

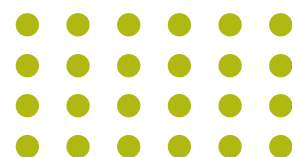


Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa



Postępowanie z pacjentem neuroróżnorodnym

Przewodnik dla personelu medycznego

*lekarze • pielęgniarki i pielęgniarze •
ratownicy medyczni • technicy •
rejestratorzy*

Spis treści

Neuroróżnorodność w praktyce medycznej	4
Podstawy neuroróżnorodności - najważniejsze profile	8
Jak pacjent neuroróżnorodny odbiera środowisko medyczne	13
Maskowanie - ukryty stres i jego skutki	16
Komunikacja i mutyzm wybiórczy	19
Percepcja bólu i objawy somatyczne	22
Rozpoznawanie potrzeb pacjenta - obserwacja i interpretacja	25
Zasady komunikacji terapeutycznej	27
Protokół 5P - standardowa ścieżka postępowania	30
Zmniejszanie stresu i przeciążenia sensorycznego	33
Trudne sytuacje kliniczne - meltdown, shutdown i burnout	36
Współpraca z pacjentem i opiekunem	39
Najczęstsze błędy i jak ich unikać	42
Zaburzenia współwystępujące - co powinien wiedzieć personel medyczny.....	44
Farmakoterapia i wywiad lekowy - specyfika neuroróżnorodności	49
Podsumowanie i zasoby dodatkowe	56
O Autorkach	61





Niniejszy podręcznik powstał z myślą o personelu medycznym: lekarzach, pielęgniarkach i pielęgniarzach, ratownikach medycznych, technikach, rejestratorach oraz każdej osobie, która w swojej codziennej pracy kontaktuje się z pacjentami. Jego celem jest dostarczenie **praktycznej wiedzy** na temat neuroróżnorodności oraz **konkretnych narzędzi**, które umożliwiają udzielanie opieki wysokiej jakości - bezpiecznej, skutecznej i godnej.

W codziennej praktyce zdarzają się sytuacje, które personel odczuwa jako trudne lub niejednoznaczne: pacjent milczy mimo pytań, unika dotyku, reaguje nieadekwatnie do sytuacji, nie potrafi opisać bólu albo sprawia wrażenie nieobecnego. Takie zachowania bywają interpretowane jako brak współpracy, roszczeniowość, symulowanie lub zaburzenia psychiczne. Tymczasem bardzo często stoi za nimi **atypowe funkcjonowanie układu nerwowego**.

Neuroróżnorodność to nie diagnoza ani zaburzenie wymagające leczenia. To **naturalne zróżnicowanie** sposobu funkcjonowania ludzkiego mózgu i całego układu nerwowego. Dotyczy szacunkowo 15–20% populacji, co oznacza, że w każdej większej poradni, na oddziale czy na SOR co piąty pacjent może mieć neuroatypowy profil neurologiczny.

Wiedza na temat neuroróżnorodności pomoże zapewnić pacjentowi warunki, w których nie tylko poczuje się bezpieczniej i bardziej komfortowo, ale też będzie w stanie **efektywnie współpracować i porozumieć się** z personelem medycznym. To zaś umożliwi przeprowadzenie procedur medycznych sprawnie i bez trudności.



Neuroróżnorodność w praktyce medycznej

Czym jest neuroróżnorodność?

Każdy dzień pracy w systemie ochrony zdrowia przynosi spotkania z ogromną różnorodnością ludzkich zachowań, reakcji i potrzeb. Większość procedur diagnostycznych i terapeutycznych projektowana jest z myślą o **tzw. przeciętnym pacjencie - osobie, która odpowiada na pytania, współpracuje podczas badania, rozumie i stosuje się do zaleceń.**

Tymczasem znaczna część populacji funkcjonuje w sposób, który odbiega od tego modelu - to osoby, których mózgi przetwarzają informacje w odmienny sposób.

To nie "trudny pacjent" - to pacjent z odmiennym profilem neurologicznym.

