



Mindset

Fundacja na rzecz psychoedukacji
i neuroróżnorodności



ADHD i spektrum autyzmu u dzieci – co działa, a co nie działa?

Przewodnik po terapiach oparty na dowodach naukowych

DLA RODZICÓW, OPIEKUNÓW I SPECJALISTÓW

BEZPŁATNY

Które terapie mają potwierdzoną skuteczność, które jej nie mają, a które szkodzą — i jak samodzielnie ocenić każdą kolejną ofertę, na którą traficie.

W ŚRODKU

- ✓ Przegląd terapii ADHD i ASD — od farmakoterapii po metody szkodliwe
- ✓ Lista sygnałów ostrzegawczych i 10 pytań do terapeuty
- ✓ Mini-kurs czytania badań: jak sprawdzić metodę samodzielnie
- ✓ Ścieżka rodzica krok po kroku w polskich realiach

Spis treści

- 1 Jak korzystać z tego przewodnika
 - 2 Nasze założenia: neuroróżnorodność i odmienności jako spektrum
 - 3 Mini-kurs czytania dowodów — czego nie mówi ulotka ani strona gabinetu
 - 4 ADHD — zanim wybierzesz terapię
 - 5 ADHD — co działa: farmakoterapia
 - 6 ADHD — co działa: interwencje psychospołeczne i behawioralne
 - 7 ADHD — styl życia i wsparcie o umiarkowanych dowodach
 - 8 ADHD — metody o niepotwierdzonej skuteczności
 - 9 Spektrum autyzmu — zanim wybierzesz terapię
 - 10 ASD — co mówią najlepsze dostępne dowody
 - 11 ASD — metody o niepotwierdzonej skuteczności
 - 12 Terapie o udokumentowanej szkodliwości
 - 13 Jak rozpoznać pseudoterapię — checklista i 10 pytań do terapeuty
 - 14 Fałszywi eksperci w epoce sztucznej inteligencji
 - 15 Ścieżka rodzica krok po kroku — realia polskie
 - 16 Osoby pomijane: dziewczęta, nastolatki, dorośli, AuDHD
 - 17 Słowniczek i bibliografia
 - 18 Wesprzyj nasze działania
-

1. Jak korzystać z tego przewodnika

Wyobraź sobie dwie strony gabinetów. Na obu ładne zdjęcia i referencje zadowolonych rodziców. Na obu słowo „terapia” w nazwie.

Za pierwszą stoi kilkadziesiąt badań z randomizacją. Za drugą — pomysł jednej osoby, oparty na jej własnym doświadczeniu. Czy potrafisz je rozróżnić? Gołym okiem zwykle nie sposób. I właśnie o tym jest ten poradnik.

Nie znajdziesz tu katalogu metod dobrych i złych. Opisujemy **siłę dowodów** stojącą za poszczególnymi oddziaływaniami i mówimy wprost, gdzie tych dowodów brakuje. Także wtedy, gdy metoda jest popularna i szeroko polecana.

1.1 Kto przygotował ten przewodnik

Opracowanie powstało w ramach działalności Fundacji na rzecz Psychoedukacji i Neuroróżnorodności Mindset, pod redakcją Anny Karcz-Czajkowskiej.

1.2 Jawność metody: jak korzystaliśmy z narzędzi AI

Poradnik, którego jeden z rozdziałów opisuje wykorzystanie sztucznej inteligencji do produkcji pozornej wiarygodności (rozd. 14), byłby niewiarygodny, gdyby milczał o własnym warsztacie. Dlatego mówimy wprost:

Na etapie researchu i redakcji korzystaliśmy z dużych modeli językowych (LLM). Wyłącznie jako z narzędzia technicznego — do przeszukiwania literatury, porządkowania materiału, redakcji językowej, sprawdzania spójności między rozdziałami i przygotowania składu.

Czego te narzędzia nie zrobiły:

- **Nie były źródłem żadnego twierdzenia.** Model językowy nie jest źródłem wiedzy. Produkuje zdania, które brzmią prawdopodobnie, a to co innego.
- **Nie wygenerowały ani jednego przypisu.** Każda pozycja bibliograficzna została odszukana i sprawdzona u źródła: w bazie wydawcy, w PubMed, w rejestrze publicznym albo w dzienniku ustaw. Przypisu, którego nie udało się potwierdzić, nie zamieszczaliśmy. Twierdzenie oparte na takim przypisie usuwaliśmy albo przepisywaliśmy od nowa. Tak stało się m.in. z popularną liczbą „tysięcy uwag krytycznych”, którą zastąpiliśmy danymi z badania MTA (rozd. 2).
- **Nie podejmowały decyzji merytorycznych.** Ocena siły dowodów, hierarchia rekomendacji i rozstrzygnięcia sporne należały do ludzi.

Jak weryfikowaliśmy. Kluczowe ustalenia sprawdzaliśmy wielokrotnie i niezależnie — w tym przez porównanie wyników uzyskanych z różnych modeli (weryfikacja krzyżowa), a następnie przez powrót do publikacji źródłowej. Rozbieżność między modelami traktowaliśmy jako sygnał ostrzegawczy nakazujący sprawdzenie u źródła, nigdy jako powód do wyboru wersji wygodniejszej.

Standardy, na których się opieramy. Nasze podejście jest zgodne ze stanowiskiem Committee on Publication Ethics (COPE) oraz International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), według których narzędzie AI **nie może być autorem** publikacji — nie jest bowiem zdolne ponieść odpowiedzialności za treść. Jego użycie należy ujawnić [44]. Bliska jest nam również zasada z Karty Paryskiej o sztucznej inteligencji i dziennikarstwie: **decyzje redakcyjne pozostają po stronie człowieka, a odbiorca ma prawo wiedzieć, co powstało z udziałem maszyny** [45].

Dlaczego o tym piszemy

Bo dokładnie tego wymagamy w rozdziale 13 od terapeutów: żeby powiedzieli, skąd wiedzą to, co twierdzą, i przyznali, czego nie wiedzą. Trudno stawiać taki wymóg innym, nie stosując go do siebie.

1.3 Ścieżki czytania

Trzy ścieżki czytania:

Kim jesteś	Najbardziej zainteresuje Cię	Możesz pominąć
Rodzic, który właśnie usłyszał diagnozę	Rozdz. 4 lub 9 → 15 → 13 i 14	Rozdz. 3 (wróć do niego później)
Rodzic, któremu ktoś zaproponował konkretną metodę	Rozdz. 13 i 14 → indeks metody w rozdz. 5–12	–
Specjalista (psycholog, pedagog, terapeuta, lekarz)	Rozdz. 3 → 5 → 10 → 12	Rozdz. 15

Ramki, które spotkasz w tekście:

- **DZIAŁA** — dowody umiarkowanej lub wysokiej pewności na korzyść
- **MOŻE POMÓC** — dowody słabe, niespójne lub o niskiej pewności; sensowne jako uzupełnienie głównego wsparcia
- **BRAK DOWODÓW** — badania nie potwierdzają skuteczności albo ich po prostu nie ma
- **SZKODZI** — udokumentowane ryzyko krzywdy
- **DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ** — konkretne pytanie, które warto zadać

Zastrzeżenie. Przewodnik ma charakter informacyjno-edukacyjny i nie zastępuje konsultacji z lekarzem, psychologiem klinicznym ani psychiatrą dziecięcym. Decyzje terapeutyczne warto podejmować wspólnie ze specjalistą znającym historię konkretnego dziecka.

2. Nasze założenia: neuroróżnorodność i odmienności jako spektrum

Czy trzeba wybierać: albo „medyczne” podejście do ADHD i autyzmu, albo perspektywa neuroróżnorodności? Często się tak słyszy. Uważamy, że to fałszywy wybór. Na obu skrajnościach traci dziecko.

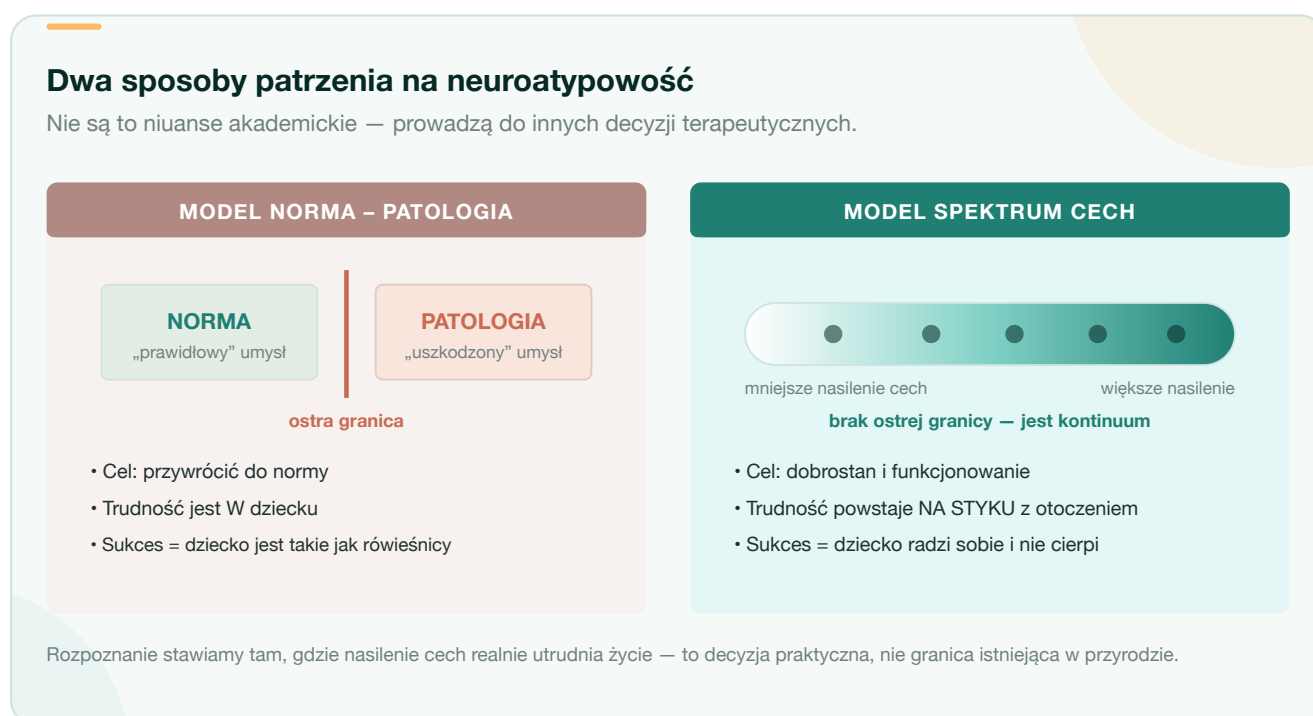
Zanim przejdziemy do konkretnych terapii, powiemy, z jakiego miejsca piszemy. Bo od tego zależy wszystko, co przeczytasz dalej.

Nasze pięć założeń:

Założenie najważniejsze: ludzie nie dzielą się na normę i patologię. Cechy rozkładają się w formie spektrum

Zanim odpowiemy na pytanie „jaka terapia”, trzeba odpowiedzieć na pytanie wcześniejsze i rzadko stawiane wprost: **czym właściwie jest to, co chcemy leczyć?**

Istnieją dwa sposoby patrzenia na ADHD i autyzm. To nie są niuanse akademickie. Prowadzą do zupełnie innych decyzji w gabinecie terapeuty.



Rys. 1. Dwa modele rozumienia neuroatypowości i wynikające z nich cele oddziaływań.

Neuroróżnorodność czy neuroatypowość? Najczęstsza pomyłka w debacie

Te dwa słowa bywają używane zamiennie, a znaczą co innego — i to jedno z częstszych nieporozumień w publicznej rozmowie o neuroróżnorodności.

Neuroróżnorodność to cecha populacji, nie osoby. Opisuje fakt, że ludzkie umysły różnią się między sobą — tak samo jak różni nas wzrost czy temperament. W tym sensie **wszyscy jesteśmy neuroróżnorodni**, bo wszyscy składamy się na tę różnorodność. Nie da się być neuroróżnorodnym w pojedynkę, podobnie jak nie da się być samemu bioróżnorodnością.

Neuroatypowość to położenie konkretnej osoby na kontinuum. Część z nas znajduje się bliżej jednego z krańców rozkładu — na tyle daleko od środka, że codzienne funkcjonowanie w otoczeniu zaprojektowanym „pod średnią” staje się trudne.

Dlatego zdanie „jestem neuroróżnorodny” jest nieścisłe. Poprawnie: „**jestem osobą neuroatypową**” albo „**jesteśmy — jako ludzie — neuroróżnorodni**”. To nie jest czepianie się słów: pierwsze sformułowanie sugeruje, że neuroatypowość to osobna kategoria ludzi, drugie — że to punkt na skali, na której wszyscy gdzieś stoimy.

Model norma - patologia	Model spektrum cech
Istnieje jeden prawidłowy sposób działania umysłu	Cechy ludzkie rozkładają się na kontinuum; nie ma jednego „poprawnego” punktu
Dziecko odbiega od normy → jest uszkodzone	Dziecko ma inny profil mocnych i słabych stron
Cel: przywrócić do normy, usunąć odstępstwa	Cel: dobrostan, funkcjonowanie, rozwój potencjału
Trudność jest w dziecku	Trudność powstaje na styku dziecka i środowiska
Sukces = dziecko jest takie jak rówieśnicy	Sukces = dziecko radzi sobie, rozumie siebie i nie cierpi

Uwaga, o którą chodzi: cechy składające się na ADHD — ruchliwość, impulsywność, zmienność uwagi, występują **u wszystkich ludzi** i różnią się tylko nasileniem. Nie istnieje ostra granica, za którą zaczyna się „zaburzenie”. Rozpoznanie stawiamy tam, gdzie nasilenie cech zaczyna naprawdę utrudniać życie — a to jest decyzja praktyczna i kontekstowa, nie odkrycie granicy istniejącej w przyrodzie.

Kto zatem definiuje normę? Definiują ją społeczeństwo i kultura, które premiuje neurotypowość. To nie zarzut, tylko fakt.

Dlaczego osobom neuroatypowym jest trudniej? Nie dlatego, że są gorzej wyposażone. Dlatego, że:

- instytucje — szkoła, uczelnia, rynek pracy — są projektowane pod większość, a nie pod rozrzut;
- koszt niedopasowania ponosi jednostka, nie system, który to niedopasowanie wytworzył;
- trudności są niewidoczne, więc bywają odczytywane jako wada charakteru, lenistwo albo zła wola;

- wsparcie trzeba wywalczyć — diagnoza, orzeczenie, dostosowania wymagają czasu, pieniędzy i wiedzy, których w kryzysie brakuje najbardziej.

I odwrotnie: **w innym kontekście te same cechy bywają neutralne, a czasem wprost pożądane**. Ruchliwość, która jest problemem podczas czterdziestopięciominutowej lekcji, przestaje nim być na treningu. Wyuczulenie na detal, męczące w rozmowie towarzyskiej, bywa kwalifikacją zawodową. To samo dziecko, inne otoczenie, inny wynik.

Czy neuroatypowość jest więc czymś złym? Czy trzeba ją „terapeutyzować”?

Nie. Neuroatypowość sama w sobie nie jest ani problemem, ani zasługą. Jest faktem. Nie leczymy tego, że ktoś myśli inaczej, ma inny rytm uwagi, inaczej przetwarza bodźce albo inaczej buduje relacje. **Terapia nie jest prostowaniem człowieka**. Nie jest też usuwaniem z niego cech, które akurat są społecznie niewygodne.

I tu dochodzimy do sedna, które łączy się bezpośrednio z założeniem trzecim: **to, że odmienność nie jest chorobą, nie oznacza, że nie boli**. Cierpienie jest prawdziwe. Rzadko jednak bierze się z samej odmienności. Źródła są zwykle inne:

- **objawów, które same w sobie są uciążliwe** — chroniczne przeciążenie, bezsenność, impulsywność prowadząca do realnych strat, poczucie chaosu we własnej głowie;
- **barier środowiskowych** — szkoły wymagającej 45 minut bezruchu, otoczenia sensorycznego nie do wytrzymania, ocen wystawianych za tempo zamiast za rozumienie;
- **kosztu udawania kogoś innego** — maskowania, które wyczerpuje i wiąże się z gorszym zdrowiem psychicznym [32, 32a, 32b];
- **reakcji otoczenia** — w badaniu MTA odrzucenie przez rówieśników dotyczyło **52% dzieci z ADHD wobec 14%** losowo wybranych kolegów z klasy [35]. Dziecko dostaje więc codziennie informację zwrotną o sobie, która nie ma nic wspólnego z jego wartością. Taka informacja zostawia ślad w obrazie siebie niezależnie od nasilenia objawów.

Nasze podejście jest więc dwutorowe i nierozdzielne:

- **Akceptować i rozwijać** — dostrzegać wyjątkowość, wzmacniać mocne strony wynikające z profilu poznawczego (hiperfokus, nieszablonowe kojarzenie, energia, wnikliwość, wierność zainteresowaniom, uczciwość, empatia, uważność na detal), budować tożsamość, w której odmienność nie jest wstydem.
- **Wspierać i redukować cierpienie** — leczyć to, co boli, usuwać bariery, uczyć strategii, dostosowywać otoczenie, obniżać nasilenie objawów uniemożliwiających ujawnienie pełni potencjału.

To nie są dwa konkurujące podejścia, między którymi trzeba wybrać. To jedno podejście: **akceptacja bez wsparcia jest zaniedbaniem, wsparcie bez akceptacji jest tresurą**.

Słowo o „supermocach”. Mówi się czasem, że ADHD i autyzm to supermoce. Rozumiemy, skąd to się bierze. Przez dekady mówiło się o ADHD wyłącznie w kategoriach deficytu, wady i obciążenia dla otoczenia. Trudno się dziwić, że osoby z diagnozą i ich bliscy chcą dziś podkreślać mocne strony i cechy, które z ADHD wynikają.

To **efekt odbicia** — wahadło, które odbiło się od jednej ściany i poleciało pod przeciwną. Problem w tym, że **obie narracje są uproszczeniem**. Każda pokazuje jedną stronę znacznie bardziej złożonego obrazu. Dziecko, które słyszy o supermocy, a nie potrafi wyjść rano z domu, dostaje kolejny powód, żeby czuć się gorsze.

Blżej prawdy jest co innego: **ta sama cecha bywa supermocą albo superobciążeniem** — zależnie od kontekstu, od tego, na ile środowisko jest do niej dopasowane, i od tego, co z nią zrobimy: czy ktoś pomoże ją nazwać, nauczyć się z nią pracować i ją rozwijać. Hiperfokus potrafi być zasobem nie do zastąpienia i przyczyną nieodrobionej pracy domowej — w tym samym tygodniu, u tego samego dziecka.

Mocne strony są faktem i trzeba je nazywać po imieniu. Nie muszą jednak być biletem wstępu do akceptacji. Dziecko nie musi być wyjątkowo uzdolnione, żeby zasługiwać na wsparcie i szacunek.

 **DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ** „Co w profilu mojego dziecka jest jego zasobem — i w którym miejscu plan wsparcia z tego zasobu korzysta?”

Plan, który wymienia wyłącznie deficyty do zniwelowania, jest zbudowany na modelu z lewej kolumny tabeli.

Pozostałe cztery założenia

2. ADHD i autyzm to odmienności neurorozwojowe, nie choroby do wyleczenia. Nie istnieje i nie powstanie terapia, która „usuwa” ADHD czy autyzm. Każdy, kto to obiecuje, mówi nieprawdę. To pierwszy i najprostszy test na pseudoterapię (rozdz. 13).

Uwaga terminologiczna — „leczyć” to nie „wyleczyć”. W tym przewodniku wielokrotnie piszemy o leczeniu i terapii. Mamy na myśli to, co w angielskim oddaje czasownik *treat*: leczyć objaw, łagodzić cierpienie, wspierać funkcjonowanie. Nie chodzi o *cure* — usunięcie przyczyny i sprawienie, że stan przestaje istnieć.

Polszczyzna zaciera tę różnicę, bo „leczenie” niesie echo „wyleczenia”. Stąd nieporozumienie, które spotykamy najczęściej: rodzic słyszy „leczymy ADHD” i rozumie „sprawimy, że ADHD zniknie”. Leczymy **to, co boli** — trudności ze snem, lęk, dezorganizację, cierpienie. Nie leczymy tego, kim dziecko jest.

3. Odmiennność nie znaczy brak cierpienia. ADHD wiąże się z wyraźnie podwyższonym ryzykiem wypadków, urazów, samookaleczeń, trudności szkolnych i problemów w relacjach [1, 11]. Dziecko, które nie może usiedzieć na lekcji, przegrywa nie dlatego, że jest gorsze. Ale przegrywa. Odmawianie mu skutecznej pomocy w imię „akceptacji” jest zaniedbaniem.

4. Celem oddziaływań jest funkcjonowanie i dobrostan, nie upodobnienie do rówieśników. Terapia, która redukuje objawy w skali oceny, ale uczy dziecko ukrywać siebie kosztem wyczerpania i lęku, jest tera-

pią nieudaną, nawet jeśli formalnie „ma dowody”. To rozróżnienie ma coraz mocniejsze umocowanie badawcze: długotrwałe maskowanie u osób neuroatypowych wiąże się z gorszymi wskaźnikami zdrowia psychicznego [32, 33].

