirmując neuroróżnorodność, postaraj się znaleźć balans między granicami ustalonymi w kontrakcie a zrozumieniem specyfiki trudności klienta. Pamiętaj, że drobne adaptacje pozwolą na utrzymanie stałości przymierza terapeutycznego i nie świadczą one o niekonsekwentnym podejściu do ustaleń.

Sposobem wartym wypróbowania jest stosowanie **automatycznych przypomnień** o terminach wizyt oraz **jasnych, pisemnych instrukcji**, chroniącymi przed nieporozumieniami. Możesz również zaoferować klientom zmianę wizyty stacjonarnej na **telemedycynę** (sesja telefoniczna lub online), by zaopiekować trudności sensoryczne i te związane z transportem.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) zaleca dostosowanie również **czasu trwania** interwencji. Tradycyjna długość sesji może wpływać na **większe obciążenie sensoryczne**. Dla osoby neuroróżnorodnej spotkanie wiąże się z monitorowaniem mimiki, ćwiczeniem świadomości ciała, znoszeniem ciszy i bezpośrednich pytań – wszystko to składa się na ryzyko przestymulowania układu nerwowego. Możesz wziąć to pod uwagę przy ustalaniu formy pracy z klientem i przykładowo, zgodzić się na nieco krótsze sesje.

Podsumowanie

Przejście od tradycyjnego paradygmatu „deficytów” do modelu afirmującego neuroróżnorodność to proces, który nie kończy się na lekturze tego zeszytu. **Jest to droga wymagająca od nas - osób pomagających - nieustannej uważności na to, co wnosimy do gabinetu: naszych uprzedzeń, przyzwyczajzeń i nieuświadomionego „neurotypowego spojrzenia”.** Warto jednak pamiętać, że podejście afirmujące neuroróżnorodność ma charakter uniwersalny. Najlepszym przykładem jest gabinet przyjazny sensorycznie. Choć projektujemy go z myślą o przebudźcowaniu u osób z ADHD czy autyzmem, w rzeczywistości tworzymy bezpieczną przystań dla znacznie szerszej grupy osób. Klient cierpiący na napad migreny, osoba w silnym stresie pourazowym - każdy z nich odczuje ulgę w przestrzeni, która szanuje potrzeby układu nerwowego poprzez regulowane oświetlenie, ciszę i brak chaosu wizualnego.

Nadrzędnym celem tej publikacji było zaproszenie Cię do głębokiej autorefleksji. Wierzmy, że najbardziej użytecznym narzędziem psychologa nie jest zestaw gotowych procedur, lecz postawa oparta na afirmacji tożsamości klienta i szacunku dla jego unikalnej drogi rozwojowej. Prawdziwa pomoc zaczyna się tam, gdzie przestajemy oceniać różnice, a zaczynamy budować bezpieczną przestrzeń, w której każdy neurotyp może czuć się u siebie. Neuroróżnorodność uczy nas, że nie ma jednego „poprawnego” sposobu doświadczania świata. **Dziękujemy za Twoją gotowość do patrzenia w „lustro neuronormatywności” i życzymy odwagi w budowaniu świata, w którym każda tożsamość neurologiczna jest nie tylko akceptowana, ale w pełni afirmowana.**



Bibliografia

1. Bielak-Zasadzka, M., & Pachnik, A. (2024). Kreowanie przestrzeni dedykowanej osobom dorosłym z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. *Builder*, 1(318).
2. Cox, C. (2022). Experiences of Rejection Sensitive Dysphoria in Women with Late Diagnosed ADHD. University of Hertfordshire. Pobrano z: <https://uhra.herts.ac.uk/id/eprint/26741/1/20001009%20COX%20Charlotte%20Final%20Version%20of%20DClinPsy%20Submission.pdf>
3. Galileo Medical. Statystyki ADHD w Polsce. Pobrano z: <https://galileomedical.pl/zdrowie-psychiczne/statystyki-adhd-w-polsce/>
4. Hiltz, C. (2023). Trauma therapy for autistic adults: What needs to change for treatment to actually fit. Science Works Health.
5. Koziara, A., Mendyka, O., Błażej, M. (2025). Zachowania trudne osób z ASD w percepcji terapeutów. *Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej*, 18, 152–166.
6. Liv Hospital. (b.d.). How does ADHD affect the brain? Neurotransmitters and brain structure explained. Pobrano z: <https://int.livhospital.com/how-does-adhd-affect-the-brain-neurotransmitters-and-brain-structure-explained/>
7. Mendes, E. (2026). The ADHD brain: What you need to know. Attention Deficit Disorder Association (ADDA)
8. Reframing Autism. (2022). A professional's guide to supporting autistic clients and patients.
9. Relational Psych. The Double Empathy Problem: Why Miscommunication Between Autistics and Neurotypicals Happens. <https://www.relationalpsych.group/articles/the-double-empathy-problem-why-miscommunication-between-autistics-and-neurotypicals-happens>
10. Saba, R. (b.d.). Autistic shutdown vs dissociation. Little Rays ABA. <https://www.littleraysaba.com/blog/autistic-shutdown-vs-dissociation>
11. Sachs Center. (b.d.). Neurodiversity-affirming therapy. <https://sachscenter.com/neurodiversity-affirming-therapy/>
12. Sibe, M. (2023). Navigating autistic shutdown and burnout through a neurodiversity-affirming approach. *Autism Spectrum News*
13. Zacharias, D. G. (2025). ADHD Executive Dysfunction 101: A Practical Guide. *Existential Psychiatry*. <https://existentialpsychiatry.com/adhd-executive-dysfunction/>