Termin **neuroróżnorodność** (*ang. neurodiversity*) wszedł do użycia w naukach społecznych pod koniec lat 90. XX wieku, choć samo zjawisko jest tak stare jak gatunek ludzki. Różnorodność neurologiczna - podobnie jak różnorodność biologiczna czy kulturowa - jest naturalną cechą populacji, a nie odchyleniem od normy wymagającym korekty. W ujęciu medycznym neuroróżnorodność obejmuje osoby z **autyzmem (ASD), ADHD, dysleksją, dyspraksją, zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, zespołem Tourette'a i wieloma innymi profilami.**

Koncepcja neuroróżnorodności, wprowadzona przez Judy Singer (1999), zmieniła sposób postrzegania tych stanów: różnice neurologiczne nie są błędami natury wymagającymi korekty, lecz naturalnym elementem ludzkiej różnorodności. Ma to bezpośrednie implikacje dla praktyki klinicznej - zmienia cel interwencji z "wyleczenia" na wspieranie dobrostanu i funkcjonowania.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Skala problemu w praktyce klinicznej

Dane epidemiologiczne wskazują, że łącznie różne profile neuroatypowe mogą dotyczyć od 15 do 20% populacji ogólnej. W przeliczeniu na praktykę kliniczną oznacza to, że na oddziale liczącym 30 pacjentów co najmniej 4–6 z nich **może wymagać zmodyfikowanego podejścia ze względu na neuronietypowość**. Część tych osób posiada formalną diagnozę i jest tego świadoma; znaczna część jednak nigdy nie była diagnozowana lub otrzymała diagnozę dopiero w dorosłości - szczególnie często dotyczy to kobiet i dziewcząt, które przez dekady rozwijają mechanizmy maskowania i nie trafiają w zasięg standardowej diagnostyki.

Dlaczego to ważne dla personelu medycznego?

Nierozpoznana neuroatypowość prowadzi do szeregu negatywnych konsekwencji: **nieporozumień diagnostycznych, nieprawidłowej oceny bólu, eskalacji zachowań trudnych, zwiększonego stresu pacjenta i personelu, a w skrajnych przypadkach - do błędów medycznych**. Pacjent, który nie mówi, może być omyłkowo uznany za pacjenta nierozumiejącego. Pacjent, który zakrywa uszy i wycofuje się, może być uznany za niespokojnego lub agresywnego. Pacjent, który nie skarży się na ból, może nie otrzymać odpowiedniej analgezji.

Jednocześnie modyfikacje, które poprawiają opiekę nad pacjentami neuroróżnorodnymi, są w większości przypadków **korzystne dla wszystkich pacjentów**: jasna komunikacja, przewidywalność procedur, ograniczenie zbędnych bodźców, partnerskie traktowanie - to cechy opieki wysokiej jakości niezależnie od profilu neurologicznego.



Profil	Szacowana częstość w populacji	Typowe wyzwania w opiece medycznej
Autyzm (ASD)	~2–3%	Komunikacja, nadwrażliwość sensoryczna, potrzeba rutyny
ADHD	~5–7% (dzieci), ~3–4% (dorośli)	Uwaga, impulsywność, rozumienie instrukcji
Dysleksja	~10%	Rozumienie pisemnych zaleceń, formularze
Dyspraksja (DCD)	~5–6%	Koordinacja, procedury wymagające precyzji
Zaburzenia sensoryczne (SPD)	~10–15%	Dotyk, hałas, światło, zapachy
Współwystępowanie ASD + ADHD (AuDHD)	~40% osób z ASD	Złożone wyzwania wieloobszarowe
Zespół Tourette'a	~1%	Tiki, rozumienie zachowania pacjenta



Zapamiętaj

To nie jest “trudny pacjent” - to pacjent z innym profilem neurologicznym.

Neuroróżnorodność dotyczy ok. 15–20% populacji - prawdopodobnie spotykasz takich pacjentów każdego dnia.

Małe zmiany w podejściu mogą radykalnie poprawić jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta.

Diagnoza nie tworzy neuroróżnorodności - ona ją nazywa, otwierając dostęp do wsparcia.



Podstawy neuro różnorodności - najważniejsze profile

Zrozumienie specyfiki poszczególnych profili neuroatypowych jest pierwszym krokiem do skutecznej opieki. Nie chodzi o to, by każda osoba z personelu medycznego stała się specjalistą w dziedzinie neuropsychologii, lecz o podstawową orientację w tym, czego można się spodziewać i jak reagować. **Należy jednak zawsze pamiętać, że każdy pacjent neuro różnorodny jest inny.**

Spektrum autyzmu (ASD)

Autyzm jest jednym z najczęstszych i najszerzej znanych profili neuro różnorodności, choć nadal otacza go wiele mitów. **Spektrum autyzmu jest niezwykle szerokie - od osób wymagających intensywnego wsparcia 24 godziny na dobę po osoby żyjące w pełni samodzielnie, pracujące zawodowo i mające rodziny.**

Jeżeli znasz jedną osobę ze spektrum autyzmu, znasz jedną osobę ze spektrum autyzmu. Każdy pacjent neuro różnorodny jest inny.