5. Dowody naukowe są narzędziem ochrony, nie władzy. Rodzina ma prawo do informacji, ile naprawdę wiadomo o proponowanej metodzie. Ma też prawo usłyszeć od specjalisty, że czegoś nie wiadomo. Dobra praktyka to **wspólne podejmowanie decyzji** (shared decision making): specjalista wnosi dowody, rodzina wnosi wartości, priorytety i wiedzę o dziecku [4].



DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ „Jaki jest cel tej terapii — mierzony czym? Skąd będziemy wiedzieć za trzy miesiące, czy działa?”

3. Mini-kurs czytania dowodów – czego nie mówi ulotka ani strona gabinetu

Jak sprawdzić, czy metoda naprawdę działa, skoro nie jesteś naukowcem? Da się. I zajmuje to mniej czasu, niż myślisz.

Ten rozdział jest najkrótszą drogą do samodzielności. Po jego przeczytaniu ocenisz większość ofert terapeutycznych bez naszej pomocy.

3.1 Hierarchia dowodów – nie każde „badanie” znaczy to samo

Zdanie „to jest przebadane” nic nie znaczy, dopóki nie wiemy *jak*.

Poziom	Rodzaj dowodu	Co to znaczy
1 (najsilniejszy)	Metaanaliza / przegląd systematyczny badań RCT	Zbiorcza analiza wielu badań z losowym przydziałem
2	Pojedyncze duże badanie RCT z grupą kontrolną i zaślepieniem	Losowy przydział eliminuje wpływ tego, kto do jakiej grupy trafi
3	Badanie kontrolowane bez randomizacji, badanie kohortowe	Grupy mogą się różnić czymś innym niż terapia
4	Seria przypadków, badanie „przed-po” bez grupy kontrolnej	Nie odróżnia efektu terapii od upływu czasu i rozwoju dziecka
5 (najslabszy)	Opinia eksperta, opis pojedynczego przypadku, relacje rodziców	Może inspirować hipotezy, nie może uzasadniać rekomendacji

Hierarchia dowodów naukowych

Zdanie „to jest przebadane” nic nie znaczy, dopóki nie wiemy — jak.

NAJSILNIEJSZE DOWODY

1

Metaanalizy i przeglądy systematyczne RCT

Zbiorcza analiza wielu badań z randomizacją

2

Duże RCT z grupą kontrolną i zaślepieniem

Losowy dobór uczestników badania do grup usuwa wpływ tego, kto gdzie trafi

3

Badanie kohortowe, bez randomizacji

Grupy mogą różnić się czymś innym niż terapia

4

Seria przypadków, badanie „przed-po”

Nie odróżnia efektu terapii od wpływu czasu na rozwój dziecka

5

Opinia eksperta, relacje rodziców, opis przypadku

Może inspirować do dalszych badań — nie jest podstawą rekomendacji

NAJSŁABSZE DOWODY

Rys. 2. Hierarchia dowodów. Im wyżej, tym mniejsze ryzyko, że obserwowany efekt jest złudzeniem.

Najczęstsza pułapka: metoda ma „ponad 50 publikacji”, ale wszystkie są z poziomu 4–5. Liczba publikacji nie zastępuje ich jakości.

3.2 Wielkość efektu – czyli różnica między „działa” a „warto”

Naukowcy opisują siłę działania terapii liczbą zwaną **standaryzowaną różnicą średnich (SMD)**. Im wyższa, tym większa zmiana.

SMD	Interpretacja	Co to znaczy w praktyce
0,20	efekt mały	zmiana ledwo zauważalna; wykrywalna w badaniu, rzadko w domu
0,50	efekt umiarkowany	rodzic i nauczyciel zwykle zauważają różnicę
0,80+	efekt duży	zmiana wyraźna, często zmieniająca codzienne funkcjonowanie

Terapia może dawać efekt „istotny statystycznie” i jednocześnie nieistotny życiowo. Kiedy czytasz, że coś „znacząco poprawia objawy”, pytaj **o ile**.

3.3 Efekt oceniającego – najważniejsza rzecz w tym rozdziale

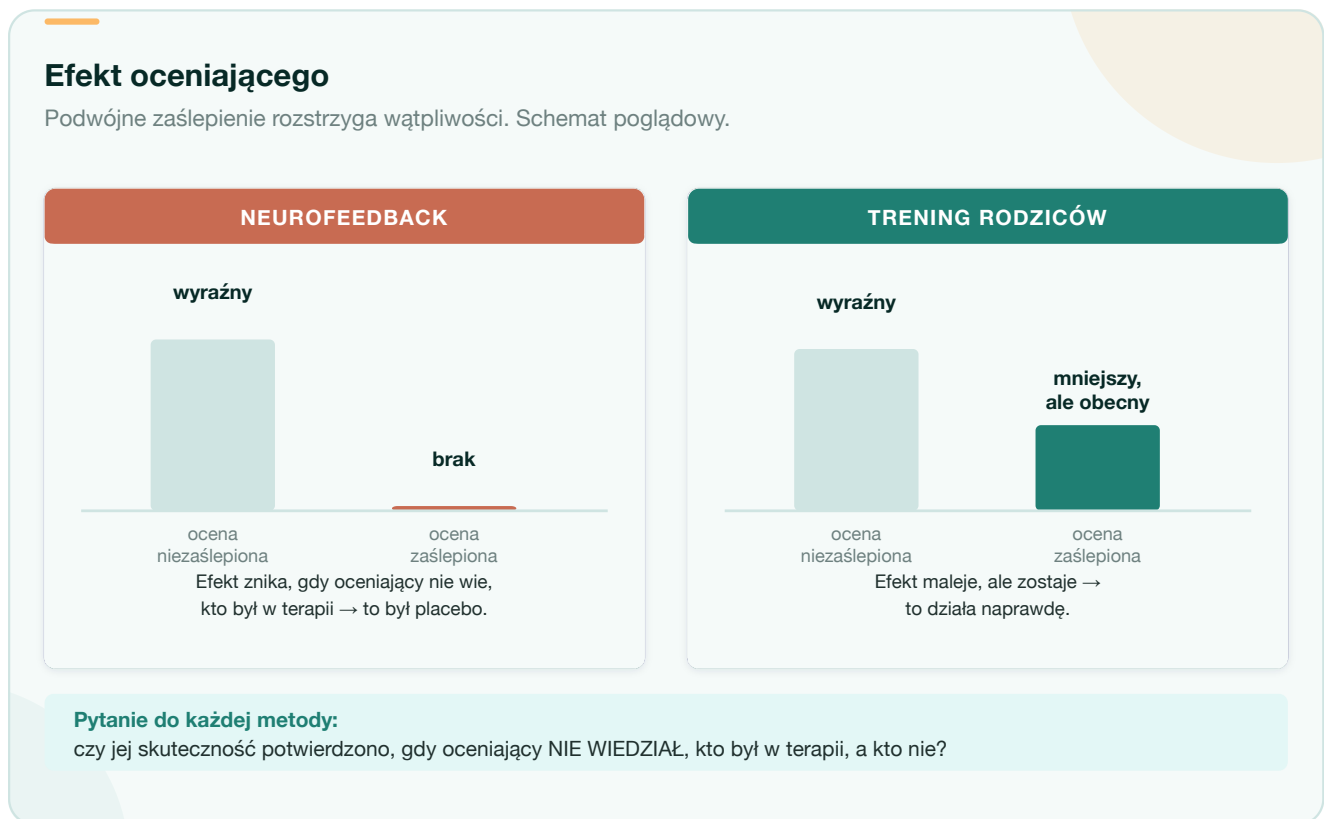
W badaniach nad ADHD i autyzmem objawy ocenia najczęściej rodzic lub nauczyciel. Jeśli wiedzą, że dziecko dostało terapię, ich oceny systematycznie się poprawiają. Także wtedy, gdy dziecko nie dostało ni-

czego działającego. To nie jest nieuczciwość, to normalna ludzka psychologia.

Dlatego badacze porównują oceny **niezaślepiione** (oceniający wie, kto co dostał) z **zaślepiionymi** (oceniający nie wie). Skala różnicy bywa dramatyczna:

- W przypadku **neurofeedbacku** efekty widoczne w ocenach niezaślepiionych **znikają** w badaniach z pozorowaną (sham) stymulacją i zaślepiionymi ocenami [16, 17, 18].
- W przypadku **treningu behawioralnego rodziców** efekty różnią się między ocenami zaślepiionymi i niezaślepiionymi. Inaczej jednak niż przy neurofeedbacku **nie znikają** [13, 14a].
- W przypadku **wczesnych interwencji w autyzmie** ograniczenie analizy do badań RCT z miarami wolnymi od tego błędu sprawia, że **żaden typ interwencji nie wykazuje istotnego efektu na żaden wynik rozwojowy dziecka** [24].

To jedno kryterium przesądza o losie większości popularnych metod.



Rys. 3. Ten sam mechanizm, dwa różne wyniki. Przy neurofeedbacku efekt znika po zaślepieniu ocen; przy treningu rodziców maleje, ale pozostaje.

Pytanie diagnostyczne dla każdej metody: czy jej skuteczność potwierdzono, gdy oceniający **nie wiedział**, kto był w terapii?

3.4 Pewność dowodów (GRADE) – nowy standard

Współczesne przeglądy nie ograniczają się do pytania „czy efekt jest istotny”, tylko dodają ocenę **pewności** tego wyniku (wysoka / umiarkowana / niska / bardzo niska). Duży efekt przy bardzo niskiej pewności to obietnica, nie fakt.

Największy jak dotąd przegląd interwencji w ADHD — przegląd parasolowy opublikowany w *BMJ* w 2025 r., obejmujący ponownie przeliczone **221 metaanaliz** [4]. Wyniki udostępniono w otwartej, interaktywnej bazie [5] — pokazał rzecz uderzającą: wiele metod ma imponujące wielkości efektu i jednocześnie **niską lub bardzo niską pewność dowodów**. Dotyczy to m.in. akupunktury, CBT u dzieci, ćwiczeń fizycznych i mindfulness. To nie znaczy, że nie działają. To znaczy, że jeszcze nie wiemy.

3.5 „Brak dowodów” to nie „dowód braku”

Trzy różne sytuacje, których nie wolno mylić:

1. **Zbadano i nie działa.** Tak jest z sekretyną w autyzmie, przebadaną w wielu RCT i jednoznacznie odrzuconą [27].
2. **Zbadano źle lub za mało.** Tak jest z większością interwencji sensorycznych. Wynik pozostaje nieznany.
3. **Nie zbadano wcale** — np. „metody autorskie” bez publikacji; wynik nieznany, a dodatkowo nikt nie sprawdził bezpieczeństwa.

Sytuacje 2 i 3 nie uzasadniają płacenia dużych pieniędzy ani rezygnacji z metod o potwierdzonej skuteczności. Nie uzasadniają też twierdzenia „to na pewno nie działa”.

3.6 Czego prawie nikt nie mierzy: szkody

W badaniach nad lekami raportowanie działań niepożądanych jest standardem. W badaniach nad terapiami psychologicznymi i rozwojowymi już nie. Analiza jakości raportowania w badaniach nad wczesnymi interwencjami w autyzmie wykazała, że zdarzenia niepożądane są zgłaszane w **zdecydowanej mniejszości** badań [25]. Oznacza to, że gdy słyszymy „ta terapia nie ma skutków ubocznych”, zwykle znaczy to „nikt ich nie szukał”.

3.7 Czego nie wiemy o żadnej metodzie: co dalej po roku

To najbardziej niewygodny wniosek z przeglądu *BMJ* 2025: **nie znaleziono dowodów wysokiej pewności na długoterminową skuteczność żadnej interwencji w ADHD, ani farmakologicznej, ani nefarmakologicznej** [4]. Podobnie klasyczne badanie MTA pokazało, że po 6–8 latach grupy pierwotnie przydzielone do różnych terapii przestały się istotnie różnić [10].

Nie znaczy to, że leczenie nie ma sensu. Znaczy, że korzyść trzeba **podtrzymywać**, a nie „wypracować raz na zawsze”, i że ostrożność wobec obietnic trwałej przemiany jest uzasadniona.

4. ADHD – zanim wybierzesz terapię

Zanim wybierzesz terapię, trzeba wiedzieć, co właściwie leczymy. I co jeszcze może się pod tym kryć.

Ten rozdział jest o trzech rzeczach, które warto mieć poukładane, zanim ktokolwiek zaproponuje Wam metodę.

4.1 Diagnoza jest pierwsza i nie jest formalnością

ADHD rozpoznaje się na podstawie wywiadu klinicznego z dzieckiem i opiekunami, obserwacji, informacji z co najmniej dwóch środowisk (dom, przedszkole/szkoła) oraz wykluczenia innych przyczyn. Kwestionariusze i skale są **pomocnicze**. Same nie stanowią podstawy rozpoznania [3, 30].

Nie istnieje badanie krwi, badanie EEG, test komputerowy ani obrazowanie mózgu, które rozpoznaje ADHD. Oferta „obiektywnej diagnozy ADHD z badania” jest sygnałem ostrzegawczym.

4.2 Współwystępowanie to reguła, nie wyjątek

U większości dzieci z ADHD występuje co najmniej jedno dodatkowe rozpoznanie: zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, specyficzne trudności w uczeniu się (dysleksja, dyskalkulia), zaburzenia opozycyjno-buntownicze, tiki, zaburzenia snu, spektrum autyzmu [1].

Ma to bardzo praktyczne konsekwencje: terapia dobrana wyłącznie „pod ADHD” bywa nieskuteczna, bo faktycznym problemem jest np. nieleczony lęk albo dysleksja.

4.3 Cele leczenia – ustalcie je zanim zaczniecie

Zamiast „mniej objawów” warto zapisać 2–4 konkretne cele, np.:

- rano wychodzimy z domu bez awantury 4 dni w tygodniu
- dziecko odrabia pracę domową w 40 minut zamiast w 3 godziny
- w tym semestrze nie ma uwag za wychodzenie z ławki
- dziecko mówi, że lubi chodzić do szkoły

Cele mierzalne pozwalają ocenić, czy dana metoda działa **u tego dziecka**, niezależnie od statystyk populacyjnych.

5. ADHD – co działa: farmakoterapia

To rozdział, który budzi najwięcej emocji. Powiemy więc wprost, co pokazują dane. A potem równie wprost o tym, czego nie pokazują.

5.1 Co pokazują najlepsze dostępne dane

Farmakoterapia ma **najsilniejsze dowody skuteczności spośród wszystkich oddziaływań w ADHD** — i to twierdzenie jest zgodne we wszystkich niezależnych, dużych przeglądach ostatnich lat [2, 4, 6].

Poniższa tabela pochodzi z przeglądu parasolowego *BMJ* 2025, który jako jedyny podaje jednocześnie wielkość efektu i pewność dowodów [4]. Dane dotyczą **dzieci i młodzieży**, krótkiego terminu (≤12 tygodni):

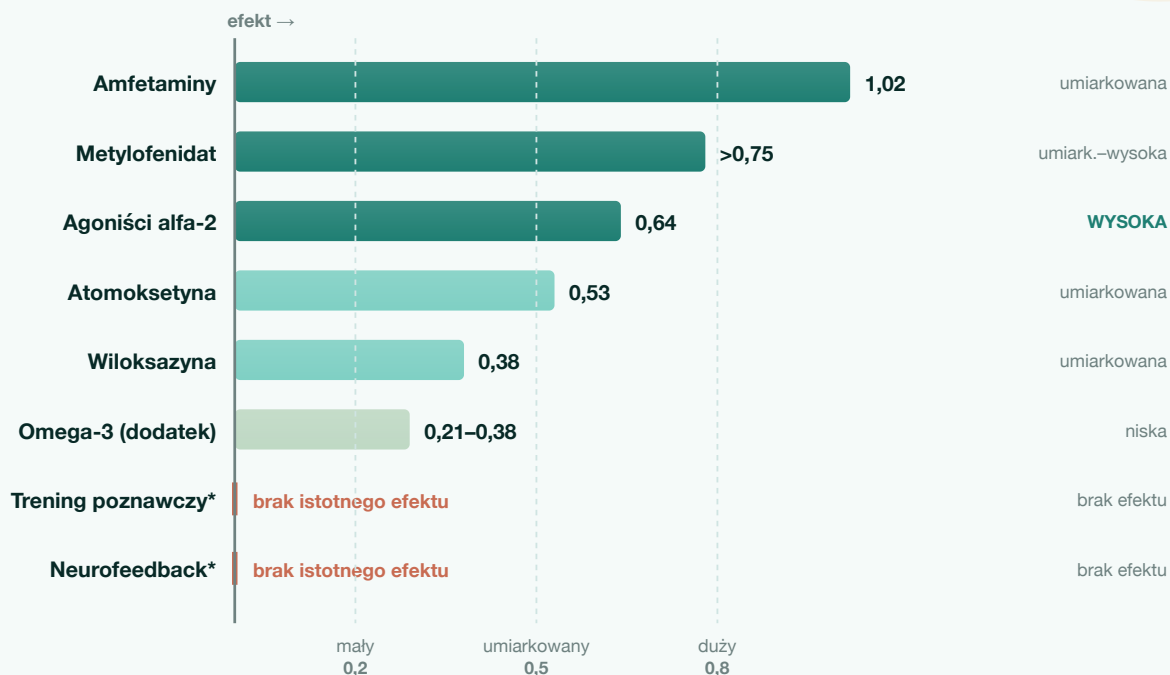
Lek / grupa	Wielkość efektu (SMD)	Kto oceniał	Pewność dowodów
Metylofenidat	>0,75 (95% CI 0,56–1,03)	spójnie u wszystkich oceniających	umiarkowana–wysoka
Amfetaminy (w tym lisdeksamfetamina)	1,02 (0,67–1,38)	klinicysta	umiarkowana
Amfetaminy	<0,60	rodzic / nauczyciel	niska–bardzo niska
Agoniści alfa-2 (guanfacyna, klonidyna)	0,64 (0,48–0,79)	klinicysta	wysoka
Atomoksetyna	0,53 (0,41–0,64)	klinicysta	umiarkowana
Wiloksazyna	0,38 (0,26–0,49)	mieszani	umiarkowana

Jak to czytać:

- Metylofenidat jest najlepiej udokumentowany. Jako jedyny daje spójne efekty niezależnie od tego, kto ocenia. To ważne w świetle rozdz. 3.3.
- Amfetaminy dają największy efekt w ocenie klinicysty, ale rozbieżność z ocenami rodziców i nauczycieli jest wyraźna i każe zachować ostrożność wobec liczby 1,02.
- Wśród niestymulantów najmocniejszą **pewność** dowodów mają agoniści alfa-2. To zmiana wobec starszego przekonania, że atomoksetyna jest „głównym” niestymulantem.
- U **dorosłych** obraz jest skromniejszy: tylko metylofenidat i atomoksetyna mają skuteczność potwierdzoną z umiarkowaną–wysoką pewnością, a efekty są mniejsze (SMD 0,34–0,50) [4].
- U **dzieci w wieku przedszkolnym** metylofenidat wykazuje korzyści porównywalne z dziećmi starszymi [4] — ale wytyczne (NICE, AAP) zalecają najpierw interwencje behawioralne, a leki tylko po konsultacji specjalistycznej [8, 9].

Jak duży jest efekt? Porównanie na jednej skali

Wielkość efektu (SMD) u dzieci i młodzieży, krótki termin. Źródło: przegląd BMJ 2025.



* metody bez potwierdzonej skuteczności — efekt znika w badaniach z zaślepią oceną

Rys. 4. Wielkości efektu na wspólnej skali. Dla porównania dołączono metody opisane w rozdziale 8.

DZIAŁA — leki stymulujące i niestymulujące w ADHD, dowody umiarkowanej i wysokiej pewności.

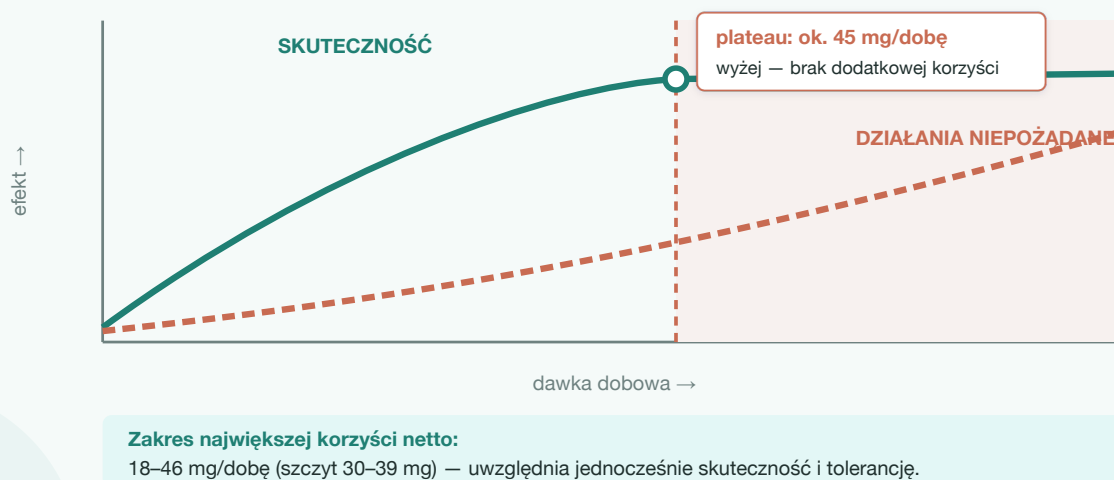
5.2 Dawka: więcej nie znaczy lepiej

To jedna z najświeższych i najbardziej praktycznych informacji w tym przewodniku. Metaanaliza dawka–efekt opublikowana w *Lancet Psychiatry* w 2026 r. [7] wykazała, że skuteczność rośnie z dawką tylko do pewnego progu, po którym **przestaje rosnąć, a ryzyko przerwania leczenia z powodu działań niepożądanych dalej się zwiększa**:

Lek	Grupa	Próg plateau skuteczności
Metylofenidat	dzieci i młodzież	ok. 45 mg/dobę
Amfetaminy	dzieci i młodzież	ok. 25 mg/dobę
Guanfacyna	dzieci i młodzież	ok. 4 mg/dobę
Amfetaminy	dorośli	ok. 50 mg/dobę
Metylofenidat	dorośli	brak wyraźnego plateau (mało danych)

Dawka: więcej nie znaczy lepiej

Metylofenidat u dzieci i młodzieży. Źródło: metaanaliza dawka–efekt, Lancet Psychiatrii 2026.