Autyzm nie jest chorobą, którą należy leczyć - **jest trwałym, uwarunkowanym neurologicznie sposobem funkcjonowania.** Ma wielogenowe podłoże genetyczne; badania wykazują odziedziczalność ASD na poziomie 64–91%. Nie istnieje jeden "gen autyzmu" ani żaden test krwi czy skan mózgu potwierdzający diagnozę - autyzm diagnozuje się klinicznie, na podstawie obserwacji i wywiadu. Warto też podkreślić, że **autyzm NIE jest skutkiem szczepień, błędów wychowawczych ani stylu życia rodziców.**



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa



Współczesna klasyfikacja DSM-5-TR i ICD-11 opisują ASD jako **wzorzec neurorozwojowy charakteryzujący się trudnościami w komunikacji społecznej oraz ograniczonymi, powtarzalnymi wzorcami zachowań**. W Polsce trwa wdrażanie ICD-11, w którym znikają odrębne kategorie "autyzm dziecięcy" i "zespół Aspergera" na rzecz jednej szerszej kategorii "spektrum autyzmu".

Cechy kliniczne istotne w opiece medycznej:

- **Dostowne rozumienie języka - metafory, żarty i niejednoznaczne sformułowania mogą być mylące lub stresujące.**
- **Trudności z rozumieniem i wyrażaniem emocji (aleksytymia) - pacjent może nie być w stanie opisać, co czuje.**
- **Silna reakcja na zmiany planów i nieprzewidywalne sytuacje - każda niezapowiedziana zmiana może być źródłem silnego stresu.**
- **Możliwe trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego - nie oznacza to braku uwagi, nie wymuszaj kontaktu wzrokowego.**
- **Ruchy stereotypowe (np. kotysanie, machanie rękami) jako metoda samoregulacji - nie przerywaj stymingu, to pomaga.**
- **Możliwe trudności komunikacyjne, w tym mutyzm wybiórczy - brak mowy to nie odmowa współpracy.**

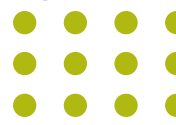


ADHD - Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

ADHD jest neuroatypowym profilem charakteryzującym się specyficznym funkcjonowaniem układu dopaminergicznego i noradrenergicznego, co przekłada się na trudności z regulacją uwagi, impulsami i poziomem aktywności. Wbrew powszechnej opinii ADHD nie jest "dziecięcą przypadłością", a **profilem funkcjonowania towarzyszącym przez całe życie**. Szacuje się, że około 3-4% dorosłych funkcjonuje z ADHD.

W kontakcie z pacjentem z ADHD warto pamiętać, że **trudności z utrzymaniem uwagi nie oznaczają braku zainteresowania własnym zdrowiem**. Warto też wiedzieć, że ADHD bardzo często współwystępuje z ASD (u ok. 40-80% osób z ASD - według różnych badań) - taka kombinacja, nazywana AuDHD, niesie ze sobą szczególnie złożone wyzwania kliniczne.

Obszar trudności	Możliwe przejawy w gabinecie	Zalecane podejście
Uwaga i skupienie	Pacjent wydaje się nieuważny, pyta o to co już powiedziano	Krótkie, konkretne komunikaty; pisemne streszczenie zaleceń
Impulsywność	Przerywanie, gwałtowne reakcje, nagłe decyzje	Spokojny ton, parafrazowanie, czas na odpowiedź
Hiperaktywność	Niepokój ruchowy, wiercenie się, wstawanie	Tolerancja ruchu, krótkie przerwy w procedurze
Pamięć operacyjna	Zapominanie zaleceń, mylenie dat i dawek	Pisemne zalecenia, aplikacje przypominające
Regulacja emocji	Silne reakcje emocjonalne, frustracja	Walidacja emocji, brak oceny





Dyspraksja

Dyspraksja to **zaburzenie koordynacji ruchowej i planowania motorycznego**. Osoby z dyspraksją mogą mieć trudności z precyzyjnymi ruchami, orientacją przestrzenną, organizacją działań w czasie i percepcją własnego ciała. W środowisku medycznym może to przekładać się na **trudności z rozebraniem się na polecenie, przyjęcia wymaganej pozycji, opanowaniem instrukcji ćwiczeń rehabilitacyjnych lub wypełnianiem formularzy**. Ważne jest, by traktować te trudności jako neurologiczne, a nie jako brak współpracy.

Profil nierówny i współwystępowanie

Jedną z najważniejszych cech neuroróżnorodności to tzw. profil nierówny (*ang. spiky profile*). Oznacza to, że osoba może jednocześnie wykazywać wyjątkowe zdolności w jednych dziedzinach i znaczące trudności w innych.

Pacjent może być wybitnym specjalistą w swoim zawodzie, posiadać rozległą wiedzę medyczną na własny temat, a jednocześnie być całkowicie bezradny w obliczu nagłej zmiany planu badania lub intensywnego hałasu w poczekalni.

Współwystępowanie różnych profili neuroatypowych jest częste i stanowi regułę, a nie wyjątek. Badania wskazują, że aż 96,4% dzieci w spektrum autyzmu ujawnia co najmniej jedno współistniejące zaburzenie (genetyczne, neuropsychiatryczne, somatyczne). Najczęściej współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi są: ADHD, zaburzenia lękowe (ok. 40-70% według różnych badań), zaburzenia depresyjne (częstość czterokrotnie wyższa niż w populacji ogólnej), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia snu. Oznacza to, że **nie ma jednego szablonu neuroatypowego pacjenta**.



Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD)

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego polegają na odmiennym odbiorze i interpretacji bodźców zmysłowych. Mogą współwystępować z autyzmem, ADHD lub dyspraksją, ale mogą też stanowić samodzielny profil. Wyróżniamy **nadwrażliwość** (hiperreaktywność) i **podwrażliwość** (hiporeaktywność) sensoryczną - **obie formy mogą występować u tej samej osoby w różnych zmysłach.**

Zmysł	Nadwrażliwość - możliwe zachowanie	Podwrażliwość - możliwe zachowanie
Dotyk (taktylny)	Silna reakcja na rękawiczkę, unikanie badania palpacyjnego	Brak reakcji na ból, nieświadomość obrażeń
Słuch (audytywny)	Zakrywanie uszu, agitacja przy hałasie	Brak reakcji na wołanie, mówienie głośno
Wzrok (wizualny)	Zmrużenie oczu, unikanie jasnego oświetlenia	Niezauważanie przeszkód, problemy z czytaniem
Ból (nocyceptywny)	Silna reakcja nawet na drobne bodźce	Bagatelizowanie poważnych obrażeń
Przedsionkowy	Lęk przy zmianie pozycji, unikanie ruchu	Poszukiwanie intensywnych doznań ruchowych
Proprioceptywny	Dyskomfort przy ucisku, trudności z badaniem	Nadmierne naciskanie, problemy z oceną siły



Jak pacjent neuroróżnorodny odbiera środowisko medyczne

Dla większości osób wizyta u lekarza jest sytuacją niekomfortową - stresującą, niepewną, związaną z naruszeniem prywatności i intymności. Dla pacjenta neuroróżnorodnego te trudności mogą być zwielokrotnione. Zrozumienie, przez jakie doświadczenie przechodzi taki pacjent, jest fundamentem skutecznej opieki.

Neurobiologia przetwarzania stresu

Mózg osoby neuroróżnorodnej może przetwarzać bodźce w sposób intensywniejszy lub mniej przewidywalny. Dotyczy to bodźców sensorycznych (światło, dźwięk, dotyk), emocji, informacji językowych oraz bodźców bólowych. Badania neuroobrazowe ujawniają odmienny wzorec konektywności funkcjonalnej mózgu u osób autystycznych: nadmierne połączenia lokalne przy niedoborze konektywności długodystansowej. Dlatego **pozornie "niezrozumiałe zachowanie"** - zakładanie słuchawek, odmowa określonych pokarmów, unikanie tłumnych miejsc - jest często precyzyjną strategią regulacji sensorycznej, a nie kaprysem.

Poprzednie doświadczenia z systemem opieki zdrowotnej

Pacjenci neuroróżnorodni często mają za sobą negatywne doświadczenia z systemem ochrony zdrowia: byli niezrozumiani, nieuważnie traktowani, zmuszani do procedur bez odpowiedniego przygotowania. Te doświadczenia tworzą **skojarzenia, które aktywują się już w momencie wejścia do placówki** - niezależnie od faktycznego zachowania personelu. Pacjent może być w stanie wysokiej gotowości obronnej jeszcze zanim personel zdąży się odezwać.