Rys. 5. Powyżej progu plateau skuteczność przestaje rosnąć, a ryzyko działań niepożądanych nadal się zwiększa.

Analiza „korzyści netto” (uwzględniająca jednocześnie skuteczność i tolerancję) wskazuje, że najkorzystniejszy przedział dla metylofenidatu u dzieci to ok. **18–46 mg/dobę** (szczyt 30–39 mg), a dla amfetamin ok. **12–26 mg/dobę** (szczyt 18–20 mg) [7].

Autorzy podkreślają, że wniosek działa w obie strony: podważa zarówno **bezrefleksyjne zwiększanie dawek**, jak i **inercję terapeutyczną** — czyli utrzymywanie dawki zbyt niskiej, „żeby było bezpieczniej”, kiedy dziecko nie odnosi korzyści.

DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ „Jaką dawkę stosujemy i gdzie jesteśmy względem zakresu optymalnego? Czy zwiększenie dawki ma jeszcze uzasadnienie, czy raczej zmieniamy lek?”

5.3 Działania niepożądane i monitorowanie – bez owijania w bawełnę

Najczęstsze: zmniejszenie apetytu, trudności z zasypianiem, bóle głowy i brzucha, drażliwość przy końcu działania leku („efekt odbicia”), u części dzieci spłylenie ekspresji emocjonalnej.

Tolerancja w liczbach [4]: - Metylofenidat: **lepszą akceptowalność niż placebo** (RR 1,58; 95% CI 1,35–1,85; pewność wysoka), brak istotnej różnicy w tolerancji. To wynik często zaskakujący dla rodziców. - Atomoksetyna: brak istotnej różnicy wobec placebo (pewność wysoka). - Amfetaminy: **gorszą tolerancją niż placebo** (RR 0,46; 95% CI 0,22–0,96; pewność umiarkowana). - U dorosłych wszystkie skuteczne leki mają istotnie gorszą tolerancję niż placebo.

Wzrost. Stymulanty wiążą się z zahamowaniem tempa wzrastania rzędu **1–1,4 cm/rok, głównie w pierwszych 2 latach leczenia**, zależnie od dawki, z późniejszym częściowym lub pełnym wyrównaniem; wiele badań długoterminowych nie wykazuje istotnego klinicznie deficytu wzrostu w wieku dorosłym [36]. W

długoterminowej obserwacji MTA podgrupa konsekwentnie przyjmująca leki miała mniejszy przyrost wzrostu niż podgrupa nieleczona [10]. Wniosek praktyczny: monitorować wzrost i masę ciała, nie ignorować utraty apetytu.

Układ krążenia. Metaanaliza sieciowa z 2025 r. wykazała **niewielkie** wzrosty ciśnienia i tętna, **porównywalne dla stymulantów i niestymulantów** [12]. Wniosek autorów jest praktyczny i często pomijany: ciśnienie i tętno należy monitorować przy **każdym** leku na ADHD, nie tylko przy stymulantach.

Myśli samobójcze. Metylofenidat nie różnił się istotnie od placebo pod względem myśli i zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży (RR 1,10; 95% CI 0,24–4,96; pewność umiarkowana) [4].

Co robić z utratą apetytu — konkretnie. Polskie Towarzystwo Dietetyki zaleca dwie strategie, które działają lepiej niż namawianie dziecka do jedzenia: **zwiększenie gęstości energetycznej posiłków** (więcej kalorii w mniejszej objętości) oraz **wykorzystanie „okien apetytu”** — czyli pór dnia, w których lek działa słabiej i dziecko je chętniej. U wielu dzieci jest to śniadanie przed podaniem leku i kolacja [53].

Minimalny zestaw monitorowania: masa ciała i wzrost, ciśnienie i tętno, sen, apetyt, nastrój, skuteczność w skalach oceny. Na starcie i przy każdej wizycie kontrolnej. Wzrastanie warto śledzić na siatkach centylowych — pojedynczy pomiar mówi mniej niż dynamika [53].

5.4 Trzy mity, które warto rozbroić

Mit 1: „Leki uzależniają i otwierają drogę do narkotyków.” Dane z dużych badań rejestrowych wskazują przeciwnie: leczenie farmakologiczne ADHD wiąże się z **niższym** ryzykiem uzależnień, urazów, wypadków komunikacyjnych, samookaleczeń i przestępczości [1, 11]. Szwedzkie badanie obejmujące 247 420 osób leczonych w latach 2006–2020 wykazało obniżenie ryzyka samookaleczeń (IRR 0,77–0,85), urazów nieumyślnych (0,87–0,93), wypadków drogowych (0,71–0,87) i przestępczości (0,73–0,84) [11].

Ale uczciwie: to badania obserwacyjne, nie RCT. Pokazują związek, ale nie dowodzą przyczynowości. Co więcej, siła tych związków **słabnie w czasie**, w miarę jak leki przepisuje się coraz szerzej (w Szwecji rozpowszechnienie wzrosło z 0,6% do 2,8% populacji) [11]. Prawdopodobnie oznacza to, że im szersza grupa leczonych, tym mniejsza średnia korzyść na osobę. To argument nie za odstawianiem leków, ale za starannym kwalifikowaniem.

Mit 2: „Lek zmieni osobowość dziecka.” Apatia, wycofanie i poczucie, że dziecko „nie jest sobą”, to nie jest oczekiwany efekt leczenia. To sygnał, że dawka jest za wysoka albo lek niewłaściwy. Należy to zgłosić lekarzowi, nie akceptować jako cenę skuteczności.

Mit 3: „Najpierw wszystko inne, lek na końcu.” Ta kolejność bywa uzasadniona u przedszkolaków [8, 9], ale u dziecka w wieku szkolnym z nasilonymi objawami oznacza często stracone miesiące lub lata funkcjonowania. Płaci się za to ocenami, relacjami z rówieśnikami i obrazem siebie.

5.5 Realia polskie: dostępność i refundacja (stan: wrzesień 2026)

Lek	Dostępność w Polsce	Refundacja
Metylofenidat	dostępny, wiele preparatów	tak, do 18. r.ż. – bezpłatnie (lista D1), ale wyłącznie jako element kompleksowego programu obejmującego psychoterapię [31]
Atomoksetyna	dostępna	tak, do 18. r.ż. – od 6. r.ż., we wskazaniach: współistniejące tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe albo udokumentowana nietolerancja lub niepowodzenie leczenia stymulantami [31]
Lisdeksamfetamina (Elvanse)	dopuszczona do obrotu; dla dorosłych od grudnia 2024	nie [31]
Guanfacyna	dostępna m.in. w imporcie docelowym; AOTMiT rekomendował warunkową refundację u dzieci 6–17 lat (rekomendacja nr 97/2026 z 16 lipca 2026; warunek: obniżenie kosztu terapii do poziomu atomoksetyny) [31]	w toku
Wszystkie leki – dorośli	dostępne	nie – pełny koszt po stronie pacjenta [31]

Wykaz refundacyjny zmienia się co kilka tygodni — kolejne obwieszczenie Ministra Zdrowia wydano 16 września 2026 r., a wykaz wchodzi w życie 1 października. Przed decyzjami sprawdzaj stan na dzień, w którym je podejmujesz.

Zwróć uwagę na dwa zapisy. W praktyce zaskakują rodziny:

- refundacja metylofenidatu jest **warunkowa** — przewiduje leczenie kompleksowe, nie samą receptę;
- atomoksetyna refundowana jest w **wąskich wskazaniach**, a nie jako dowolna alternatywa dla stymulantów.

Brak refundacji dla dorosłych to w Polsce poważna bariera: koszt leczenia sięga kilkuset złotych miesięcznie. Warto o tym wiedzieć, planując ścieżkę leczenia nastolatka, który wkrótce skończy 18 lat. Z dnia na dzień ta sama terapia przestaje być finansowana.

Skala niedodiagnozowania. Metaanalizy światowe szacują rozpowszechnienie ADHD u dzieci i młodzieży na ok. 6–8%, przy dużym rozrzucie wyników między badaniami [47]. Tymczasem w polskim systemie publicznym w 2024 r. świadczenie z rozpoznaniem głównym F90 (zaburzenia hiperkinetyczne) otrzymało **64 090 pacjentów** — dwa razy więcej niż w 2010 r. (32 035), ale wciąż ułamek populacji, której to dotyczy [40]. Liczba recept na leki stosowane w ADHD rosła w Polsce w latach 2012–2022 wykładniczo [40a].

6. ADHD – co działa: interwencje psychospołeczne i behawioralne

Leki nie uczą dziecka niczego. Działają, dopóki działają.

Umiejętności trzeba rozwijać osobno i to jest zadanie na lata. O tym jest ten rozdział.

6.1 Trening behawioralny rodziców

Najlepiej ugruntowana interwencja nefarmakologiczna w ADHD i **terapia pierwszego wyboru u dzieci w wieku przedszkolnym** według wytycznych NICE i AAP [8, 9]. Rodzic uczy się konkretnych narzędzi: klarownych komunikatów, przewidywalnych konsekwencji, systematycznego wzmacniania zachowań pożądanых, zarządzania sytuacjami przejściowymi.

Co pokazują dowody, uczciwie: metaanalizy potwierdzają poprawę objawów ADHD i zachowań opozycyjnych, ale wielkość efektu zależy od tego, kto ocenia [13, 14]. Metaanaliza 27 badań oceniająca efekty **odległe** (średnio 5,3 miesiąca po zakończeniu) wykazała utrzymujące się, małe i umiarkowane efekty na objawy ADHD, problemy behawioralne, poczucie kompetencji rodzicielskiej i jakość relacji rodzic–dziecko [14a].

Zwróć uwagę na ostatnie dwie pozycje: najmocniejsze i najbardziej spójne efekty dotyczą **rodzica i relacji**, nie „redukcji ADHD” u dziecka. To wciąż wynik wartościowy, bo klimat domu jest jednym z głównych czynników rokowniczych. Warto jednak wiedzieć, na co się pisze.

 **DZIAŁA** — z zastrzeżeniem, że część korzyści dotyczy rodzica i relacji, nie „redukcji ADHD” u dziecka.

Co ma znaczenie w praktyce: programy ustrukturyzowane (np. oparte na modelach Barkleya, Incredible Years, Triple P) mają lepsze dowody niż niesprecyzowane „wsparcie psychologiczne dla rodziców”.

6.2 Interwencje behawioralne w szkole i klasie

Systemy żetonowe, karty zachowań ze wzmocnieniem w domu (*daily report card*), jasne i natychmiastowe konsekwencje, modyfikacja otoczenia (miejsce w ławce, skrócone zadania, przerwy ruchowe). Efekty umiarkowane, ale potwierdzone i tanie [2].

Warunek jest jeden: spójność między domem a szkołą. Sam system żetonowy w szkole, przy zerowej komunikacji z rodzicem, zwykle się wypala.

6.3 Trening umiejętności organizacyjnych (OST)

Uczenie konkretnych czynności: prowadzenia kalendarza, organizacji plecaka i biurka, dzielenia zadań na kroki, szacowania czasu. Dobrze udokumentowana skuteczność u dzieci starszych i nastolatków, z efektami widocznymi w funkcjonowaniu szkolnym [2].

Warto podkreślić różnicę wobec „treningu funkcji wykonawczych” na komputerze (rozdz. 8.3): OST uczy **konkretnych zachowań w realnym kontekście**, a nie abstrakcyjnych zdolności poznawczych w nadziei na przeniesienie.

6.4 Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

U **dorosłych** z ADHD: skuteczność potwierdzona z umiarkowaną pewnością (SMD 0,53; 95% CI 0,29–0,77 w ocenie klinicysty) [4].

U **dzieci**: przegląd *BMJ* 2025 odnotował duże wielkości efektu, ale przy **niskiej lub bardzo niskiej pewności dowodów** [4]. CBT u dzieci z ADHD ma najmocniejsze uzasadnienie tam, gdzie współwystępuje lęk lub obniżony nastrój, czyli u znacznej części tej grupy.

● **DZIAŁA** u dorosłych · ● **MOŻE POMÓC** u dzieci, zwłaszcza przy współwystępujących trudnościach emocjonalnych.

6.5 Terapia łączona

Połączenie farmakoterapii z oddziaływaniami behawioralnymi daje najlepsze efekty **funkcjonalne**: w zachowaniu, relacjach i funkcjonowaniu szkolnym. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy przewaga nad samym lekiem w redukcji objawów rdzennych jest umiarkowana. Badanie MTA wykazało też, że w terapii łączonej porównywalny efekt uzyskiwano przy **niższych dawkach leku** — średnio 31 mg/dobę metylofenidatu wobec wyższych dawek w grupie leczonej wyłącznie farmakologicznie [10a].

6.6 Psychoedukacja – niedoceniany fundament

Zrozumienie własnego ADHD przez dziecko i rodzinę jest częścią terapii, a nie wstępem do niej. Wytyczne NICE traktują ustrukturyzowaną rozmowę o tym, jak ADHD wpływa na życie, jako element standardu opieki po diagnozie [8].

Warto wiedzieć, że sama diagnoza jest przeżyciem, nie tylko informacją. Przegląd systematyczny 21 badań nad doświadczeniem otrzymania diagnozy ADHD opisuje ją jako **przełomowe wydarzenie tożsamościowe**: bywa źródłem ulgi i większego współczucia wobec siebie, ale też żalu za straconym czasem, złości i dezorientacji [33c]. Analogiczne badania w autyzmie pokazują, że **pozytywna tożsamość** i poczucie przynależności do społeczności osób podobnych wiążą się z wyższą samooceną i lepszym zdrowiem psychicznym [33, 33a, 33b].

Praktyczny wniosek dla specjalisty: przekazanie diagnozy nie kończy się na wręczeniu opinii. Dla nastolatka i dorosłego pierwsze tygodnie po diagnozie bywają najtrudniejszym momentem całego procesu. I najlepszym momentem na wsparcie.

6.7 Dobór nurtu psychoterapii – leczymy człowieka, nie etykietę

Wszystko, co napisaliśmy wyżej, opisuje **populację**: co działa przeciętnie, u przeciętnego dziecka z ADHD. W gabinecie nie siada jednak populacja, tylko konkretna osoba. W tym momencie statystyka przestaje wystarczać.

Nurt pierwszego wyboru nie znaczy „najlepszy dla tego pacjenta”. Rekomendacja mówi, od czego rozsądnie zacząć przy braku innych informacji. Nie mówi, że u tej osoby, z tym profilem trudności, w tym momencie życia, akurat ten nurt zadziała najlepiej. Traktowanie wytycznej jak automatu („ADHD, więc podejście behawioralne”) jest równie bezrefleksyjne jak ignorowanie dowodów.

Diagnoza to nie opis człowieka. ADHD rzadko występuje samo (rozdz. 4.2). Do rozpoznania dochodzą zaburzenia lękowe, obniżony nastrój, skutki lat funkcjonowania z nierozpoznanymi trudnościami, doświadczenia szkolne i rodzinne, czasem trauma. **Te obszary wymagają różnego postępowania, a bywa, że różnych nurtów.** Praca nad funkcjami wykonawczymi i organizacją to co innego niż praca nad lękiem, a jedno i drugie to co innego niż praca nad obrazem siebie zbudowanym na komunikacie „jesteś leniwy”.

To system naczyń połączonych. Nieleczony lęk sabotuje trening organizacji. Chroniczne poczucie porażki podkopuje motywację do jakiegokolwiek pracy nad nawykami. Poprawa snu potrafi zmienić obraz kliniczny bardziej niż kolejna technika behawioralna. Kolejność i dobór oddziaływań nie są kwestią gustu terapeuty. Są decyzją kliniczną.

Wnioski praktyczne:

- **Punktem wyjścia jest konceptualizacja przypadku**, a nie nazwa rozpoznania. Terapeuta powinien umieć powiedzieć, jak rozumie zależności między trudnościami tej konkretnej osoby i z czego wynika wybór metody.
- **Potrzebna jest hierarchia priorytetów terapeutycznych.** Co jest pilne i nie może czekać (bezpieczeństwo, myśli samobójcze, głęboka depresja, dekompensacja szkolna), co jest ważne, a co może poczekać do kolejnego etapu.
- **Kilka rodzajów oddziaływań to norma, nie porażka.** Mogą przebiegać równolegle albo sekwencyjnie — najpierw ustabilizowanie nastroju i lęku, potem praca nad organizacją i funkcjonowaniem. Kolejność bywa ważniejsza niż sam dobór.
- **Strategia terapeutyczna ma być wypowiedziana i spisana** — z celami, zadaniami i kryteriami, po których poznać, że etap został zamknięty. Bez tego nie da się odróżnić terapii, która postępuje, od terapii, która trwa.
- **Strategia się zmienia.** Plan sprzed roku mógł być trafny wtedy i być nietrafny teraz. Rewizja planu jest oznaką dobrej opieki, nie jej braku.



DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ „Jak rozumie pan/pani zależności między trudnościami mojego dziecka — co z czego wynika? Od czego zaczynamy i dlaczego akurat od tego? Co odkładamy na później?”

● **DZIAŁA** — dobór oddziaływań do całościowego obrazu osoby i aktualnych potrzeb, z jawną hierarchią celów. Dotyczy tak samo dzieci, nastolatków i dorosłych, a także osób w spektrum autyzmu (por. rozdz. 10.7).

7. ADHD – styl życia i wsparcie o umiarkowanych dowodach

Sen, ruch, dieta i suplementy. Cztery tematy, w których internet obiecuje najwięcej, a badania mówią najmniej jednoznacznie. Sprawdźmy, co z tych obietnic zostaje.

7.1 Aktywność fizyczna

● MOŻE POMÓC — i warto, niezależnie od dowodów

Metaanalizy z lat 2023–2025 wykazują umiarkowane i duże efekty ćwiczeń na funkcje wykonawcze u dzieci z ADHD: hamowanie (SMD ok. 0,69), pamięć robocza (0,52–0,74), elastyczność poznawcza (0,64–0,70) [19]. Największe korzyści dają ćwiczenia **angażujące poznawczo**: sporty zespołowe, sztuki walki, wspinaaczka, taniec. Monotonny wysiłek aerobowy działa słabiej.

Zastrzeżenie: przegląd *BMJ* 2025 ocenił pewność tych dowodów jako **niską** [4]. Efekt jest prawdopodobny, ale jego rozmiar może być przeszacowany. Ruch pozostaje rekomendowany, także z powodów niezwiązanych z ADHD.

7.2 Sen

● DZIAŁA jako element leczenia

Zaburzenia snu występują u dużej części dzieci z ADHD i **nasilają objawy w ciągu dnia**. Mechanizm działa też w drugą stronę i tworzy błędne koło. Higiena snu, stałe rytuały wieczorne, ograniczenie ekranów przed snem i ocena, czy leki nie zaburzają zasypiania, powinny być rutynową częścią planu leczenia, a nie dodatkiem.

Jeśli mimo interwencji behawioralnych sen nie wraca do normy, jest to wskazanie do konsultacji z terapeutą zaburzeń snu.

7.3 Kwasy omega-3

● MOŻE POMÓC — jako dodatek, nie zamiennik

Metaanalizy konsekwentnie wykazują **mały, ale istotny** efekt suplementacji: SMD ok. 0,21–0,38 zależnie od analizy i osoby oceniającej [20]. Dla porównania: metylofenidat ma SMD ponad 0,75. Efekt wydaje się większy przy suplementacji trwającej co najmniej 4 miesiące i przy preparatach o wyższej zawartości EPA. Nowsze analizy sugerują, że korzyść może być większa u dzieci z wyjściowo niskim poziomem omega-3 [20].

Stanowisko polskie jest ostrożniejsze. Polskie Towarzystwo Dietetyki w stanowisku z 2026 r. stwierdza wprost, że **dostępne dane nie uzasadniają rutynowej suplementacji omega-3 jako interwencji terapeutycznej** w ADHD ani w spektrum autyzmu. Suplementację można rozważyć tam, gdzie spożycie ryb i

innych źródeł kwasów długołańcuchowych jest niewystarczające — czyli z powodów żywieniowych, nie terapeutycznych [53].

Praktycznie: omega-3 to rozsądny dodatek o niskim ryzyku, ale nie jest alternatywą dla leczenia o potwierdzonej skuteczności i nie należy oczekiwać po nim efektu porównywalnego z farmakoterapią. Jeśli dziecko je ryby dwa razy w tygodniu, suplement prawdopodobnie niczego nie doda.