Środowisko sensoryczne placówki medycznej

Placówka medyczna jest środowiskiem wymagającym sensorycznie. Intensywne oświetlenie, hałas i rozmowy, zapach środków dezynfekcyjnych, ruch ludzi, dotyk personelu, zimne narzędzia, oczekiwanie w ciasnej poczekalni - wszystkie te czynniki, niezauważalne dla większości osób, mogą dla pacjenta nadwrażliwego sensorycznie stanowić prawdziwe wyzwanie. **Układ nerwowy osoby neuroróżnorodnej może mieć trudności z filtrowaniem i hierarchizowaniem** tych bodźców - wszystkie są przetwarzane równolegle i z pełną intensywnością.

Czynnik stresogenny	Dlaczego stanowi problem	Możliwa reakcja pacjenta
Oświetlenie	Migotanie, intensywność, barwa światła	Zamknięcie oczu, bóle głowy
Hałas (sygnały alarmowe, rozmowy)	Trudności z filtrowaniem dźwięków	Zakrywanie uszu, wycofanie, płacz
Zapachy (środki dezynfekcyjne)	Intensywna reakcja węchowa	Nudności, unikanie wejścia do pomieszczenia
Nieprzewidywalność planu wizyty	Naruszenie poczucia bezpieczeństwa	Zwiększony niepokój, trudności z koncentracją
Dotyk personelu bez zapowiedzi	Nieoczekiwany bodziec taktylny	Ucieczka, reakcja obronna, krzyk
Oczekiwanie bez informacji	Niepewność co do dalszych kroków	Eskalacja niepokoju, opuszczenie poczekalni
Tłoczna poczekalnia	Przeciążenie bodźcami spotecznymi	Izolacja, objawy paniki



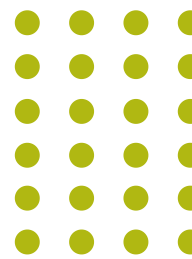
Obciążenie poznawcze sytuacji medycznej

Poza bodźcami sensorycznymi sytuacja medyczna niesie ze sobą ogromne obciążenie poznawcze.

Pacjent musi jednocześnie: rozumieć i przetworzyć pytania personelu, formułować odpowiedzi w języku medycznym, zapamiętywać informacje, wypełniać formularze, podejmować decyzje dotyczące swojego zdrowia i starać się zachowywać w sposób akceptowany społecznie. Dla osoby z deficytami funkcji wykonawczych, trudnościami z pamięcią operacyjną (zrozumienie złożonych prośb, poleceń, np. “proszę podwinąć rękaw, usiąść na krześle i wyciągnąć rękę”) lub przetwarzaniem języka jest to zadanie nieporównanie trudniejsze niż dla osoby neurotypowej.

Perspektywa pacjenta

Wyobraź sobie, że każdy dźwięk w budynku słyszysz z taką samą głośnością i intensywnością - bez możliwości wyciszenia tła. Równocześnie ktoś dotyka Cię bez uprzedzenia, zadaje pytania, których nie rozumiesz, i oczekuje odpowiedzi, gdy Ty usiłujesz poradzić sobie z intensywnym bólem i chaosem zmysłowym. Właśnie tak może wyglądać zwykła wizyta lekarska dla pacjenta z nadwrażliwością sensoryczną.





Maskowanie - ukryty stres i jego skutki

Jednym z najważniejszych, a jednocześnie najmniej rozpoznawalnych zjawisk w neuroróżnorodności jest maskowanie. Zrozumienie tego mechanizmu może zmienić sposób, w jaki personel medyczny interpretuje zachowanie pacjenta i ocenia jego stan.

Czym jest maskowanie?

Maskowanie (ang. *masking* lub *camouflaging*) to **strategia adaptacyjna polegająca na świadomym lub nieświadomym ukrywaniu cech neuroatypowych w celu dostosowania się do oczekiwań otoczenia**. Osoba maskująca uczy się naśladować "typowe" zachowania społeczne: utrzymywać kontakt wzrokowy wbrew dyskomfortowi, tłumić ruchy stereotypowe, odpowiadać w oczekiwany sposób mimo że nie rozumie pytania, ukrywać ból lub panikę za spokojną miną. Maskowanie jest wyuczone i często zaczyna się w dzieciństwie jako odpowiedź na negatywne reakcje otoczenia. Może być tak głęboko zakorzenione, że sama osoba nie jest w pełni świadoma, że to robi.