7.4 Dieta – co naprawdę wiadomo

Tu potrzebne jest rozróżnienie, którego zwykle brakuje w debacie publicznej:

Sztuczne barwniki spożywcze. Metaanaliza Nigga i wsp. wykazała mały do umiarkowanego efekt eliminacji barwników — ale wniosek autorów był jednoznaczny: **nie należy zalecać tego jako ogólnej terapii ADHD** [21]. Może mieć znaczenie u wyselekcjonowanej mniejszości dzieci.

Dieta oligoantygenowa („few foods”). Badania wykazują wyraźne efekty u części dzieci. Szacuje się, że reaguje mniej więcej jedna trzecia [21]. Najmocniejszym pojedynczym badaniem jest tu randomizowana próba INCA opublikowana w *Lancecie* [21a]; przegląd wskazań i ograniczeń diet eliminacyjnych w ADHD zebrali Nigg i Holton [21b]. Ale: to dieta bardzo restrykcyjna (kilka produktów przez kilka tygodni), wymagająca prowadzenia przez dietetyka klinicznego, obarczona ryzykiem niedoborów i dużym obciążeniem dla rodziny. **Nie jest to interwencja pierwszego rzutu** i nie powinna być prowadzona samodzielnie. Polskie Towarzystwo Dietetyki dodaje jeszcze jeden warunek, o którym łatwo zapomnieć: próbę należy zaplanować **na z góry określony czas**, z jasnym kryterium oceny. Dieta eliminacyjna bez daty końcowej zmienia się w sposób życia, a nie w test [53].

Dieta bezglutenowa i bezkazeinowa (GFCF). Poza potwierdzoną celiakią lub alergią brak dowodów na wpływ na objawy ADHD.

Dieta ketogeniczna. Nie jest elementem standardowego postępowania w ADHD ani w autyzmie. Jej stosowanie ma uzasadnienie wyłącznie tam, gdzie wykazano skuteczność — przede wszystkim w padaczce lekoopornej i wybranych wrodzonych zaburzeniach metabolizmu — i zawsze pod nadzorem [53].

Diety „zdrowe” jako terapia: śródziemnomorska, DASH, MIND. Zgodne z ogólnymi zasadami zdrowego żywienia i z tego powodu warte polecenia każdemu. Ale ich skuteczność wobec objawów ADHD i autyzmu nie została potwierdzona — nie są interwencją terapeutyczną [53].

 **Zdanie, które warto zapamiętać.** Polskie Towarzystwo Dietetyki formułuje to tak: modyfikacje diety u dzieci z ADHD i ASD służą wspieraniu stanu odżywienia, zdrowia i funkcjonowania — **nie powinny być przedstawiane jako samodzielna metoda leczenia**, tylko jako część szerszego planu opieki [53].

 Wieloskładnikowe diety eliminacyjne prowadzone bez nadzoru dietetyka — patrz rozdz. 12.

7.5 Trudności z jedzeniem – temat, o którym mówi się za mało

 **WARTO OCENIĆ** u każdego dziecka z ADHD lub w spektrum autyzmu

Wybiórczość pokarmowa, jedzenie wyłącznie kilku produktów, awantury przy stole, odmowa nowych potraw — to jedne z najczęstszych, a jednocześnie najrzadziej omawianych trudności w tej grupie. Polskie Towarzystwo Dietetyki poświęciło im w stanowisku z 2026 r. osobną, obszerną część [53].

Dlaczego to nie jest „kaprys”. Trudności z karmieniem i jedzeniem mają zwykle **podłoże wieloczynnikowe**: medyczne, sensoryczne, behawioralne i psychologiczne naraz. Dziecko, które odrzuca potrawę o określonej konsystencji, może reagować na bodziec sensoryczny, na wcześniejsze przykre doświadczenie, na ból brzucha albo na lek hamujący apetyt — i zwykle na kilka z tych rzeczy jednocześnie. Dlatego ocena wymaga spojrzenia na wszystkie te obszary, a nie tylko na zachowanie przy stole.

Kiedy to już nie jest tylko wybiórczość. Z ADHD i autyzmem mogą współwystępować zaburzenia odżywiania — **ARFID** (zaburzenie polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów), anoreksja, bulimia, zaburzenie z napadami objadania się oraz pica. To rozpoznania wymagające postępowania wielodyscyplinarnego, nie samej pracy nad jadłospisem [53].

Konsekwencje są realne i mierzalne. Ograniczona, monotonna dieta zwiększa ryzyko niedoborów, zaburzeń wzrastania i powikłań somatycznych — niezależnie od masy ciała. Dziecko o prawidłowej wadze może mieć poważny niedobór. O tym, dokąd to prowadzi w skrajnych przypadkach, piszemy w rozdziale 12.

Co pomaga:

- **Interwencje behawioralne** — w tym oparte na zasadach analizy zachowania — mają potwierdzoną skuteczność w zwiększaniu akceptacji pokarmów i ograniczaniu trudnych zachowań przy posiłkach u dzieci z autyzmem [53].
- **Organizacja otoczenia posiłku**: regularność, przewidywalność, ograniczenie bodźców rozpraszających. Przy ADHD działa to szczególnie dobrze, bo wprost adresuje trudności z funkcjami wykonawczymi i kontrolą impulsów [53].
- **Podejście interdyscyplinarne** — dietetyk, lekarz, psycholog, w razie potrzeby logopeda. Nie jedna osoba.

Czego nie robić. Terapia integracji sensorycznej **nie powinna być rutynowo zalecana** w leczeniu trudności z jedzeniem. Jeśli rozważa się oddziaływania oparte na bodźcach sensorycznych, mają być częścią szerszego planu, wycelowane w konkretną, nazwaną trudność — i monitorowane pod kątem efektu [53]. To ta sama zasada, którą opisujemy w rozdziale 10.6.



DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ „Czy warto ocenić sposób żywienia i stan odżywienia mojego dziecka — i kto powinien to zrobić?”

8. ADHD – metody o niepotwierdzonej skuteczności

Co zrobić, gdy metoda jest popularna, chwalona przez innych rodziców i... nie ma za sobą dowodów?

Metody z tego rozdziału nie mają solidnych dowodów skuteczności. Część jest neutralna i przyjemna dla dziecka. Problem zaczyna się wtedy, gdy **zastępują** leczenie o potwierdzonej skuteczności, pochłaniają budżet rodziny albo są sprzedawane jako rozwiązanie.

8.1 Neurofeedback (EEG-biofeedback)

● BRAK DOWODÓW

To najlepiej udokumentowany przykład zjawiska opisanego w rozdz. 3.3. Neurofeedback wygląda skutecznie w badaniach, w których rodzice i nauczyciele wiedzą, że dziecko przechodzi terapię. Gdy porównać go z **pozorowaną (sham) stymulacją** przy zachowanym zaślepieniu:

- Duże badanie z podwójnym zaślepieniem i 13-miesięczną obserwacją: poprawa w obu grupach, **brak przewagi** neurofeedbacku nad grupą kontrolną, ani po leczeniu, ani po 13 miesiącach [16].
- Badanie neurofeedbacku opartego na fMRI u 88 chłopców z ADHD: brak potwierdzenia skuteczności [18].
- Badanie z 2026 r. nad spersonalizowanym neurofeedbackiem upper-alpha: 80,7% uczestników w grupie aktywnej opanowało regulację (vs 36,4% w grupie sham) — a mimo to **obie grupy poprawiły się tak samo**, bez przewagi po leczeniu ani po 6 miesiącach [17].

Ostatni wynik jest szczególnie wymowny: dzieci naprawdę nauczyły się modulować aktywność mózgu. I nic z tego nie przełożyło się na objawy. Przegląd *BMJ* 2025 nie znalazł dla neurofeedbacku żadnych dowodów o pewności umiarkowanej lub wyższej [4]. Redakcja *American Journal of Psychiatry* skomentowała ten stan badań pytaniem, czy nie czas z tej metody zrezygnować [18a].

Neurofeedback jest w Polsce kosztowny (kilkadziesiąt sesji, często kilka tysięcy złotych) i szeroko oferowany. To najdroższy placebo w tym przewodniku.

8.2 qEEG – „mapowanie mózgu”, EEG ilościowe

● BRAK DOWODÓW jako narzędzie diagnostyczne

Zapis EEG poddany komputerowej analizie mocy fal mózgowych — najczęściej stosunku fal theta do beta. Sprzedawany jako „obiektywna diagnoza ADHD” albo jako podstawa do zaplanowania neurofeedbacku; zwykle w pakiecie z nim.

Co mówią wytyczne. Amerykańska Akademia Neurologii wydała stanowisko praktyczne poświęcone dokładnie temu wskaźnikowi [50]. Wniosek: stosunek theta/beta **nie jest wystarczająco dokładny, żeby potwierdzać rozpoznanie ADHD**. W analizowanych badaniach od 6 do 15% osób otrzymywało na tej podstawie rozpoznanie fałszywe.

Dlaczego nie działa. Różnica istnieje, ale na poziomie grup: u dzieci z ADHD stosunek theta/beta jest średnio 1,3–1,5 razy wyższy niż u rówieśników. Problem w tym, że **rozkłady się nakładają** — część dzieci z ADHD ma wynik prawidłowy, a część dzieci bez ADHD podwyższony. Wskaźnik podnosi też lęk, niewyspanie i zaburzenia nastroju. Podwyższony wynik nie wskazuje więc na ADHD, tylko na „coś”.



Sprawa NEBA — lekcja o tym, co znaczy „dopuszczone przez FDA”

W 2013 r. FDA dopuściła do obrotu urządzenie oparte na tym właśnie wskaźniku, jako **pomoc** w diagnostyce ADHD. Dopuszczenie opierało się na pojedynczym badaniu wykonanym przez producenta i nieudostępnionym publicznie [50].

Sprzedawcy cytują dziś tę decyzję jako dowód skuteczności. Nie jest nim. **Dopuszczenie do obrotu oznacza, że urządzenie uznano za wystarczająco bezpieczne, by je sprzedawać — nie że udowodniono, że działa.** To rozróżnienie warto zapamiętać, bo wraca przy wielu urządzeniach medycznych.

Praktycznie. qEEG nie zastępuje diagnozy klinicznej i nie może jej potwierdzić (rozdz. 4.1). Jeśli ktoś oferuje je jako „obiektywne badanie na ADHD”, uruchamia się sygnał ostrzegawczy z rozdziału 13 — obietnica obiektywnej diagnozy z aparatury.

8.3 Trening funkcji wykonawczych i „gry poznawcze”

● BRAK DOWODÓW na przeniesienie do życia

Trening pamięci roboczej poprawia... wyniki w zadaniach na pamięć roboczą. To tzw. **transfer bliski**. Problem w tym, że **transfer daleki** nie następuje: ani do zachowania w klasie, ani do ocen szkolnych, ani do funkcjonowania w domu.

Rozstrzygająca jest tu metaanaliza 36 badań RCT opublikowana w *Molecular Psychiatry* w 2023 r. Autorzy wyodrębnili 14 badań (631 uczestników) z **prawdopodobnie zaślepioną** oceną wyników i w tej grupie **nie stwierdzili istotnego efektu** ani na ogólne objawy ADHD, ani na nadpobudliwość i impulsywność. Odnotowane małe, krótkotrwałe efekty na nieuwagę uznano za prawdopodobnie **pozbawione istotności klinicznej**. Wniosek autorów: brak podstaw do stosowania treningu poznawczego jako samodzielnej interwencji w ADHD [15]. Wcześniejsza metaanaliza Europejskiej Grupy ds. Wytycznych ADHD prowadziła do tego samego wniosku [15b].

To dotyczy również komercyjnych programów typu Cogmed i aplikacji „trenujących mózg”.

PRZYKŁAD DO ĆWICZENIA — dwie metaanalizy, dwa wnioski

W 2025 r. ukazała się metaanaliza 37 badań nad skomputeryzowanym treningiem funkcji wykonawczych, której autorzy stwierdzili, że metoda „istotnie łagodzi objawy ADHD, poprawia jakość życia i funkcje wykonawcze” [15a]. Wniosek przeciwny do powyższego.

Skąd różnica? Analiza z 2023 r. **oddzieliła** badania z zaślepioną oceną od pozostałych i pokazała, że efekt istnieje tylko w tych drugich. Analiza z 2025 r. połączyła wszystkie badania razem i otrzymała średnią zdominowaną przez oceny osób, które wiedziały, kto był w treningu.

To ten sam mechanizm, który opisaliśmy w rozdziale 3.3. Gdy dwie metaanalizy mówią co innego, nie chodzi o to, „która jest nowsza” — tylko o to, **która rozdzieliła oceny zaślepione od niezaślepionych**. Przegląd parasolowy *BMJ* 2025 odnotował dokładnie tę sprzeczność między metaanalizami i brak dla tej metody dowodów wysokiej pewności [4].

Wyjątek wart odnotowania: cyfrowy terapeutyczny **EndeavorRx** (AKL-T01) uzyskał dopuszczenie FDA w 2020 r. dla dzieci 8–17 lat — ale jego wskazanie jest wąskie („poprawa funkcji uwagi mierzonej testem komputerowym”), a efekt na obiektywnej mierze uwagi (test TOVA) to ok. 0,5 SD wobec ok. 1,0 SD dla metylofenidatu [22, 22b]. W Polsce niedostępny. Traktować jako uzupełnienie o skromnym efekcie, nie jako alternatywę.

8.4 Integracja sensoryczna (SI) jako terapia ADHD

BRAK DOWODÓW na objawy rdzenne

W Polsce SI jest jedną z najczęściej proponowanych terapii. I jedną z najslabiej udowodnionych w tym wskazaniu. Dowody są mieszane i niskiej jakości, a duże badanie RCT (SenITA) nie wykazało korzyści ponad standardową opiekę [26a]. Kategoria diagnostyczna „zaburzenia przetwarzania sensorycznego” (SPD) jako samodzielne rozpoznanie **nie występuje ani w DSM-5-TR, ani w ICD-11**.

To nie znaczy, że trudności sensoryczne nie istnieją. Istnieją i bywają bardzo obciążające. Znaczy to, że **adaptacja otoczenia i przeszkolenie opiekunów w konkretnych strategiach** (słuchawki wygłuszające, głęboki docisk, dostosowanie ubrań, przewidywalne przerwy, ograniczenie bodźców) mają lepsze udokumentowanie niż comiesięczne opłacanie sesji na huśtawce [26]. Szerzej: rozdz. 10.6.

8.5 Suplementy: witaminy, minerały, probiotyki

BRAK DOWODÓW poza korekcją potwierdzonego badaniem niedoboru.

To rozdział, który warto przeczytać przed następną wizytą w aptece. Polskie Towarzystwo Dietetyki w stanowisku z 2026 r. zajęło się po kolei wszystkimi popularnymi grupami suplementów i wniosek jest za każdym razem podobny [53].

Zasada nadrzędna, sformułowana wprost: samo rozpoznanie ADHD lub autyzmu **nie jest wystarczającym uzasadnieniem** do stosowania suplementów. Decyzja powinna wynikać z oceny sposobu żywienia, stanu odżywienia i ryzyka niedoborów — a nie z diagnozy [53].

Suplement	Co mówią dane
Preparaty wieloskładnikowe	Brak podstaw do rutynowego stosowania
Witamina D	Profilaktyka i leczenie niedoboru – jak w całej populacji dziecięcej. Dane o wpływie na objawy ADHD i ASD są ograniczone i niespójne; nie suplementuje się jej po to , żeby złagodzić objawy
Minerały (cynk, magnez, żelazo)	Tylko przy potwierdzonym niedoborze, niewystarczającej podaży, zaburzonym wchłanianiu lub zwiększonym zapotrzebowaniu
Probiotyki, prebiotyki, synbiotyki, postbiotyki	Mimo intensywnych badań nad mikrobiotą – brak podstaw do rutynowego stosowania wobec objawów rdzennych. Przy dolegliwościach żołądkowo-jelitowych decyduje odrębne wskazanie kliniczne
Witaminy w wysokich dawkach	Bez uzasadnienia, a przy witaminach rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D) realne ryzyko toksyczności (rozdz. 12)

Co zrobić zamiast. Jeśli podejrzewacie niedobór — oznaczcie go. Badanie laboratoryjne kosztuje zwykle mniej niż kwartał suplementacji w ciemno i daje odpowiedź zamiast domysłu. Podstawą wspierania mikrobioty pozostaje zróżnicowana dieta bogata w błonnik, a nie kapsułka.

8.6 Soplówka jeżowata (*Hericium erinaceus*, „lion's mane”)

● BRAK DOWODÓW w ADHD

Grzyb, który w ostatnich dwóch latach zrobił zawrotną karierę w grupach rodzicielskich i na półkach z suplementami — jako „naturalny nootropik”, „wsparcie koncentracji”, czasem wprost jako łagodniejsza alternatywa dla leków. Włączamy go do przewodnika, bo pytania o niego pojawiają się coraz częściej.

Skąd wziął się ten pomysł. Soplówka zawiera związki (erinacyny, hericenony), które w badaniach laboratoryjnych i na zwierzętach pobudzają wytwarzanie czynnika wzrostu nerwów. To realne odkrycie biologiczne — i typowy początek drogi, na której końcu **czasem** stoi skuteczny lek, a znacznie częściej nie stoi nic.

Co wiadomo o ludziach. Istnieje kilka małych badań z randomizacją, prowadzonych na **zdrowych dorosłych**, zwykle przez 4–8 tygodni. Wyniki są mieszane: część prac pokazuje niewielką poprawę w zadaniach na uwagę i pamięć roboczą oraz w subiektywnej ocenie snu, część nie pokazuje nic. Próby są małe, czas obserwacji krótki, a preparaty różne [49].

Czego nie wiadomo — i to jest tu najważniejsze:

- Nie ma ani jednego badania z udziałem dzieci.
- Nie ma ani jednego badania u osób z ADHD. Jedyna praca, jaką udało się nam odnaleźć w tym wskazaniu, to **protokół** badania na modelu zwierzęcym — czyli opis eksperymentu, który dopiero ma zostać przeprowadzony [49].
- Nie wiadomo, czy efekt zaobserwowany u zdrowego dorosłego miałby jakiegokolwiek znaczenie u dziecka z ADHD. To dwie różne populacje i dwa różne pytania.

⚠ Pułapka nazewnictwa. W sklepach łatwo pomylić dwie zupełnie różne rzeczy: **soplówkę jeżowatą** (*Hericium erinaceus*, grzyb) i **jeżówkę purpurową** (*Echinacea purpurea*, roślina stosowana w preparatach „na odporność”). Nazwy brzmią podobnie, działanie nie ma ze sobą nic wspólnego. Sprawdzaj nazwę łacińską na opakowaniu.

Problem, o którym sprzedawcy nie mówią: to nie jest jeden produkt. Preparaty różnią się surowcem (owocnik czy grzybnia), metodą ekstrakcji i zawartością substancji czynnych. Dwa opakowania z tą samą nazwą mogą mieć zupełnie inny skład, a badanie przeprowadzone na jednym ekstrakcie nic nie mówi o drugim.

Bezpieczeństwo. U dorosłych profil wydaje się łagodny, działania niepożądane opisywane są rzadko. U dzieci **nie został przebadany**. Ostrożności wymagają: alergia na grzyby, choroby autoimmunologiczne, leczenie przeciwkrzepliwe oraz cukrzyca (możliwy wpływ na krzepnięcie i glikemię).

Praktycznie. To nie jest metoda szkodliwa i nie umieszczamy jej w rozdziale 12. To metoda **nieprzebadana w tej grupie wiekowej i w tym wskazaniu** — czyli dokładnie sytuacja numer trzy z rozdziału 3.5: nie wiemy, bo nikt nie sprawdził. Jeśli mimo to rozważacie suplementację, obowiązują trzy zasady: skonsultujcie ją z lekarzem prowadzącym, nie zastępujcie nią leczenia o potwierdzonej skuteczności i ustalcie z góry, po czym poznacie, że nie działa.

8.7 Terapia integracji odruchów, metoda Delacato / patterning

● BRAK DOWODÓW — brak wiarygodnych badań kontrolowanych. Metoda patterning była przedmiotem krytycznych stanowisk towarzystw pediatrycznych już kilkadziesiąt lat temu.

8.8 Muzykoterapia, dogoterapia, hipoterapia

● MOŻE POMÓC — ale nie w tym, w czym się ją reklamuje

Brak dowodów na wpływ na objawy rdzenne ADHD. Mogą wspierać dobrostan, motywację, relacje i przyjemność z aktywności — i to jest wystarczający powód, żeby z nich korzystać, jeśli dziecko je lubi i rodzinę na nie stać. Problem zaczyna się, gdy są sprzedawane jako **terapia ADHD** albo zastępują oddziaływania o potwierdzonej skuteczności.

8.9 Urządzenia „częstotliwościowe”, Cytotron, terapie rezonansowe

● BRAK DOWODÓW — brak recenzowanych badań potwierdzających działanie w ADHD. A koszt to zwykle tysiące złotych.

8.10 Zewnętrzna stymulacja nerwu trójdzielnego (eTNS)

● NIEPEWNE

Urządzenie Monarch eTNS uzyskało dopuszczenie FDA w 2019 r. dla dzieci 7–12 lat, na podstawie **tylko jednego** badania pilotażowego z 62 uczestnikami [23]. Baza dowodowa jest zbyt szczupła, żeby rekomen-

dować. W Polsce praktycznie niedostępne. Wymieniamy je, żeby rodzic, który trafi na taką ofertę, wiedział, na czym stoi.

8.11 Mikropolaryzacja przezczaszkowa

● BRAK DOWODÓW — ale z ważnym zastrzeżeniem

Przepuszczanie przez czaszkę bardzo słabego prądu stałego. Metoda opracowana w Instytucie Mózgu Człowieka Rosyjskiej Akademii Nauk Medycznych, w Polsce oferowana w części gabinetów — przy ADHD, autyzmie i opóźnieniu rozwoju mowy.

Tu potrzebne jest rozróżnienie, bo sprawa nie jest czarno-biała. Mikropolaryzacja to w istocie starsza odmiana tego, co w piśmiennictwie światowym nazywa się **tDCS** (przezczaszkowa stymulacja prądem stałym). Sama zasada fizyczna jest przedmiotem poważnych badań i nie jest szarlatanerią. Rozjeżdżają się natomiast dwie rzeczy: to, co bada nauka, i to, co sprzedaje gabinet.

Badania nad samą mikropolaryzacją to kilka małych prac z jednego ośrodka, publikowanych w rosyjskim piśmiennictwie — m.in. 57 dzieci z ADHD z poprawą raportowaną u 71–77% oraz 17 dzieci z autyzmem [51]. Bez zaślepienia, bez grupy kontrolnej spełniającej dzisiejsze standardy, bez niezależnego powtórzenia gdziekolwiek indziej. W hierarchii z rozdziału 3.1 to poziom 4.

Badania nad tDCS to literatura realna i rosnąca — ale jej wyniki nie układają się na korzyść metody. Mniejsze metaanalizy pokazują niewielką poprawę uwagi i impulsywności, natomiast **najnowsza i największa analiza, obejmująca 28 badań z randomizacją i 1864 uczestników, nie wykazała istotnej skuteczności** wobec objawów rdzennych ADHD ani funkcji wykonawczych [52]. Tolerancja jest przy tym dobra — metoda nie wyrządza szkody, po prostu nie pomaga w stopniu, który dałoby się wykazać.

Dlaczego to ważne rozróżnienie. Gabinet oferujący „mikropolaryzację” nie stosuje protokołu z badania klinicznego: inne są parametry prądu, inne rozmieszczenie elektrod, inna liczba sesji, a efekt ocenia zwykle rodzic, który wie, że dziecko było poddane zabiegowi. To dokładnie ten układ, który w rozdziale 3.3 produkuje pozorną skuteczność.

💬 **DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ** „Na jakim protokole opiera się ta stymulacja i w którym badaniu ten protokół był sprawdzany? Kto oceni efekt — i czy będzie wiedział, że dziecko przeszło zabieg?”

Praktycznie. Nie umieszczamy mikropolaryzacji wśród metod szkodliwych: ryzyko jest niskie. Ale płacenie za serię zabiegów, dla których najmocniejszy dostępny dowód mówi „brak istotnej skuteczności”, to kupowanie nadziei, nie leczenia.

8.12 Neurografika

● BRAK DOWODÓW jako metoda terapeutyczna

Technika rysunkowa stworzona w 2014 r. przez rosyjskiego psychologa Pawła Piskariowa. Polega na kreśleniu swobodnej, „neurograficznej” linii i zaokrąglaniu miejsc, w których się przecina. Reklamowana jako narzędzie rozwiązywania wewnętrznych konfliktów, radzenia sobie ze stresem i „transformacji” emocji; w Pol-

sce prowadzona na warsztatach, także w przedszkolach i szkołach, oraz w systemie płatnych szkoleń certyfikacyjnych.

Co pokazuje wyszukiwanie w bazach naukowych. Sprawdziliśmy PubMed — największą bazę publikacji biomedycznych. Hasło „neurographica”: **zero wyników**. „Piskarev neurographic”: **zero wyników**. Jedyne trafienie na „neurographic art” dotyczy pracy o mapowaniu nerwu błędnego i nie ma z metodą nic wspólnego [54].

Nie znaleźliśmy ani jednego badania z grupą kontrolną, ani jednej recenzowanej publikacji o skuteczności metody — ani w ADHD, ani w czymkolwiek innym. Deklaracje o „uderzających rezultatach” pochodzą ze strony samej metody.



Przedrostek „neuro-” jako chwyt marketingowy

Warto zauważyć, na czym opiera się wiarygodność tej nazwy. „**Neuro-” sugeruje neuronaukę, ale samo w sobie niczego nie dowodzi.** Metoda ma zarejestrowane prawo autorskie i znak towarowy — to jednak rejestracja własności intelektualnej, nie walidacja naukowa. Urząd patentowy nie sprawdza, czy coś działa; sprawdza, czy ktoś inny nie zgłosił tego wcześniej.

Ten sam mechanizm spotkasz przy neurofeedbacku (rozdz. 8.1), „neurokoachingu” czy „neurodydaktyce”. Za każdym razem warto zadać to samo pytanie: **gdzie jest ta neuronauka?** Jeśli odpowiedzią są rysunki mózgu na stronie, a nie publikacje — przedrostek jest ozdobą, nie treścią.

Czy to znaczy, że rysowanie szkodzi? Nie. Rysowanie bywa przyjemne, uspokajające i daje dziecku sposób na wyrażenie tego, czego nie umie powiedzieć słowami. To prawda — ale prawda o **rysowaniu w ogóle**, nie o tej konkretnej technice. Nie wykazano, żeby „linia neurograficzna” robiła cokolwiek, czego nie robi zwykłe bazgranie kredkami.

Praktycznie. Jeśli dziecko lubi takie zajęcia i są w zasięgu finansowym rodziny — niech rysuje. Problem zaczyna się wtedy, gdy neurografika jest sprzedawana jako **terapia ADHD albo autyzmu**, gdy zastępuje oddziaływania o potwierdzonej skuteczności albo gdy rodzina płaci za kurs certyfikacyjny w przekonaniu, że kupuje metodę leczniczą. To ta sama sytuacja co przy muzykoterapii i dogoterapii (rozdz. 8.8) — z jedną różnicą: tam nikt nie obiecuje wpływu na mózg w nazwie.

9. Spektrum autyzmu – zanim wybierzesz terapię

Przy autyzmie musimy powiedzieć coś, co może Cię zaskoczyć. I czego zwykle nie mówi się głośno.

Dowody w tej dziedzinie są słabsze, niż sugeruje rynek terapii. Dotyczy to również metod uznawanych za standard.

9.1 Trzy rzeczy, które trzeba wiedzieć przed czytaniem rozdziału 10

Po pierwsze — wczesne wsparcie ma uzasadnienie. Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca przesiewowe badania w kierunku autyzmu w 18. i 24. miesiącu życia oraz **równoległe** skierowanie na diagnostykę i do wczesnego wsparcia, żeby nie tracić czasu w oczekiwaniu na formalne rozpoznanie [22a].

Po drugie — jakość dowodów w tej dziedzinie jest dużo słabsza, niż sugeruje rynek. To najtrudniejsza informacja w tym przewodniku i nie zamierzamy jej łagodzić. Największa istniejąca metaanaliza nefarmakologicznych interwencji dla małych dzieci z ASD — Project AIM, w aktualizacji opublikowanej w *BMJ* w 2023 r., obejmującej 252 badania — wykazała, że **po ograniczeniu analizy do badań RCT z miarami wolnymi od błędu detekcji żaden typ interwencji nie wiązał się z istotnym efektem na żaden wynik rozwojowy dziecka** [24].

Po trzecie — nikt systematycznie nie mierzy szkód. Analiza raportowania w badaniach nad wczesnymi interwencjami w autyzmie wykazała, że zdarzenia niepożądane są zgłaszane w mniejszości badań [25].

9.2 Co z tym zrobić jako rodzic

Powyższe **nie znaczy**, że nie należy nic robić. Znaczą trzy rzeczy praktyczne:

1. **Bądź sceptyczny wobec obietnic o konkretnych efektach** — zwłaszcza liczbowych („wzrost IQ o X punktów”, „Y% dzieci osiąga funkcjonowanie typowe”).
2. **Traktuj cele funkcjonalne i komunikacyjne jako priorytet** — dziecko, które potrafi zakomunikować, czego chce, cierpi mniej, niezależnie od tego, co pokazują metaanalizy.
3. **Oceniaj konkretnego terapeutę i konkretne postępy twojego dziecka**, nie markę metody.

9.3 Nasze stanowisko wobec sporu o cele terapii

Środowiska osób w spektrum autyzmu od lat wskazują, że część oddziaływań — historycznie zwłaszcza intensywne programy nastawione na posłuszeństwo i „wygaszanie” zachowań autystycznych, była doświadczana jako krzywdząca [28]. Badacze wskazują z kolei, że dane na temat szkód są słabe głównie dlatego, że nikt ich nie zbierał [25].

Nasze stanowisko jest takie: **spór nie dotyczy tego, czy wspierać dziecko. Dotyczy tego, po co.** Odróżniamy:

Cel uzasadniony	Cel problematyczny
dziecko potrafi zakomunikować potrzebę	dziecko mówi pełnymi zdaniami „jak rówieśnicy”
dziecko radzi sobie z przeciążeniem sensorycznym	dziecko nie stimuje w miejscach publicznych
dziecko jest bezpieczne (nie ucieka, nie rani siebie)	dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy
dziecko ma satysfakcjonujące relacje	dziecko ma relacje wyglądające typowo



DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ „Które z celów w planie terapii służą dobrostanowi mojego dziecka, a które temu, żeby zachowywało się »typowo«? Kto uznał to za cel?”

10. ASD – co mówią najlepsze dostępne dowody

Które metody naprawdę mają za sobą badania? I co to znaczy „mają”, kiedy przyjrzeć się bliżej?

10.1 Wczesna intensywna interwencja behawioralna (EIBI) / Stosowana Analiza Zachowania (ABA)

Metoda z największą liczbą badań, a jednocześnie z bazą dowodową słabszą, niż się powszechnie sądzi.

Co jest prawdą: EIBI/ABA ma najliczniejszą literaturę spośród wszystkich oddziaływań w autyzmie i była przez dwie dekady rekomendowana przez główne towarzystwa. Wiele rodzin relacjonuje realne postępy, zwłaszcza w komunikacji funkcjonalnej i redukcji zachowań niebezpiecznych.

Co też jest prawdą: znaczna część tej literatury to badania bez randomizacji, z małymi próbami, bez zaślepienia i z pomiarami wykonywanymi przez osoby zaangażowane w terapię — a zatem nieobiektywnymi. Po zastosowaniu rygorystycznych filtrów jakościowych efekty **nie utrzymują się** [24].

Często cytowana rekomendacja „**25 godzin tygodniowo**” pochodzi z raportu National Research Council *Educating Children with Autism* z 2001 r. Komitet zapisał, że istnieje „bardzo silny konsensus” co do co najmniej 25 godzin tygodniowo — była to więc zgoda ekspertów, a nie wynik badań porównujących różne intensywności [48]. Nowsza metaanaliza zależności między ilością interwencji a wynikami **nie potwierdziła prostej zależności „więcej godzin = lepsze efekty”** [24a]. Warto o tym wiedzieć, zanim rodzina zadłuży się na program 25–40 godzin tygodniowo.

🟡 **Podsumowanie uczciwe:** EIBI/ABA jest najlepiej zbadaną metodą, ale „najwięcej badań” nie równa się „najmocniejsze dowody”. Jeśli wybieracie tę drogę, patrzcie na styl pracy konkretnego zespołu (rozdz. 10.7), nie na etykietę.

10.2 Naturalistyczne interwencje rozwojowo-behawioralne (NDBI)

Np. Early Start Denver Model (ESDM), JASPER, PRT. Łączą podejście rozwojowe z behawioralnym, prowadzone są w zabawie i w naturalnym otoczeniu, silnie angażują rodzica. Uważane obecnie za kierunek wiodący we wczesnej interwencji.

Dowody: rosnąca baza, ale z tymi samymi zastrzeżeniami metodologicznymi — Project AIM wskazał na szczególną zależność wyników NDBI od miar obarczonych błędem detekcji [24].

Dlaczego mimo to je wyróżniamy: są mniej obciążające dla dziecka, angażują rodzinę w codziennym kontekście, a ich cele są z natury bliższe funkcjonowaniu niż „poprawności” zachowania.

10.3 Komunikacja – obszar o najmocniejszym uzasadnieniu

Terapia logopedyczna oraz komunikacja wspomagająca i alternatywna (AAC) — obrazkowe systemy wymiany (PECS), tablice komunikacyjne, aplikacje, urządzenia generujące mowę.

To obszar, w którym rekomendacja jest najmocniejsza i najmniej kontrowersyjna: dziecko, które ma sposób na zakomunikowanie potrzeby, doświadcza mniej frustracji, a wiele „trudnych zachowań” okazuje się próbą komunikacji.

Ważne, bo mit jest uporczywy: wprowadzenie AAC **nie opóźnia i nie blokuje rozwoju mowy**. W przeglądzie 23 badań ani jeden przypadek nie wykazał spadku produkcji mowy po wprowadzeniu AAC. U 89% odnotowano poprawę, u 11% brak zmiany [37].

 **DZIAŁA** — priorytet nr 1 przy trudnościach komunikacyjnych.

10.4 TEACCH i nauczanie ustrukturyzowane

Organizacja przestrzeni, wizualne plany dnia, przewidywalne sekwencje, jasne oznaczenie „co teraz, co potem”. Dowody na redukcję objawów rdzennych są ograniczone, ale jako **strategia adaptacji środowiska** — zwłaszcza w edukacji — ma solidne uzasadnienie praktyczne i niskie ryzyko.

Warto to postrzegać nie jako „terapię dziecka”, tylko jako **modyfikację otoczenia**, żeby było dla dziecka czytelne. Ta zmiana perspektywy jest zgodna z podejściem afirmującym neuroróżnorodność.

10.5 Trening umiejętności społecznych (TUS)

Umiarkowane, potwierdzone efekty u dzieci starszych i nastolatków — z istotnym zastrzeżeniem: część programów uczy **maskowania**, czyli udawania neurotypowości, co wiąże się z gorszymi wynikami zdrowia psychicznego w dłuższej perspektywie [32].

Różnica, na którą trzeba koniecznie zwrócić uwagę: program dobry uczy rozpoznawania własnych granic, proszenia o pomoc, wyjaśniania swoich potrzeb i nawiązywania relacji na własnych warunkach. Program problematyczny uczy kontaktu wzrokowego, „odpowiedniego” tonu głosu i tłumienia stimmingu. Nie jest formą wsparcia dla dziecka, a jedynie próbą dopasowania go do oczekiwań otoczenia.

10.6 Interwencje sensoryczne – co konkretnie ma wsparcie

Tu potrzebne jest rozróżnienie, które w polskiej praktyce niemal nie funkcjonuje: „**terapia integracji sensorycznej**” to co innego niż „**wspierająca strategia sensoryczna**” — i skuteczność tych podejść jest zupełnie różna.

Terapia SI jako całościowa metoda: duże brytyjskie badanie RCT (SenITA, 138 dzieci) nie wykazało istotnych korzyści klinicznych ponad standardową opiekę ani po 6, ani po 12 miesiącach [26a].

Konkretne strategie sensoryczne: przegląd systematyczny badań z lat 2015–2024 wykazał natomiast **silne dowody** dla dwóch rzeczy: **głębokiego docisku (deep pressure)** oraz — co szczególnie warto podkreślić — **szkolenia opiekunów w zakresie stosowania strategii sensorycznych** w codziennym otoczeniu [26]. Chodzi przede wszystkim o zarządzanie bodźcami i profilaktykę przeciążenia sensorycznego.

Wniosek praktyczny: dowody naukowe wskazują, że skuteczną metodą wsparcia dzieci w spektrum autyzmu jest nauczanie rodzica i nauczyciela, jak dostosować otoczenie i jakich strategii używać w domu i w klasie — a nie cotygodniowe sesje w sali terapeutycznej. To zresztą wniosek zbliżony z podejściem afirmującym: zmieniamy środowisko wokół dziecka, zamiast „naprawiać” dziecko.

 **DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ** „Czego nauczycie **mnie**, żebym mógł/mogła stosować to w domu — a co będzie się działo wyłącznie podczas sesji z dzieckiem?”

10.7 Jak ocenić konkretny zespół terapeutyczny – niezależnie od metody

Ponieważ sama nazwa metody mówi mniej, niż się wydaje, warto wiedzieć, co realnie różnicuje jakość. Ta tabela jest adekwatna dla **każdej** metody: ABA, NDBI, TEACCH, terapii logopedycznej czy zajęć w przedszkolu.

Legenda:  zielona flaga — dobry znak ·  czerwona flaga — sygnał ostrzegawczy

Obszar	 Zielona flaga	 Czerwona flaga
Ustalanie celów	Terapeuta pyta o wasze cele i uwzględnia je w planie	Plan jest gotowy zanim ktokolwiek zapytał o wasze priorytety
Treść celów	Cele dotyczą komunikacji, bezpieczeństwa, samodzielności oraz dobrostanu dziecka	Cele dotyczą tego, jak zachowanie wygląda z zewnątrz – dla otoczenia
Postawa dziecka na sesji	Dziecko jest zaangażowane, wolno mu odmówić i przerwać	Płacz i opór opisywane jako „normalny etap adaptacji”
Stimming	Nie jest celem do wygaszenia, chyba że dziecko rani siebie	Wygaszany rutynowo, bo „przeszkadza” lub „wygląda dziwnie”
Obecność rodzica	Rodzic może obserwować sesję i jest uczony strategii do zastosowania w domu	Sesje bez wglądu rodziców, „bo dziecko lepiej pracuje samo”
Dokumentowanie	Postępy mierzone, zapisywane i regularnie pokazywane rodzicom	Ocena postępu opiera się na wrażeniu terapeuty; brak możliwości wglądu w przebieg postępów
Uczciwość poznawcza	Terapeuta mówi otwarcie, czego nie wie i czego metoda nie zrobi	Metoda przedstawiana jako odpowiedź na wszystkie problemy, jako recepta
Reakcja na przeciążenie	Terapeuta zauważa sygnały i zmienia tempo adekwatnie do potrzeb i możliwości dziecka	Przeciążenie traktowane jako opór do przełamania
Intensywność	Dobierana do dziecka i możliwości rodziny	Liczba godzin do zrealizowania wyznacza tempo pracy
Warunki umowy	Można przerwać i modyfikować; podlega wspólnej ocenie efektów	Umowa na wiele miesięcy z góry, bez kryteriów oceny i bez możliwości dopasowania do potrzeb dziecka

11. ASD – metody o niepotwierdzonej skuteczności

Wiele z poniższych metod jest w Polsce szeroko dostępnych, chętnie polecanych i zwykle sownie płatnych. Żadna nie ma jednak solidnych dowodów skuteczności w terapii osób w spektrum autyzmu.

- **Diety eliminacyjne (bezglutenowa, bezkazeinowa/GFCF)** — poza potwierdzoną celiakią lub alergią brak dowodów na poprawę objawów; realne ryzyko niedoborów pokarmowych, zwłaszcza u dzieci z i tak wąskim repertuarem żywieniowym.
 - **Integracja sensoryczna jako całościowa terapia autyzmu** — dowody mieszane i niskiej jakości; duże RCT nie wykazało korzyści ponad standardową opiekę [26].
 - **Terapia SPD jako samodzielne rozpoznanie i terapia** — kategoria nieuznawana w DSM-5-TR i ICD-11.
 - **Terapia integracji odruchów, metoda Delacato / patterning** — brak wiarygodnych badań kontrolowanych.
 - **Suplementacja cynkiem, magnezem, witaminami w wysokich dawkach** poza korekcją stwierdzonego niedoboru — brak przekonujących dowodów.
 - **Muzykoterapia, dogoterapia, hipoterapia** — mogą wspierać dobrostan i motywację, zwykle są też lubiane przez dzieci; brak jednak dowodów na wpływ na objawy rdzenne. Wartościowe jako uzupełnienie, nie jako podstawa.
 - **Terapie „częstotliwościowe”, urządzenia rezonansowe, Cytotron** — brak recenzowanych badań.
 - **Trening słuchowy (metoda Tomatisa, terapia integracji słuchowej)** — brak potwierdzonej skuteczności; stanowiska towarzystw logopedycznych są krytyczne.
 - **Terapia komórkami macierzystymi** — poza badaniami klinicznymi brak dowodów, wysoki koszt, ryzyko procedury inwazyjnej.
-

12. Terapie o udokumentowanej szkodliwości

To rozdział, do którego wracamy najczęściej w rozmowach z rodzicami. I ten, który najtrudniej się pisze.

Nie chodzi tu już o brak skuteczności. Chodzi o **realne ryzyko krzywdy**: fizycznej, psychicznej albo prawnej. Jeśli rozpoznasz tu metodę, którą ktoś Ci proponuje, przerwij lekturę i skonsultuj się z lekarzem prowadzącym.

Chelatacja (terapia chelatująca, protokoły typu Cutlera)

Usuwanie „metali ciężkich” z organizmu dziecka mimo braku udokumentowanego zatrucia. Niezatwierdzone w leczeniu autyzmu i ADHD. Udokumentowane przypadki poważnych powikłań, w tym **zgonów dzieci**. W latach 2003–2005 opisano w USA trzy takie zgony; w jednym z nich pięcioletni autystyczny chłopiec zmarł wskutek zatrzymania krążenia po podaniu niewłaściwego preparatu (edetynian disodowy zamiast wapniowo-disodowego), co wywołało ciężką hipokalcemię [38]. Opiera się na hipotezie o roli metali w powstawaniu autyzmu, która nie znalazła potwierdzenia.