W środowisku medycznym maskowanie jest szczególnie częste - pacjent chce sprawiać wrażenie "normalnego", boi się oceny i stara się być "dobrym pacjentem". Badania pokazują, że kobiety i dziewczęta w spektrum autyzmu maskują się znacznie częściej niż mężczyźni, co przez dekady prowadziło do ich niedodiagnozowania.



Maskowanie a ocena kliniczna

Maskowanie ma bezpośrednie implikacje kliniczne. **Pacjent, który przez całą wizytę sprawia wrażenie spokojnego i współpracującego, może w rzeczywistości funkcjonować na granicy wytrzymałości swojego układu nerwowego.** Po wizycie lub po wyjściu z placówki może nastąpić tzw. efekt opóźnionego krachu - intensywna reakcja emocjonalna i fizyczna, która jest wynikiem nagromadzonego stresu. W skrajnej formie, po latach chronicznego maskowania, może dojść do wypalenia autystycznego (*autistic burnout*) - głębokiego wyczerpania emocjonalnego, poznawczego i fizycznego.

Co personel widzi	Co może dziać się wewnątrz	Ryzyko kliniczne
Pacjent spokojny i opanowany	Silny niepokój, przeciążenie sensoryczne	Niedocenywanie stanu pacjenta
Pacjent odpowiada na pytania	Nie rozumie pytań, odpowiada schematycznie	Błędne informacje w wywiadzie
Pacjent nie skarży się na ból	Maskuje ból, by nie sprawiać problemów	Nieprawidłowa ocena nasilenia bólu
Pacjent utrzymuje kontakt wzrokowy	Ciągłe monitorowanie twarzy, wyczerpanie	Falszywe poczucie dobrego kontaktu
Pacjent kiwa głową na zalecenia	Nie przetwarza treści, naśladuje odpowiedź	Brak zrozumienia i realizacji zaleceń



Jak rozpoznać maskowanie?

Rozpoznanie maskowania jest trudne, ale możliwe. Poniższe sygnały powinny wzbudzić czujność personelu:

- **Opóźnione reakcje - odpowiedzi przychodzą po dłuższej chwili, jakby pacjent musiał przetłumaczyć pytanie**
- **Skrytowane, szablonowe odpowiedzi - pacjent mówi to, czego się oczekuje, a nie to, co faktycznie przeżywa**
- **Brak spójności między słowami a mową ciała - mówi "jest dobrze", a ciało jest napięte**
- **Wyraźne wyczerpanie po wizycie lub gwałtowna zmiana zachowania pod koniec kontaktu**
- **Informacje od opiekuna różnią się od relacji pacjenta**

Jeżeli masz poczucie, że "coś się nie zgadza" - zaufaj tej obserwacji.

Zapytaj: "Jak się czujesz naprawdę, nie jak powinieneś/powinnaś się czuć?"

lub: "Czy jest coś, co sprawia Ci teraz trudność, a o czym nie powiedziateś/-aś?"



Komunikacja i mutyzm wybiórczy

Komunikacja jest sercem każdego kontaktu medycznego. Dla pacjentów neuroróżnorodnych jest to jednocześnie jeden z obszarów potencjalnie największych trudności. Trudności komunikacyjne mogą mieć charakter ekspresywny (trudność z wyrażaniem myśli i potrzeb), receptywny (trudność z rozumieniem komunikatów) lub obu tych rodzajów łącznie.

Rodzaje trudności komunikacyjnych

Nie wszystkie trudności komunikacyjne wyglądają tak samo. **Pacjent może mieć trudności z przetwarzaniem języka mówionego w stresie, nawet jeśli poza gabinetem rozmawia swobodnie. Może rozumieć słowa, ale mieć trudności z interpretacją tonu głosu, wyrazu twarzy i innych niewerbalnych elementów komunikacji. Może wymagać znacznie więcej czasu na przetworzenie pytania i sformułowanie odpowiedzi niż zakłada standardowe tempo rozmowy klinicznej.**

Typ trudności	Opis i przykład w gabinecie
Ekspresywna	Trudność z formułowaniem i wyrażaniem myśli. Pacjent milczy mimo rozumienia pytania.
Receptywna	Trudność z rozumieniem instrukcji lub pytań. Odpowiadanie na pytanie obok tematu.
Pragmatyczna	Trudność z użyciem języka w kontekście społecznym. Dostowne rozumienie metafor.
Przetwarzanie opóźnione	Wolniejsze tempo przetwarzania mowy. Odpowiedź pojawia się po długiej pauzie.
Mutyzm wybiórczy	Brak możliwości mówienia w sytuacji stresu. Milczenie mimo wcześniejszej komunikacji.