MMS / chloryn sodu / dwutlenek chloru („cudowny roztwór mineralny”)

De facto **przemysłowy wybielacz** podawany doustnie lub we wlewach doodbytniczych, sprzedawany jako środek „oczyszczający organizm z przyczyn autyzmu”. FDA ostrzega przed tymi preparatami od 2010 r., wskazując na: ciężkie wymioty, biegunkę, groźne dla życia spadki ciśnienia, uszkodzenia przewodu pokarmowego, niewydolność wątroby oraz **zgony** [29]. Ostrzeżenia wydały również urzędy europejskie i polskie. W USA sprzedawcy zostali skazani na kary wieloletniego więzienia.

To nie jest terapia alternatywna. To zatrucie dziecka.

Terapia CEASE (homeopatia + izopatia + „detoksykacja poszczepienna”)

Opiera się na fałszywym założeniu, że autyzm jest skutkiem „zatrucia” szczepionkami. To twierdzenie obalono w dziesiątkach dużych badań epidemiologicznych. Brak jakichkolwiek wiarygodnych badań skuteczności. Szkody: opóźnienie dostępu do wsparcia o potwierdzonej skuteczności, obciążające „protokoły oczyszczania”, a także realne obciążenie psychiczne. Narracja o „zatrutym dziecku” bywa źródłem poczucia winy u rodziców i urazu u dzieci.

Terapia hiperbaryczna (HBOT) stosowana rutynowo w ASD/ADHD

Przegląd Cochrane nie wykazał poprawy objawów rdzennych ani towarzyszących [27]. Procedura niesie ryzyko: barotrauma ucha (odnotowana w badaniach), w rzadkich przypadkach drgawki. Brak korzyści przy istniejącym ryzyku i wysokim koszcie.

Terapia sekretyną

Dokładnie przebadana w wielu badaniach RCT i **jednoznacznie odrzucona** jako nieskuteczna [27]. Bywa nadal oferowana. To modelowy przykład metody z kategorii „zbadano i nie działa”.

Facylitowana komunikacja (FC), Rapid Prompting Method (RPM), „Spelling to Communicate”

Metody, w których facylitator fizycznie prowadzi rękę lub kieruje uwagę osoby przy wskazywaniu liter. Kontrolowane badania prowadzone przez dekady w wielu krajach wykazały jednoznacznie, że **komunikat pochodzi od facylitatora, nie od osoby z niepełnosprawnością** [26a].

Udokumentowane szkody: pozbawienie osoby dostępu do rzeczywistej, niezależnej komunikacji (w tym do AAC, które działa) oraz przypadki **falszywych oskarżeń o wykorzystywanie seksualne** formułowanych rzekomo „w imieniu” dziecka, z ciężkimi konsekwencjami prawnymi i rodzinnymi. Amerykańskie Towarzystwo Logopedyczne (ASHA) jednogłośnie odradza FC i RPM [26b].

To szczególnie okrutna metoda: obiecuje rodzicowi głos dziecka, a odbiera mu dostęp do narzędzi, które ten głos naprawdę by dały.

Terapia awersyjna z użyciem bodźców bólowych

Stosowanie bodźców elektrycznych w reakcji na zachowania trudne. Praktyka znana przede wszystkim z ośrodka Judge Rotenberg Center w USA — jedynej takiej placówki na świecie. FDA zakazała tych urządzeń w 2020 r., zakaz został uchylony przez sąd apelacyjny w 2021 r., a nowy projekt zakazu opublikowano w marcu 2024 r. i **na wrzesień 2026 r. wciąż nie wszedł w życie** — po dwóch przesuniętych terminach FDA zapowiedziała rozstrzygnięcie do listopada 2026 r. [29a]. Praktyka jest potępiana przez ONZ, organizacje praw człowieka i towarzystwa naukowe jako niehumanitarna.

Uwaga: w Polsce metoda ta nie występuje. Wymieniamy ją, bo pojawia się w międzynarodowej dyskusji i bywa przywoływana jako argument w sporze o ABA.

Wysokodawkowa, niekontrolowana suplementacja i „protokoły detoksykacyjne”

Bardzo wysokie dawki witamin A i D, preparaty zawierające metale, „protokoły oczyszczania”. Ryzyko toksyczności narządowej: hiperkalcemia, uszkodzenie wątroby i nerek.

Restrykcyjne, wieloskładnikowe diety eliminacyjne bez nadzoru dietetyka

Przegląd systematyczny zidentyfikował 76 opisanych przypadków chorób z niedoboru u osób autystycznych — najczęściej **szkorbutu** (69,7% przypadków), ale też niedoboru witaminy A prowadzącego do kseroftalmii i ciężkiej światłowstrętności, przy czym w części przypadków **uszkodzenie wzroku okazało się nieodwracalne** [39]. Ryzyko jest szczególnie wysokie u dzieci autystycznych, które i tak mają wąski repertuar żywieniowy.

Oddziaływania nastawione na tłumienie ekspresji autystycznej

Wymuszanie kontaktu wzrokowego, karanie za stimming, izolacja jako konsekwencja zachowań autystycznych, stosowanie wstydu jako narzędzia. Krytykowane przez środowiska osób w spektrum autyzmu i część badaczy klinicznych jako szkodliwe dla dobrostanu psychicznego; związane z wyuczonym maskowaniem i jego konsekwencjami [32].

13. Jak rozpoznać pseudoterapię – checklista i 10 pytań do terapeuty

Ten rozdział możesz wyrwać i powiesić na lodówce. Albo zapisać w telefonie i otwierać za każdym razem, gdy ktoś proponuje Wam nową metodę.

13.1 Sygnały ostrzegawcze

Zachowaj czujność, gdy metoda lub osoba ją oferująca:

- ☐ obiecuje **całkowite wyleczenie** autyzmu lub ADHD
- ☐ opiera się na jednej, „autorskiej metodzie” bez publikacji w recenzowanych czasopismach
- ☐ każe **przerwać** leczenie zalecone przez lekarza lub psychologa
- ☐ wymaga długotrwałych, kosztownych „protokołów” bez jasnych kryteriów oceny postępu
- ☐ obwinia rodzica lub dziecko, gdy poprawa nie następuje („nie było wystarczającej wiary/konsekwencji”)
- ☐ powołuje się głównie na **opinie zadowolonych rodziców** zamiast na badania
- ☐ używa narracji o „toksynach”, „zatruciu szczepionkami”, „metalach ciężkich”, „pasożytach”, „wyciekającym jelicie” bez potwierdzonych badań laboratoryjnych
- ☐ oferuje „obiektywną diagnozę” ADHD/autyzmu z badania aparaturowego
- ☐ jest fizycznie bolesna, poniżająca albo wymusza uległość siłą
- ☐ wymaga podpisania umowy na wiele miesięcy z góry
- ☐ zniechęca do konsultowania metody z lekarzem prowadzącym
- ☐ twierdzi, że „medycyna oficjalna to ukrywa”
- ☐ sprzedaje jednocześnie diagnozę, terapię i suplementy

Trzy i więcej zaznaczonych pól? Zatrzymaj się i skonsultuj z lekarzem prowadzącym.

13.2 Dziesięć pytań, które warto zadać

Dobry specjalista odpowie na nie spokojnie i bez irytacji. Reakcja obronna jest sama w sobie informacją.

1. Jakie badania stoją za tą metodą? Czy są to badania z grupą kontrolną?
2. Czy skuteczność potwierdzono, gdy oceniający nie wiedział, kto był w terapii?
3. Jak duży jest efekt — czego konkretnie mam się spodziewać?
4. Po jakim czasie powinniśmy zobaczyć zmianę i po czym ją poznamy?

5. Co mierzycie i czy mogę zobaczyć wyniki mojego dziecka?
6. Jakie są możliwe działania niepożądane albo obciążenia dla dziecka?
7. Co się stanie, jeśli **nie** zdecydujemy się na tę terapię?
8. Czy ta metoda zastępuje, czy uzupełnia leczenie zalecone przez lekarza?
9. Jaki jest pełny koszt i czy mogę przerwać bez konsekwencji finansowych?
10. Czego ta metoda **nie** da mojemu dziecku?

Pytanie 10 jest najlepszym testem. Specjalista, który potrafi wymienić ograniczenia własnej metody, jest wart zaufania.

14. Fałszywi eksperci w epoce sztucznej inteligencji

Sygnaly ostrzegawcze z poprzedniego rozdziału działały przez dekady. Ale czy nadal wystarczą?

Niestety nie. Bo stara intuicja „ta strona wygląda profesjonalnie, więc pewnie jest poważna” przestała cokolwiek znaczyć. Ten rozdział jest o tym, co zmieniło się w ciągu ostatnich dwóch lat — czyli od czasu upowszechnienia generatywnej AI.

14.1 Studium przypadku: jedna twarz, dziewięć tożsamości

20 sierpnia 2026 roku Alicja Pasoń — matka dziecka z diagnozą ASD — opisała publicznie własne śledztwo [42], które zaczęło się od zwykłej reklamy na Facebooku. Reklama oferowała „28-dniowe wyzwanie” dla rodziców dzieci z ADHD. Autorka weszła na stronę produktu i zaczęła sprawdzać. Znalazła dziewięć wersji tej samej reklamy.

Ta sama fotografia kobiety była podpisana dziewięcioma różnymi nazwiskami — innym w każdej wersji językowej strony:

Rynek	Liczba tożsamości
Polska	dwie, występujące równolegle
Węgry	dwie, występujące równolegle
Czechy, Słowacja, Rumunia, Portugalia, Włochy	po jednej

Świadomie nie przytaczamy tych nazwisk. Są to tożsamości marketingowe, ale brzmią jak prawdziwe nazwiska — a osoby, które je realnie noszą, nie mają z tą sprawą nic wspólnego.

Każda z tożsamości miała ten sam życiorys: ponad 30 lat doświadczenia i ponad 12 opublikowanych książek. Autorce śledztwa nie udało się odnaleźć tytułów tych książek, numerów ISBN ani wpisów w katalogach bibliotecznych.

Co jeszcze wykazało śledztwo:

- **Obietnice bez źródeł.** Metodę opisywano jako „udowodnioną naukowo”, z efektami „w 28 dni lub mniej”, bez leków i terapii. Na pytanie o konkretne publikacje obsługa klienta nie odpowiadała wprost, tylko przekazywała pytanie „do zespołu”. Oczywiście — od „zespołu” odpowiedź nigdy nie nadeszła.
- **Statystyki nie do sprawdzenia.** Na stronach pojawiało się twierdzenie, że „6 na 10 dzieci ma ADHD”, oraz liczby przypisywane GUS bez wskazania metodologii. Dla porównania: metaanalizy mówią o ok. 6–8% dzieci i młodzieży (rozd. 5.5). Podana liczba jest zawyżona mniej więcej dziesięciokrotnie.
- **Fałszywy dowód społeczny.** Na stronie widniała sekcja opinii stylizowanych na komentarze z Facebooka, z notą o tysiącach zadowolonych rodziców i ocenie ok. 4,7/5. Powiązany realny profil miał ok. 4,1 tys. obserwujących, **dwie posty**, brak ocen i brak linków do stron sprzedażowych.

- **Niespójna tożsamość sprzedawcy.** Polityka prywatności jednej z wersji językowych odwoływała się do zupełnie innej domeny niż ta, którą użytkownik akurat przeglądał. W danych kontaktowych pojawiały się różne podmioty w zależności od wersji.
- **Struktura sprzedażowa.** Sztuczna przecena (157 zł → 19,97 zł, „-87%”), presja czasu, ten sam lejek powielony w wielu krajach z minimalnymi zmianami.

Inicjatorka śledztwa podkreśla rzecz, która jest tu najważniejsza: **rozpoznanie mistyfikacji zajęło jej kilka godzin świadomej pracy**, z przeszukiwaniem polityk prywatności i baz bibliotecznych włącznie. Rodzic zmęczony, zaniepokojony stanem dziecka i szukający pomocy zwykle takich zasobów po prostu nie ma.

🚫 **To nie jest historia o naiwności rodziców**, tylko o przewadze technologicznej po stronie sprzedawcy. Osoba, która dała się nabrać, nie popełniła błędu poznawczego — trafiła na produkt zaprojektowany tak, żeby uśpić czujność i nakłonić do zakupu.

14.2 Ciąg dalszy śledztwa: jedna serwerownia, siedem rynków

Post Alicji Pasoń kończy się na dziewięciu twarzach. Sprawdziliśmy więc, co jeszcze kryje się pod spodem — korzystając wyłącznie z danych publicznych: rejestrów DNS, map witryn i treści samych stron. Ustalenia z 22 sierpnia 2026 r., czyli **dwa dni po publikacji posta**. To ma znaczenie, bo opisywane strony bywają zmieniane albo znikają w ciągu kilku dni.

Zebrane dane wskazują, że nie mamy do czynienia z dziewięcioma niezależnymi stronami.

Marka, pod którą sprzedawany jest program, nazywa się w każdym kraju praktycznie tak samo: „udani rodzice”, „skuteczni rodzice”, „sukcesy rodziców”. **Pięć z tych domen — bułgarska, czeska, słowacka, rumuńska i portugalska — w dniu sprawdzenia wskazywało na dokładnie ten sam adres serwera.** Nie na podobny. Na ten sam. Wersje czeska, słowacka i węgierska działają dodatkowo na komercyjnej platformie do budowy lejków sprzedażowych, utrzymywanej na serwerach litewskich.

Adresy podstron zawierają transliterowane **bułgarskie** słowa — na wszystkich rynkach, także portugalskim i rumuńskim:

Fragment adresu	Bułgarski	Znaczenie	Sprzedawany produkt
gnqv / gnyav	гняв	gniew	kurs o złości dziecka
vikane	викане	krzyk	„wyzwanie bez krzyku”
ocenki	оценки	oceny	kurs o wynikach w szkole
karti	карти	karty	karty do rozmów z dzieckiem
prosta / slojna	проста / сложна	prosta / złożona	dwie wersje lejka sprzedażowego

Wersja bułgarska jako jedyna używa tych nazw **bez** dopisku kraju — pozostałe mają doklejone **-cz**, **-ro**, **-pt**. Taki układ jest typowy dla wersji pierwotnej i jej lokalizacji, choć sam w sobie tego nie dowodzi.

Nazwisko „ekspertki” w wersji bułgarskiej i jedna z dwóch polskich tożsamości to **to samo nazwisko w dwóch wariantach fonetycznych** — oryginalnym i spolszczonym. Nie jest to podobieństwo ani zbieżność brzmienia: to ten sam wyraz zapisany raz cyrylicą, raz alfabetem łacińskim i dostosowany do polskiej wymowy.

Biogram jest tłumaczony słowo w słowo. Na każdym rynku ta sama formuła: ponad 30 lat pracy w psychologii dziecięcej, terapeutka, wykładowczyni i konsultantka, autorka ponad dwunastu książek. Po portugalsku, bułgarsku, czesku i słowacku. Identyczna treść, inne nazwisko.

ADHD to tylko jedna z kategorii. W mapie witryny jednej z domen znaleźliśmy **157 adresów**: lejki sprzedażowe o złości, o ocenach szkolnych, o uzależnieniu od ekranów, o lęku, karty do rozmów, „encyklopedia rodzicielstwa”. ADHD jest jednym z produktów w katalogu, nie tematem, któremu ktoś poświęcił trzydzieści lat.

Na żadnym rynku nie znaleźliśmy w widocznym miejscu nazwy firmy, adresu ani numeru rejestrowego. Jako kontakt podawano skrzynki Gmail. Ten sam adres e-mail obsługuje jednocześnie rynek bułgarski i portugalski.

❌ Fałszywa ekspertka nie jest tu więc produktem. Jest **elementem wymiennym** — jak etykieta na słoiku. Ten sam lejek sprzedażowy, ta sama obietnica i ten sam biogram są podstawiane pod kolejne rynki, a nazwisko i twarz dobiera się do kraju.

To zmienia charakter zagrożenia. Nie chodzi bowiem o jedną osobę, którą można zdemaskować i sprawa się kończy, tylko o **linię produkcyjną**, w której zdemaskowanie jednej tożsamości skończy się najwyżej wymianą zdjęcia i nazwiska na stronie.

Jak to sprawdziliśmy — możesz powtórzyć każdy krok

Wszystkie ustalenia opierają się na danych publicznych i darmowych narzędziach: **mapa witryny** (adres domeny plus `/sitemap.xml` — pokazuje wszystkie podstrony naraz, także te niewidoczne w menu), **sprawdzenie adresu IP domeny** (dowolne narzędzie „DNS lookup” w przeglądarce — jeśli kilka domen ma ten sam adres, stoją na tym samym serwerze), **czytanie adresów podstron** (często zdradzają język i strukturę operacji) oraz **Biblioteka Reklam Meta**.

Zajął nam to około godziny. Nie trzeba do tego żadnych szczególnych uprawnień — trzeba tylko wiedzieć, gdzie patrzeć.

Świadomie nie podajemy w tej publikacji adresów stron sprzedażowych, bo nie chcemy kierować na nie ruchu. Pełne zestawienie domen, adresów i dowodów technicznych Fundacja udostępnia na życzenie dziennikarzom, badaczom i organom nadzoru.

14.3 Co zmieniła generatywna AI?

Fałszywi eksperci istnieli zawsze. W ostatnich latach zmieniły się jednak trzy rzeczy i wszystkie trzy działają na niekorzyść rodzica.

Koszt. Wygenerowanie profesjonalnie wyglądającej strony, spójnej biografii „specjalistki”, tysięcy fałszywych opinii i zlokalizowanych wersji reklamy w dziewięciu językach jest dziś kwestią godzin, nie miesięcy pracy zespołu. Fałszywy autorytet naukowy można skalować równie łatwo jak reklamę kremu do twarzy.

Jakość fasady. Zniknęły sygnały, po których dawniej poznawało się oszustwo: łamana polszczyzna, kalki z angielskiego, siermiężna grafika, zdjęcia w niskiej rozdzielczości. Tekst wygenerowany przez model językowy jest poprawny, płynny i brzmi kompetentnie. Twarz wygenerowana przez model graficzny nie istnieje w żadnym banku zdjęć, więc nie wyszuka jej odwrotne wyszukiwanie obrazem.

Objętość. Powstało określenie **AI slop** — masowo produkowane treści, które wyglądają jak materiał merytoryczny, ale nie stoi za nimi ani wiedza, ani odpowiedzialność. Artykuły „o ADHD” pisane hurtowo pod wyszukiwarkę, e-booki składane w kilkanaście minut, posty w grupach rodzicielskich generowane po to, żeby zbudować wrażenie oddolnego zainteresowania. Wyszukiwarka i algorytm rekomendacji nie odróżniają tego od treści napisanej przez specjalistę.

Czego AI nie zmieniała: nadal nie da się wygenerować badania z randomizacją, recenzowanej publikacji z numerem DOI ani wpisu w rejestrze zawodowym. Dlatego weryfikacja przesunęła się z **oceny wyglądu** na **sprawdzanie śladów**. I to dobra wiadomość, bo ślady sprawdza się szybciej, niż się wydaje.



Rys. 6. Powierzchnię da się wygenerować w godziny. Śladów w rejestrach, katalogach i bazach publikacji — nie.

14.4 Red flagi charakterystyczne dla epoki AI

Do listy z rozdziału 13 dochodzą więc sygnały, których dziesięć lat temu jeszcze nie było.

Sygnal	Co konkretnie sprawdzić
Ekspert bez śladu w rzeczywistości	Nazwisko nie występuje w rejestrach zawodowych, katalogach bibliotecznych, bazach publikacji ani na konferencjach. Istnieje wyłącznie na własnej stronie sprzedażowej.
Dorobek podany zbiorczo, nigdy szczegółowo	„Ponad 30 lat doświadczenia”, „ponad 12 książek”, „setki przeszkolonych rodzin” – bez tytułów, dat, ISBN, nazw instytucji. Liczby zaokrąglone i niesprawdzalne.
Ta sama treść w wielu językach	Identyczna struktura strony, te same obietnice i ten sam układ sekcji w kilku krajach, przy różnych nazwiskach „autorów”.
Twarz nie do zweryfikowania	Zdjęcie nie pojawia się nigdzie indziej w sieci – albo pojawia się w banku zdjęć, albo pod innym nazwiskiem.
Tekst gładki, ale pusty	Płynny, poprawny język bez ani jednej konkretnej liczby, nazwiska badacza, nazwy czasopisma czy daty. Dużo zdań typu „badania pokazują” – zero informacji, które badania.
Statystyka bez metodologii	Efektowna liczba przypisana poważnej instytucji (GUS, WHO, „badania amerykańskie”) bez linku, roku i sposobu liczenia.
Opinie bez historii	Recenzje stylizowane na wpisy z mediów społecznościowych, osadzone na stronie sprzedawcy, których nie da się kliknąć ani odnaleźć u źródła. Konta autorów opinii bez historii aktywności.
Brak podmiotu odpowiedzialnego	Różne nazwy firm i domen w regulaminie, polityce prywatności i danych kontaktowych. Brak adresu, NIP-u, osoby do kontaktu.
Obsługa, która nie może odpowiedzieć	Na pytania merytoryczne: „przekażę do zespołu”. Odpowiedź nie przychodzi. Nikt nie potrafi wskazać badania stojącego za metodą.

14.5 Weryfikacja w dziesięć minut – pięć ruchów

Nie trzeba kilku godzin śledztwa. W większości przypadków wystarczy poniższa sekwencja, przerywana w momencie, w którym coś nie zagra.

- 1. Wpisz nazwisko eksperta w wyszukiwarkę razem ze słowem „psycholog”, „lekarz” lub nazwą uczelni.** Prawdziwy specjalista z trzydziestoletnim dorobkiem zostawia ślady: wystąpienia, współautorstwo, afiliacje, wywiady. Brak jakiegokolwiek śladu poza stroną sprzedażową to odpowiedź.
- 2. Sprawdź książki po tytułach, nie po liczbie.** Katalogi biblioteczne (w Polsce m.in. katalog Biblioteki Narodowej) i wyszukiwarki księgarskie są darmowe. Książka bez tytułu i numeru ISBN nie istnieje.
- 3. Sprawdź zdjęcie odwrotnym wyszukiwaniem obrazem.** Jeśli ta sama twarz występuje pod innym nazwiskiem albo w banku zdjęć, sprawa jest zamknięta. Jeśli nie występuje nigdzie, to również jest sygnał: zdjęcie mogło zostać wygenerowane.
- 4. Zajrzyj do Biblioteki Reklam Meta** (facebook.com/ads/library). To publiczne, darmowe narzędzie pokazujące wszystkie reklamy danego profilu, także te kierowane do innych krajów [46]. Jeśli ten sam produkt jest sprzedawany w siedmiu językach przez siedmiu różnych „ekspertów”, zobaczysz to w jednym miejscu w dwie minuty.

5. Sprawdź jedną liczbę. Wybierz najbardziej efektowną statystykę ze strony i poszukaj jej u źródła. Jeśli strona twierdzi, że „6 na 10 dzieci ma ADHD”, a metaanalizy mówią o ok. 6–8%, nie musisz sprawdzać niczego więcej.

... **DO ROZMOWY ZE SPECJALISTĄ** „Trafiłam na taką metodę w internecie — czy zna pan/pani jakiegolwiek badanie, które ją opisuje?”

To pytanie działa również jako test wiarygodności samego specjalisty.

14.6 Zanim udostępnisz dalej

Grupy rodzicielskie są dziś głównym kanałem dystrybucji takich produktów. Wnosi je tam nie sprzedawca, ale życzliwy rodzic, który chce pomóc innym. Zanim podasz link dalej, warto zrobić dwie rzeczy: sprawdzić choć jeden punkt z listy powyżej i napisać, czego **nie** wiesz („nie sprawdzałam badań, po prostu mi pomogło”). Uczciwe zastrzeżenie chroni innego rodzica lepiej niż entuzjastyczna rekomendacja.

Jeśli natomiast trafisz na materiał, który uznasz za mistyfikację — zrób zrzut ekranu z widocznym adresem strony i datą, a najlepiej zarchiwizuj stronę (np. przez web.archive.org). Treści tego typu bywają usuwane lub modyfikowane wkrótce po nagłośnieniu, a bez dokumentacji zgłoszenie do platformy czy do rzecznika praw konsumenta nie ma oparcia.

14.7 Dlaczego to jest rozdział o dowodach, nie o technologii

Można z tego rozdziału wyjść z wnioskiem: „nie ufaj niczemu w internecie”. To wniosek zły — prowadzi do nieufności wobec wszystkiego, w tym wobec rzetelnych źródeł, i w praktyce oddaje pole tym, którzy krzyczą najgłośniej.

Wniosek właściwy jest inny i jest ten sam, którym zaczyna się cały ten przewodnik: **nie oceniaj metody po tym, jak wygląda jej opis. Oceniaj ją po tym, jakie ślady zostawia.** Recenzowana publikacja, numer DOI, zarejestrowane badanie, wpis w rejestrze zawodowym, nazwisko, które da się sprawdzić. Sztuczna inteligencja świetnie podrabia powierzchnię i wciąż nie potrafi podrobić śladów.

Kryteria z rozdziału 3 — jakość dowodów, wielkość efektu, zaślepienie oceniających, pewność wyniku. Te kryteria nie zdezaktualizowały się przez AI. Stały się ważniejsze, bo są jedynym, czego nie da się wygenerować.

⚠ Zastrzeżenie do tego rozdziału

Opisujemy **mechanizm marketingowy**, a nie ustalenia jakiegokolwiek organu. Przytaczamy fakty możliwe do sprawdzenia przez każdego czytelnika — treść stron, ich adresy i publiczne dane techniczne — według stanu na **22 sierpnia 2026 r.** (weryfikacja całości: wrzesień 2026 r.). Strony tego rodzaju bywają zmieniane, więc stan w chwili lektury może być inny.

Nie formułujemy oceny prawnej i nie twierdzimy, że ktokolwiek popełnił przestępstwo — do takich rozstrzygnięć powołane są sądy, UOKiK i organy ścigania. Nie ujawniamy adresów stron sprzedażowych ani nazwisk używanych w kampanii.

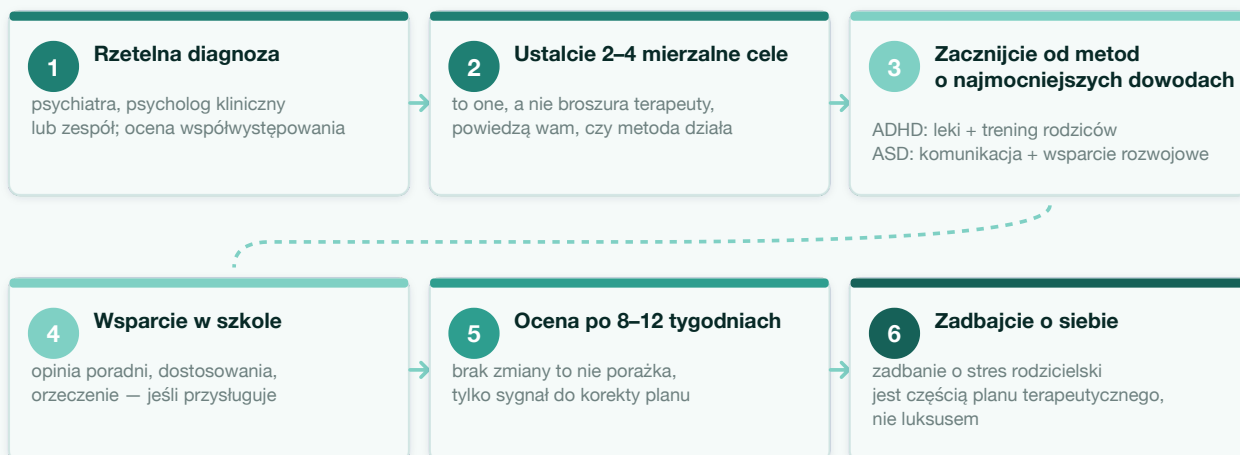
Jeżeli osoba lub podmiot, którego dotyczy ten opis, uzna go za nieścisły — prosimy o kontakt na kontakt@fundacjamindset.pl. Sprostujemy w kolejnym wydaniu.

Źródło studium przypadku. Sekcja 14.1 opiera się na publicznym poście Alicji Pasoń w serwisie Facebook [42]. Sekcja 14.2 to samodzielny research techniczny Fundacji przeprowadzony 22 sierpnia 2026 r. na danych publicznych (rejstry DNS, mapy witryn, treść stron) [43]. Świadomie nie podajemy adresów stron sprzedażowych — nie chcemy kierować na nie ruchu. Osoby chcące zweryfikować opisany mechanizm samodzielnie odsyłamy do Biblioteki Reklam Meta, gdzie warianty jednej kampanii w różnych krajach widać obok siebie.

15. Ścieżka rodzica krok po kroku – realia polskie

Ścieżka rodzica — od diagnozy do oceny efektów

Kolejność ma znaczenie: bez kroków 1 i 2 nie da się ocenić, czy cokolwiek działa.



Zasada nadrzędna:

terapia, która nie ma kryteriów oceny postępu, nie da się odróżnić od terapii, która nie działa.

Rys. 7. Ścieżka rodzica. Kroki 1 i 2 warunkują możliwość oceny pozostałych.

Krok 1. Rzetelna diagnoza

Nie zaczynaj od terapii. Zaczynij od diagnozy przeprowadzonej przez psychiatrę dziecięcego, psychologa klinicznego lub zespół interdyscyplinarny, z wywiadem od rodziców i szkoły. Diagnoza powinna obejmować także ocenę **współwystępujących** trudności (lęk, nastrój, trudności w uczeniu się, sen).

Realia: czas oczekiwania w publicznym systemie bywa liczony w miesiącach. Można w tym czasie działać — wdrażać dostosowania w szkole, pracować nad snem i rutynami, zapisać się na trening dla rodziców.

Krok 2. Ustalcie cele (rozdz. 4.3)

Zapiszcie 2–4 mierzalne cele. To one, a nie broszura terapeuty, powiedzą wam za trzy miesiące, czy coś działa.

Krok 3. Zaczynajcie od tego, co ma najmocniejsze dowody

- **ADHD, wiek szkolny:** farmakoterapia + trening behawioralny rodziców + dostosowania szkolne
- **ADHD, przedszkolak:** trening behawioralny rodziców w pierwszej kolejności [8, 9]
- **Autyzm, małe dziecko:** wsparcie komunikacji (logopedia, AAC) + interwencja rozwojowo-behawioralna z udziałem rodzica + adaptacja otoczenia

Krok 4. Załatwcie wsparcie w szkole

W polskim systemie oświaty dostępne są m.in.: - **opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju** (WWR) — dla dzieci od wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia nauki w szkole - **orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** — dla dzieci z autyzmem daje prawo do nauczyciela współorganizującego kształcenie i do IPET - **opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej** — podstawa dostosowań wymagań edukacyjnych; przy samym ADHD najczęstsza ścieżka - **dostosowania na egzaminach** (wydłużony czas, osobna sala)

Samo ADHD zwykle nie daje podstawy do orzeczenia o kształceniu specjalnym — chyba że współwystępuje z niepełnosprawnością wymienioną w przepisach (np. z autyzmem). Diagnoza ADHD nie tworzy automatycznego prawa do orzeczenia, nawet gdy funkcjonowanie dziecka w szkole wyraźnie odbiega od normy [41]. Właściwą ścieżką jest wtedy **opinia poradni i pomoc psychologiczno-pedagogiczna**, a nie kształcenie specjalne. Warto o tym wiedzieć, zanim rozczarowanie w poradni zniechęci do dalszych starań.

Co zmieniło się w 2026 roku. Rozporządzenie Ministra Edukacji z 2 marca 2026 r. (Dz.U. 2026 poz. 428), obowiązujące od 14 kwietnia 2026 r., wprowadziło trzy ważne zmiany [41]:

1. **Zespół orzekający w poradni ma teraz więcej do powiedzenia.** O potrzebie kształcenia specjalnego rozstrzyga zespół na podstawie własnej diagnozy oraz dokumentacji dołączonej do wniosku. **Dokumentacja medyczna ma charakter pomocniczy, a nie rozstrzygający** — to najczęstsze źródło nieporozumień: zaświadczenie od lekarza samo w sobie nie przesądza o wyniku.
2. **Wydłużono termin odwołania** — kurator oświaty ma teraz 21 dni na rozpatrzenie odwołania od orzeczenia (wcześniej 14 dni).
3. **Od 1 września 2026 r.** orzeczenia i opinie dla dzieci niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących oraz **z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera)** wydają poradnie właściwe miejscowo. Wcześniej mogły je wydawać także poradnie specjalistyczne spoza rejonu.

Obowiązują też nowe wzory wniosków — warto pobrać aktualny formularz bezpośrednio z poradni, a nie korzystać z druków krążących w internecie.

Krok 5. Oceniajcie i korygujcie

Po 8–12 tygodniach wróćcie do celów z kroku 2. Czy się zmieniło? Jeśli nie, to nie jest porażka rodziny ani dziecka. To informacja, że trzeba zmienić plan.

Krok 6. Zadbajcie o siebie

Stres rodzicielski jest jednym z lepiej udokumentowanych czynników wpływających na przebieg. Nie jest to porada „mięka” — trening dla rodziców poprawia mierzalnie poczucie kompetencji rodzicielskiej i jakość relacji z dzieckiem, a efekty utrzymują się miesiącami po zakończeniu programu [13, 14a]. Grupy wsparcia, konsultacja własna, odpoczynek i podział obowiązków między opiekunów to część planu terapeutycznego, nie luksus.

Krok 7. Nie każda metoda spoza listy EBM jest zła

Muzykoterapia, dogoterapia, zajęcia sensoryczne czy sport mogą wspierać dobrostan dziecka i być po prostu przyjemne. Problem pojawia się w trzech sytuacjach: gdy **zastępują** oddziaływania o potwierdzonej skuteczności, gdy są **kosztowną obietnicą wyleczenia** albo gdy **obciążają dziecko** ponad korzyść.

16. Osoby pomijane: dziewczęta, nastolatki, dorośli, AuDHD

Są grupy, o których w poradnikach o ADHD pisze się najmniej. I to one płacą za to najwyższą cenę.

16.1 Dziewczęta i kobiety

ADHD u dziewcząt jest rozpoznawane **później i rzadziej**. Kobiety otrzymują diagnozę średnio o kilka lat później niż mężczyźni [34]. Przyczyny są dobrze opisane:

- częstszy podtyp z przewagą nieuwagi — dziecko „bujające w obłokach” nie zakłóca lekcji, więc nie trafia do poradni
- silniejsza presja społeczna na „grzeczność” i wcześniej wyuczone **maskowanie**
- objawy przypisywane innym przyczynom: lękowi, „nadwrażliwości”, cechom charakteru
- zmienność objawów zależna od cyklu hormonalnego, zaciemniająca obraz

Konsekwencją są lata funkcjonowania na kompensacji (perfekcjonizm, nadmierna samokontrola) i związane z tym wyczerpanie, obniżony nastrój, zaburzenia lękowe i objawy psychosomatyczne [34]. Wiele kobiet trafia po pomoc najpierw z powodu depresji lub lęku, a ADHD rozpoznawane jest dopiero potem. Jeśli w ogóle [34a].

Praktycznie: jeśli u dziewczynki „wszystko jest w porządku, tylko jest bardzo zmęczona i bardzo się stara”, warto to sprawdzić.

16.2 Nastolatki

Objawy nadruchliwości zwykle słabną, a na pierwszy plan wychodzą trudności z organizacją, odwiekaniem, regulacją emocji i snem. To okres największego ryzyka porzucenia leczenia. Często w momencie, gdy wymagania szkolne rosną najszybciej.

Nastolatek powinien być **stroną w rozmowie o własnym leczeniu**, a nie jej przedmiotem. Decyzja podjęta ponad jego głową rzadko przetrwa.

16.3 Dorośli

ADHD nie mija w wieku 18 lat. Skuteczność farmakoterapii u dorosłych jest potwierdzona, choć efekty są mniejsze niż u dzieci (metylofenidat i atomoksetyna — jedyne z pewnością umiarkowaną-wysoką) [4], a CBT ma u dorosłych mocniejsze uzasadnienie niż u dzieci (SMD 0,53) [4].

W Polsce dostępne są rekomendacje diagnostyczne i terapeutyczne dla dorosłych opracowane w 2024 r. przez Sekcję Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wraz z koalicją organizacji na rzecz osób z ADHD [30]. Główną barierą pozostaje brak refundacji leków dla osób powyżej 18. roku życia [31].

16.4 AuDHD – współwystępowanie ADHD i autyzmu

Przez lata klasyfikacje nie pozwalały postawić obu rozpoznań jednocześnie; DSM-5 to zmienił. Współwystępowanie jest częste i ma praktyczne konsekwencje:

- potrzeba przewidywalności (autyzm) bywa w napięciu z potrzebą nowości i stymulacji (ADHD)
 - leki na ADHD działają, ale u części osób autystycznych gorzej są tolerowane — zalecana ostrożniejsza titracja
 - plan wsparcia musi uwzględniać oba profile; strategia dobra dla jednego bywa obciążająca dla drugiego
-

17. Słowniczek i bibliografia

17.1 Słowniczek

RCT (randomizowane badanie kontrolowane) — badanie, w którym uczestnicy są losowo przydzielani do grupy otrzymującej terapię i grupy kontrolnej.

Metaanaliza — statystyczne połączenie wyników wielu badań w jeden wynik zbiorczy.

Przegląd parasolowy (umbrella review) — przegląd przeglądów; podsumowanie wielu metaanaliz.

SMD (standaryzowana różnica średnich) — miara wielkości efektu; 0,2 — mały, 0,5 — umiarkowany, 0,8 — duży.

95% CI (przedział ufności) — zakres, w którym z 95-procentowym prawdopodobieństwem mieści się rzeczywisty efekt. Im węższy, tym pewniejszy wynik.

GRADE — system oceny pewności dowodów: wysoka, umiarkowana, niska, bardzo niska.

Zaślepienie — ukrycie przed uczestnikami lub oceniającymi, kto otrzymał terapię.

Sham (pozorowana interwencja) — kontrola imitująca terapię; odpowiednik placebo dla metod niefarmakologicznych.

Błąd detekcji (detection bias) — zniekształcenie wyniku wynikające z tego, że oceniający wie, kto był w terapii.

Transfer bliski / daleki — poprawa w zadaniach podobnych do treningu / przeniesienie efektu na funkcjonowanie w życiu.

Plateau dawki — próg, powyżej którego zwiększanie dawki nie zwiększa skuteczności.

Maskowanie (camouflaging) — ukrywanie cech neuroatypowych, żeby wpasować się w otoczenie; kosztowne psychicznie.

Stimming — powtarzalne ruchy lub dźwięki służące regulacji.

AAC — komunikacja wspomagająca i alternatywna.

AuDHD — potoczne określenie współwystępowania autyzmu i ADHD.

17.2 Bibliografia

Przeglądy i wytyczne — ADHD

- [1] Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;128:789–818.
- [2] Peterson BS, Trampush J, Maglione M, et al. Treatments for ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2024;153(4):e2024065787.

- [3] Peterson BS, Trampush J, Brown M, et al. Tools for the Diagnosis of ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2024;153(4):e2024065854.
- [4] Gosling CJ, Garcia-Argibay M, De Prisco M, et al. Benefits and harms of ADHD interventions: umbrella review and platform for shared decision making. *BMJ*. 2025;391:e085875. doi:10.1136/bmj-2025-085875
- [5] Platforma EBI-ADHD (Evidence-Based Interventions for ADHD) — interaktywna baza wyników przeglądu [4]. Dostępna online; aktualizacje planowane corocznie do 2028 r.
- [6] Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727–738.
- [7] Nourredine M, Jurek L, Hamza T, Cipriani A, Subtil F, Parlatini V, Farhat LC, Veronesi GF, Efthimiou O, Salanti G, Cortese S. Pharmacological interventions for ADHD: a systematic review and dose–effect network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2026;13(6):485–495. doi:10.1016/S2215-0366(26)00091-X
- [8] National Institute for Health and Care Excellence. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. NICE guideline NG87. 2018 (z późniejszymi aktualizacjami, ostatnia: maj 2025).
- [9] Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al.; AAP Subcommittee on Children and Adolescents with ADHD. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528.

Leczenie farmakologiczne — bezpieczeństwo i efekty odległe

- [10a] MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073–1086. (w grupie terapii łączonej średnia dawka metylofenidatu wynosiła 31 mg/dobę — mniej niż przy samej farmakoterapii)
- [10] Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(5):484–500. Oraz: Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the MTA: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(6):663–678.
- [11] Li L, Coghill D, Sjölander A, et al. Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(8):830–837. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.1281
- [12] Farhat LC, Lannes A, Del Giovane C, et al. Comparative cardiovascular safety of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(5):355–365. doi:10.1016/S2215-0366(25)00062-8

Interwencje psychosocjalne — ADHD

- [13] Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al.; European ADHD Guidelines Group. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(8):835–847.
- [14] Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, et al.; European ADHD Guidelines Group. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):275–289.
- [14a] Doffer DPA, Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Leijten P, Hoekstra PJ, van den Hoofdakker BJ, Groenman AP. Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Advances*. 2023;3(3):e12196. doi:10.1002/jcv2.12196 (27 badań, 31 interwencji, 217 wielkości efektu; porównanie ocen zaślepionych i niezaślepionych)
- [15] Westwood SJ, Parlatini V, Rubia K, Cortese S, Sonuga-Barke EJS; European ADHD Guidelines Group. Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis of randomized controlled

trials with blinded and objective outcomes. *Mol Psychiatry*. 2023;28(4):1402–1414. doi:10.1038/s41380-023-02000-7 (36 RCT; w 14 badaniach z prawdopodobnie zaślepioną oceną brak istotnego efektu na objawy ADHD)

- [15a] The effects of computerized executive function training on the youth with ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2025 (online first; ScienceDirect PII: S016503272502172X). (37 badań, 1798 uczestników; wnioski pozytywne — przykład omówiony w rozdz. 8.2 jako ilustracja wpływu braku rozdzielienia ocen zaślepionych i niezaślepionych)
- [15b] Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al.; European ADHD Guidelines Group. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(3):164–174.