Mutyzm wybiórczy

Mutyzm wybiórczy (ang. *selective mutism*) to stan, w którym **osoba traci możliwość mówienia w określonych sytuacjach społecznych**, mimo że w innych kontekstach komunikuje się werbalnie bez problemu. **Nie jest to odmowa mówienia - to niemożność komunikacji wynikająca z lęku/ lub doświadczenia lęku** (w DSM mutyzm jest w grupie zaburzeń lękowych). Stres, przeciążenie sensoryczne, lęk i poczucie zagrożenia mogą wywołać mutyzm u osoby, która normalnie rozmawia. W środowisku medycznym mutyzm jest stosunkowo częsty u pacjentów ze spektrum autyzmu, ale może dotyczyć też osób z ADHD, zaburzeniami lękowymi lub doświadczających silnego stresu.

Kluczowe jest, by nie interpretować milczenia jako agresji, oporu lub braku rozumienia. Milczenie to często przetwarzanie - przerywanie go zaktóca odpowiedź.

Komunikacja alternatywna i wspomagająca (AAC)

Gdy komunikacja werbalna jest ograniczona lub niemożliwa, warto korzystać z alternatywnych form komunikacji. **Pacjent i opiekun często posiadają własne metody - ważne jest, by personel był na to otwarty i aktywnie pytał, co sprawdza się w danym przypadku.**

- Pisanie lub drukowanie — tablet, kartka i długopis
- Aplikacje komunikacyjne na smartfonie lub tablecie (np. LetMeTalk, Proloquo2Go)
- Karty komunikacyjne z symbolami lub obrazkami
- Wskazywanie na obrazki, schematy ciała, skale bólu wizualne
- Kody tak/nie — jedno mrugnięcie, gest ręki
- Komunikacja przez opiekuna lub tłumacza



Zasady pracy z pacjentem z trudnościami komunikacyjnymi

Dawaj czas. Minimalne oczekiwanie na odpowiedź: 10–15 sekund.
Cisza to przetwarzanie, nie ignorowanie.

Stosuj pytania zamknięte (tak/nie), a nie otwarte, gdy pacjent jest w stresie.

Mów prostym językiem. Jedno zdanie = jedna informacja.

Powtarzaj spokojnie, używając tych samych słów - parafrazowanie może wprowadzać zamieszanie.

Nie przerywaj i nie kończ zdań za pacjenta.

Jeżeli pacjent przestaje mówić, zapytaj: "Czy mogę zadać pytania, na które odpowiesz gestem?"

Zawsze upewnij się, że pacjent zrozumiał - proś o powtórzenie własnymi słowami, nie pytaj "Czy rozumie Pan/i?"

Zamiast	Powiedz
"Jak się Pan/i czuje?"	"Czy jest Panu/Pani gorzej niż wczoraj?"
"Gdzie boli?"	"Czy ból jest tu? (wskazujesz) - tak czy nie?"
"Proszę opisać ból."	"Czy ból jest ostry (jak kłucie)? Czy tępy (jak ucisk)?"
"Co Pan/i zazwyczaj przyjmuje?"	"Czy bierze Pan/i tabletki na serce? Tak czy nie?"





Percepcja bólu i objawy somatyczne

Ocena bólu jest jednym z fundamentów diagnostyki i terapii w medycynie. Opiera się ona na założeniu, że pacjent jest w stanie rzetelnie opisać nasilenie, lokalizację i charakter bólu, a jego reakcja behawioralna jest proporcjonalna do odczuwanego cierpienia. U pacjentów neuroróżnorodnych oba te założenia mogą być zawodne - i właśnie to sprawia, że **ocena bólu w tej grupie wymaga szczególnej uwagi.**

Odmienne przetwarzanie bólu

Osoby neuroróżnorodne, szczególnie osoby ze spektrum autyzmu i zaburzeniami sensorycznymi, **mogą doświadczać bólu w sposób znacząco różny od neurotypowego.**

Nadwrażliwość sensoryczna (hiperalgezia) oznacza, że nawet drobny bodziec bólowy - uktucie igłą, badanie palpacyjne, założenie elektrody EKG - może wywoływać intensywną reakcję.