Neurofeedback

- [16] Neurofeedback Collaborative Group (Arnold LE, Arns M, Barterian J, deBeus R, Hirshberg L, Hollway JA, Kerson C, Lofthouse N, McBurnett K, Monastra V, Pan X, Rice R, Roley-Roberts ME, Schrader C, Tan Y, Williams CE, i wsp.). Double-Blind Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial of Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With 13-Month Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(7):841–855. (144 dzieci w wieku 7–10 lat; kontrola: nagrania EEG z nałożonymi artefaktami uczestnika)
- [17] Wang Y, Hui KY, Lu SF, Lui QCH, Ma L, Theparambil Asharaf S, Lak D, Coghill D, Ip P, Lee TMC, Tso WWY. A double-blind randomized controlled trial of personalized upper-alpha neurofeedback in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 2026. doi:10.1111/jcpp.70188 (zaślepienie potwierdzone indeksem Banga: opiekunowie 0,13; personel 0,21)
- [18] Lam SL, Criaud M, Lukito S, Westwood SJ, Agbedjro D, Kowalczyk OS, Curran S, Barret N, Abbott C, Liang H, Simonoff E, Barker GJ, Giampietro V, Rubia K. Double-Blind, Sham-Controlled Randomized Trial Testing the Efficacy of fMRI Neurofeedback on Clinical and Cognitive Measures in Children With ADHD. *Am J Psychiatry*. 2022;179(12):947–958. doi:10.1176/appi.ajp.21100999
- [18a] McGough JJ. Neurofeedback for ADHD: Time to Call It Quits? *Am J Psychiatry*. 2022;179(12):888–889. doi:10.1176/appi.ajp.20220861 (komentarz redakcyjny do [18])

Styl życia, dieta, suplementacja

- [19] Effects of exercise interventions on executive function in school-aged children with ADHD: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25. doi:10.1186/s12889-025-24335-2 (hamowanie SMD –0,69; pamięć robocza –0,52; elastyczność poznawcza –0,64). Oraz: Effect of physical activity interventions on executive functions in school-age children with ADHD: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2025 (online first). (19 badań; elastyczność poznawcza SMD 0,70; pamięć robocza 0,74).
- [20] Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(10):991–1000. Oraz: Baseline omega-3 nutritional status and supplementation response in pediatric ADHD: a systematic review and biomarker-stratified meta-analysis. *Front Public Health*. 2026.
- [21] Nigg JT, Lewis K, Edinger T, Falk M. Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):86–97.
- [21a] Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;377(9764):494–503. Oraz: Pelsser LM i wsp. Retrospective Outcome Monitoring of ADHD and Nutrition (ROMAN): the effectiveness of the few-foods diet in general practice. *Front Psychiatry*. 2020;11:96.
- [21b] Nigg JT, Holton K. Restriction and elimination diets in ADHD treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):937–953.

Technologie i urządzenia

- [22] Kollins SH, DeLoss DJ, Cañadas E, et al. A novel digital intervention for actively reducing severity of paediatric ADHD (AKL-T01): a randomised controlled trial. *Lancet Digit Health*. 2020;2(4):e168–e178. Oraz: FDA, De Novo Classification Request for EndeavorRx, DEN200026 (2020).
- [22b] The efficacy and implementation of AKL-T01 digital therapeutic in management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children: a rapid review of recent evidence. 2025 (przegląd 5 badań, 1516 uczestników; źródło porównania wielkości efektu na teście TOVA).
- [23] McGough JJ, Sturm A, Cowen J, et al. Double-Blind, Sham-Controlled, Pilot Study of Trigeminal Nerve Stimulation for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(4):403–411.

Autyzm — przeglądy i wytyczne

- [22a] Hyman SL, Levy SE, Myers SM; AAP Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447.
- [24] Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley LaPoint S, et al. Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis. *BMJ*. 2023;383:e076733. doi:10.1136/bmj-2023-076733. Wcześniejsza wersja: Sandbank M i wsp. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychol Bull*. 2020;146(1):1–29.
- [24a] Sandbank M i wsp. Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*. 2024;178(8):763–773. PMID: 38913359.
- [25] Sandbank M, Bottema-Beutel K, Syu YC, Caldwell N, Feldman JI, Woynarowski T. Evidence-b(i)ased practice: Selective and inadequate reporting in early childhood autism intervention research. *Autism*. 2024. doi:10.1177/13623613241231624
- [26] Piller A, McHugh Conlin J, Glennon TJ, Andelin L, Auld-Wright K, Teng K, Tarver T. Systematic review of sensory-based interventions for children and youth (2015–2024). *Front Pediatr*. 2025. doi:10.3389/fped.2025.1720179 (21 badań poziomu I i II; silne dowody dla głębokiego docisku oraz szkolenia opiekunów w strategiach sensorycznych). Wersja pokrewna: Piller A i wsp. Sensory-Based Interventions in Occupational Therapy for Children and Youth (May 2015–January 2024). *Am J Occup Ther*. 2025;79(Suppl 2). doi:10.5014/ajot.2025.79S102
- [26a] Randell E, Wright M, Milosevic S, et al. Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. *Health Technol Assess*. 2022;26(29). doi:10.3310/TQGE0020 (brak istotnych korzyści klinicznych po 6 i 12 miesiącach)
- [26b] American Speech-Language-Hearing Association. *Facilitated Communication* [Position Statement]. 2018. Oraz: *Rapid Prompting Method* [Position Statement]. 2018. (stanowiska przyjęte jednogłośnie po rocznym procesie recenzowanym, na podstawie przeglądów systematycznych)
- [27] Williams K, Wray JA, Wheeler DM. Intravenous secretin for autism spectrum disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. Oraz: Xiong T, Chen H, Luo R, Mu D. Hyperbaric oxygen therapy for people with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10(10):CD010922.
- [28] Materiały i stanowiska środowisk osób autystycznych dot. oddziaływań behawioralnych, m.in. Autistic Self Advocacy Network, *For Whose Benefit? Evidence, Ethics, and Effectiveness of Autism Interventions* (2021). Oraz przegląd dyskusji: *From Harm to Healing: Building the Future of ABA with Autistic Voices*. Societies. 2025;15(3):72.

Metody szkodliwe

- [29] U.S. Food and Drug Administration. Ostrzeżenia konsumenckie dotyczące Miracle Mineral Solution / chloryn sodu / dwutlenek chloru (od 2010 r., aktualizowane). Oraz: FDA Warning Letter, Genesis II Church of Health and Healing (2020) i późniejsze wyroki skazujące.
- [29a] Federal Register. *Banned Devices; Proposal To Ban Electrical Stimulation Devices for Self-Injurious or Aggressive Behavior*, 26 marca 2024 (dokument 2024-06037). Oraz: *Judge Rotenberg Educational Center, Inc. v. FDA*, D.C. Cir. 2021 (uchylenie zakazu z 2020 r.); Food and Drug Omnibus Reform Act of 2022.

Źródła polskie

- [30] Gondek TM i wsp. Diagnostyka i postępowanie terapeutyczne u dorosłych z ADHD. Rekomendacje Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i koalicji organizacji na rzecz osób z ADHD — 2024 r. *Psychiatria Spersonalizowana*. 2024;3(3–4):45.
- [31] Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji — rekomendacje dot. refundacji leków stosowanych w ADHD (m.in. rekomendacja nr 5/2025 dot. deksamfetaminy; rekomendacja nr 97/2026 z 16 lipca 2026 r. dot. guanfacyny). Oraz aktualne obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

Neuroróżnorodność, maskowanie, grupy pomijane

- [32] Cook J, Hull L, Crane L, Mandy W. Camouflaging in autism: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2021;89:102080. doi:10.1016/j.cpr.2021.102080
- [32a] Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Mol Autism*. 2018;9:42. Oraz: Cassidy SA, Gould K, Townsend E, Pelton M, Robertson AE, Rodgers J. Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviours? *J Autism Dev Disord*. 2020;50(10):3638–3648. (maskowanie pozostaje niezależnym predyktorem samobójczości po uwzględnieniu depresji i lęku)
- [32b] A systematic review and meta-analysis of mental health outcomes associated with camouflaging in autistic people. *Res Autism Spectr Disord*. 2024 (ScienceDirect PII: S1750946724001673)
- [33] Cooper K, Smith LGE, Russell A. Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *Eur J Soc Psychol*. 2017;47(7):844–854. doi:10.1002/ejsp.2297 (N = 272 osoby autystyczne vs 267 kontrola; pozytywna tożsamość autystyczna jako mechanizm ochronny)
- [33a] Cooper K, Russell AJ, Lei J, Smith LGE. The impact of a positive autism identity and autistic community solidarity on social anxiety and mental health in autistic young people. *Autism*. 2023;27(3):848–857. doi:10.1177/13623613221118351
- [33b] Cooper R, Cooper K, Russell AJ, Smith LGE. Personal identity after an autism diagnosis: relationships with self-esteem, mental wellbeing, and diagnostic timing. *Front Psychol*. 2021;12:699335.
- [33c] McGill L, Jardim-Lalor I, O'Connor C. A systematic review of lived experiences of receiving a diagnosis of ADHD in adulthood. *J Atten Disord*. 2026. doi:10.1177/10870547261455946 (21 badań; diagnoza jako „przełomowe wydarzenie tożsamościowe” — źródło współczucia wobec siebie, ale też żalu i dezorientacji)
- [34] Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, et al. Females with ADHD: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*. 2020;20:404. doi:10.1186/s12888-020-02707-9
- [34a] Attoe DE, Climie EA. Miss. Diagnosis: a systematic review of ADHD in adult women. *J Atten Disord*. 2023;27(7):645–657.

Funkcjonowanie społeczne, bezpieczeństwo leczenia, komunikacja

- [35] Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):411–423. Oraz: Hoza B i wsp. Peer-assessed outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005;34(1):74–86. (odrzućenie rówieśnicze u 52% dzieci z ADHD wobec 14% w grupie porównawczej)
- [36] Richardson E, Seibert T, Uli NK. Growth perturbations from stimulant medications and inhaled corticosteroids. *Transl Pediatr*. 2017;6(4):237–247.
- [37] Millar DC, Light JC, Schlosser RW. The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. *J Speech Lang Hear Res*. 2006;49(2):248–264. Oraz: Schlosser RW, Wendt O. Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: a systematic review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2008;17(3):212–230.

- [38] Baxter AJ, Krenzelok EP. Pediatric fatality secondary to EDTA chelation. *Clin Toxicol (Phila)*. 2008;46(10):1083–1084. Oraz: Centers for Disease Control and Prevention. Deaths associated with hypocalcemia from chelation therapy — Texas, Pennsylvania, and Oregon, 2003–2005. *MMWR*. 2006;55(8):204–207.
- [39] Yule S, Wanik J, Holm EM, et al. Nutritional deficiency disease secondary to ARFID symptoms associated with autism and the broad autism phenotype: a qualitative systematic review of case reports and case series. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121(3):467–492. (76 przypadków; 69,7% to szkorbut)
- [49] Dowody dla *Hericium erinaceus* (soplówka jeżowata): m.in. *Acute effects of a standardised extract of Hericium erinaceus (Lion's Mane mushroom) on cognition and mood in healthy younger adults: a double-blind randomised placebo-controlled study*. *Front Nutr*. 2025. doi:10.3389/fnut.2025.1405796; *Benefits, side effects, and uses of Hericium erinaceus as a supplement: a systematic review*. *Front Nutr*. 2025. doi:10.3389/fnut.2025.1641246; *Effect of erinacine A-enriched Hericium erinaceus supplementation on cognition: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study*. *J Funct Foods*. 2024. Oraz — jedyna pozycja dotycząca ADHD — *The Cognitive-Enhancing Effects of Lion's Mane in a Rodent Model of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Research Protocol*. *URNCST J*. 2024 (protokół badania na zwierzętach, nie wyniki).

Dane systemowe i prawne — Polska

- [40] Narodowy Fundusz Zdrowia. *Zaburzenia psychiczne oraz zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) w latach 2010–2024* — raport w serwisie ezdrowie.gov.pl (Zdrowe Dane), publikacja 2025. Świadczenia z rozpoznaniem głównym F90 wg ICD-10: 32 035 pacjentów w 2010 r., 64 090 w 2024 r.
- [40a] Rzeszutek M i wsp. The exponential increase in the number of prescriptions for ADHD medication between 2012 and 2022 in Poland. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2026 (online first). PMID: 42319435.
- [47] Salari N i wsp. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1). doi:10.1186/s13052-023-01456-1 (rozpowszechnienie ok. 7,6%). Oraz: Ayano G i wsp. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: an umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023;339:860–866. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071 (rozrzut wyników między meta-analizami: od ok. 3% do ok. 14%, zależnie od kryteriów i regionu).
- [48] National Research Council (US), Committee on Educational Interventions for Children with Autism. *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academies Press; 2001. (źródło rekomendacji „co najmniej 25 godzin tygodniowo”, sformułowanej jako konsensus ekspercki)
- [50] Gloss D, Varma JK, Pringsheim T, Nuwer MR. Practice advisory: the utility of EEG theta/beta power ratio in ADHD diagnosis. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2016;87(22):2375–2379. doi:10.1212/WNL.0000000000003265 (od 6 do 15% rozpoznać fałszywych; wskaźnik niewystarczająco dokładny, by potwierdzać rozpoznanie ADHD; tam też omówienie dopuszczenia urzędu NEBA przez FDA w 2013 r.)
- [51] Badania nad mikropolarizacją przezczaszkową: *Transcranial micro-polarization in the treatment of ADHD in children and adolescents*. PMID 12087729 (57 dzieci i nastolatków); *Transcranial micropolarization in the complex therapy of early child autism*. PMID 18477979 (17 dzieci w wieku 3–6 lat). Prace z jednego ośrodka, bez zaślepienia i bez niezależnej replikacji.
- [52] Metaanalizy tDCS w ADHD: *The efficacy and safety of transcranial direct current stimulation in patients with ADHD: a systematic review and meta-analysis*. *Front Psychiatry*. 2026. doi:10.3389/fpsy.2026.1747588 (28 badań RCT, 1864 uczestników — brak istotnej skuteczności wobec objawów rdzennych i funkcji wykonawczych). Oraz: *Efficacy and Safety of Transcranial Direct Current Stimulation for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis*. *Alpha Psychiatry*. 2025. PMID 41209501.
- [53] Białek-Dratwa A, Szymańska D, Łuszczki E, Staśkiewicz W, Grot-Nigowska M, Górnik-Horn K, Gudej-Rosa S, Ehmke vel Emczyńska-Seliga E, Emich-Widera E, Paprocka J, Lewandowska A. *Postępowanie dietetyczne i żywienie u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) lub zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD): stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki*. *Ann Acad Med Siles*. 2026;80:346–373. doi:10.18794/aams/237571 (stanowisko zawiera 25 ponumerowanych rekomendacji; uwzględnia wytyczne NICE, AAP i ESPGHAN).

- [54] Brak publikacji recenzowanych dotyczących skuteczności neurografiki. Wyszukiwanie w bazie PubMed (stan: październik 2026) dla haseł „neurographica” oraz „Piskarev neurographic” nie zwraca żadnych wyników; jedyne trafienie dla „neurographic art” dotyczy pracy *A method to establish functional vagus nerve topography from electro-neurographic spontaneous activity* (Patterns, 2022), niezwiązanej z metodą. Informacje o metodzie i jej założeniach za: materiały autorskie Pawła Piskariowa oraz polskie strony warsztatowe.

Etyka użycia narzędzi AI

- [44] Committee on Publication Ethics (COPE). *Authorship and AI tools* [position statement]. 2023. Oraz: International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* — sekcja dot. wykorzystania sztucznej inteligencji. Stanowiska zbieżne z politykami WAME i JAMA Network: narzędzie AI nie może być autorem, odpowiedzialność pozostaje po stronie człowieka, użycie należy ujawnić.
- [45] Reporters Without Borders (RSF) i 16 organizacji partnerskich. *Paris Charter on AI and Journalism*. Paryż, 10 listopada 2023 (komisja pod przewodnictwem Marii Ressay). Dziesięć zasad, m.in. prymat decyzji człowieka w procesie redakcyjnym oraz prawo odbiorcy do odróżnienia treści autentycznej od syntetycznej.

Studium przypadku — fałszywi eksperci

- [42] Pasoń A. *JEDNA TWARZ. 9 TOŻSAMOŚCI. KILKA KRAJÓW...* [post]. Facebook, 20 sierpnia 2026. <https://www.facebook.com/obrazodwagi0/posts/pfbid0gWHc1RMSoS8fpHRYXAP9pBoKuTjh3y3w5Esj66G5jqUzJNW5WgxvDS3DPDA4MSMsl> (dostęp: 22 sierpnia 2026). Dokumentacja kampanii reklamowej „28-dniowe wyzwanie ADHD” prowadzonej równolegle w dziewięciu wersjach językowych pod różnymi tożsamościami tej samej osoby. Opis w rozdz. 14 opracowano na podstawie tego materiału oraz researchu uzupełniającego Fundacji. Uwaga: treści opisywanych kampanii bywają usuwane lub modyfikowane — stan na wrzesień 2026 r.
- [43] Fundacja na rzecz Psychoedukacji i Neuroróżnorodności Mindset. *Dossier: kampania „28-dniowe wyzwanie ADHD” — mapa domen, tożsamości i infrastruktury*. Materiał wewnętrzny, 22 sierpnia 2026 r. Ustalenia oparte na publicznych rejestrach DNS, mapach witryn i treści stron. Udostępniany na życzenie.
- [46] Meta Ad Library (Biblioteka Reklam) — facebook.com/ads/library. Publiczne narzędzie pozwalające przejrzeć wszystkie kreacje reklamowe danego profilu, także kierowane do innych krajów.
- [41] Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz. 428; ogłoszone 30 marca 2026, weszło w życie 14 kwietnia 2026, § 7 ust. 6 i 7 oraz § 8 — od 1 września 2026). Oraz: ustawa Prawo oświatowe, art. 44e i 109; rozporządzenie MEN z 9 sierpnia 2017 r. o pomocy psychologiczno-pedagogicznej; wyjaśnienia MEN dot. ADHD a kształcenia specjalnego.

18. Wesprzyj nasze działania

Ten przewodnik jest **bezpłatny** i taki pozostanie. Możesz go pobierać, drukować, przysyłać dalej i wykorzystywać w pracy z rodzinami — bez pytania nas o zgodę.

Powstał, bo uważamy, że dostęp do rzetelnej informacji nie powinien zależeć od zasobności portfela. Rodzina, która wydaje kilka tysięcy złotych na terapię bez potwierdzonej skuteczności, traci nie tylko pieniądze. Traci czas dziecka, którego nie da się odzyskać.

Za każdą taką publikacją stoją miesiące pracy: przeszukiwanie baz naukowych, weryfikowanie każdego twierdzenia u źródła, konsultacje, redakcja i skład. Jeśli ten przewodnik okazał się dla Ciebie wartościowy i chcesz, żeby powstały kolejne — **wesprzyj nas drobną darowizną**.

Nawet niewielka kwota realnie się liczy. Kilka złotych to kilka minut pracy nad następnym materiałem.



Zeskanuj kod telefonem
buycoffee.to/fundacjamindset

Możesz nas wesprzeć również bez wydawania złotych

- **Prześluz ten przewodnik dalej** — rodzicowi, nauczycielowi, terapeutce, pediatrze. Jedna osoba, która dzięki niemu nie kupi bezużytecznej terapii, to już powód, dla którego warto było napisać.
- **Powiedz nam, co poprawić** — jeśli coś jest niejasne, brakuje ważnego tematu albo znalazłeś/aś błąd, napisz na kontakt@fundacjamindset.pl. Kolejne wydania będą lepsze dzięki tym uwagom.
- **Zostań ambasadorem rzetelnej informacji** — reagując na pseudoterapie w grupach rodzicielskich, rozbisz dokładnie to, czemu służy ta publikacja.

Stan wiedzy i aktualizacje

Ten przewodnik opisuje stan wiedzy naukowej na wrzesień 2026 roku.

To nie jest formalne zastrzeżenie, tylko informacja o charakterze tej dziedziny. Wiedza o ADHD i autyzmie zmienia się szybko, a przewodnik oparty na dowodach musi się zmieniać razem z nią. Tylko podczas pracy nad tym tekstem ukazały się: przegląd parasolowy *BMJ* (2025), metaanaliza dawka–efekt w *Lancet Psychiatry* (2026) i nowe polskie przepisy oświatowe — a każde z nich zmieniło treść co najmniej jednego rozdziału.

Oznacza to trzy rzeczy:

- **Część zapisów się zdezaktualizuje** — najszybciej te dotyczące refundacji, przepisów i dostępności leków w Polsce. Przy decyzjach formalnych sprawdzaj stan na dzień, w którym je podejmujesz.
- **Wnioski o skuteczności są trwalsze, ale nie wieczne.** Metoda dziś opisana jako „brak dowodów” może je zyskać, jeśli powstaną dobrze zaprojektowane badania. Działa to też w drugą stronę. Historia tej dziedziny pokazuje, że drugi kierunek jest częstszy.
- **To, co się nie zmieni, to sposób oceniania.** Kryteria z rozdziału 3 — jakość dowodów, wielkość efektu, zaślepienie oceniających, pewność wyniku — będą aktualne także wtedy, gdy konkretne liczby w tabelach przestaną być.

Planujemy aktualizacje kolejnych wydań. Jeśli chcesz otrzymać informację o nowej wersji albo zgłosić uwagę — napisz na kontakt@fundacjamindset.pl.

Fundacja na rzecz Psychoedukacji i Neuroróżnorodności Mindset

ul. Płk. Mieczysława Niedzielskiego „Żywiciela” 2d/1, 01-875 Warszawa NIP 1182289773 · KRS 0001123532 · REGON 529470816

www.fundacjamindset.pl · kontakt@fundacjamindset.pl

Darowizna przelewem — mBank: 61 1140 2004 0000 3102 8522 2284 (z zagranicy: PL61 1140 2004 0000 3102 8522 2284)

Dziękujemy, że doczytałaś i doczytałeś do końca.