Podwrażliwość (hipoalgezia lub analgezia) oznacza z kolei, że poważne urazy lub stany zapalne mogą nie generować odczuwalnego bólu.

Badania kliniczne dokumentują przypadki pacjentów ze spektrum autyzmu, u których zawal mięśnia sercowego, zapalenie wyrostka robaczkowego lub złamanie przebiegały bez typowej symptomatologii bólowej. Z drugiej strony - zakładanie plastra opatrunkowego lub wykonywanie iniekcji może wywoływać reakcje o nasileniu wskazującym na silny ból, zaskakujące dla personelu przy tak "drobnej" procedurze.





Trudności z raportowaniem bólu

Oprócz odmiennego przetwarzania sensorycznego, wiele osób neuroróżnorodnych ma **trudności z identyfikacją i nazwaniem własnych odczuć cielesnych** (interocepcja) oraz z przetożeniem ich na język opisowy. Aleksytymia - trudność w rozpoznawaniu i opisywaniu własnych stanów emocjonalnych - często dotyczy również odczuć somatycznych. **Pacjent może wiedzieć, że "coś jest nie tak", ale nie być w stanie wskazać, gdzie i jak to boli.**

Sytuacja	Możliwa przyczyna	Zalecane działanie
Pacjent nie zgłasza bólu mimo wyraźnych oznak klinicznych	Hipoalgezia, aleksytymia, maskowanie	Dokładne badanie fizykalne; nie polegaj wyłącznie na deklaracji
Silna reakcja na minimalny bodziec bólowy	Hiperalgezia sensoryczna	Uprzedź o procedurze; rozważ dodatkowe znieczulenie miejscowe
Pacjent wskazuje "boli wszędzie" lub "nie wiem gdzie"	Trudności interoceptywne	Użyj schematu ciała; pytaj o konkretne miejsca
Pacjent zmienia opis bólu przy każdym pytaniu	Trudności z kategoriami języka bólu	Używaj prostych, konkretnych opisów; unikaj skali VAS
Pacjent milczy mimo widocznego dyskomfortu	Mutyzm, maskowanie, niemożność komunikacji bólu	Obserwuj sygnaty nielingwistyczne; zbadaj fizykalnie
Gwałtowna reakcja na dotyk	Nadwrażliwość taktylna	Informuj przed dotykiem; zastosuj minimalne badanie dotykowe





Alternatywne narzędzia oceny bólu

Standardowa Numeryczna Skala Oceny Bólu (NRS 0–10) zakłada zdolność do abstrakcyjnego myślenia i samoopisu, które mogą być ograniczone u pacjentów neuroróżnorodnych. Warto dysponować alternatywnymi narzędziami:

- Skala FACES (twarze emocjonalne) - dobra dla osób z trudnościami z myśleniem abstrakcyjnym
- Skala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) - oparta na obserwacji zachowania, używana u osób niemogących się komunikować
- Schemat ciała z możliwością wskazania lokalizacji bólu
- Skale z opisami kolorowymi lub obrazkowymi
- Wywiad z opiekunem - porównanie obecnego zachowania z typowym dla danej osoby

Zasada kliniczna - ocena bólu u pacjenta neuroróżnorodnego

Nie polegaj wyłącznie na deklaracji słownej ani na reakcji behawioralnej.

Stosuj wielomodalne podejście:

obserwacja + narzędzia wizualne + wywiad z opiekunem + badanie fizykalne

Zawsze informuj przed każdym dotykem - bez wyjątków.



Rozpoznawanie potrzeb pacjenta - obserwacja i interpretacja

Skuteczna opieka nad pacjentem neuroróżnorodnym zaczyna się od obserwacji. **Zanim padnie pierwsze słowo, ciało pacjenta i jego zachowanie dostarczają ogromnej ilości informacji.** Personel medyczny - zwłaszcza pielęgniarki, pielęgniarze i ratownicy, którzy mają pierwszy kontakt - powinien rozwinać umiejętność odczytywania sygnałów, które mogą wskazywać na potrzeby sensoryczne, emocjonalne lub komunikacyjne.

Obserwacja vs. założenia - pułapki interpretacyjne

Częstym błędem, którego należy unikać, jest zastępowanie obserwacji założeniami. Widzimy pacjenta, który zachowuje się spokojnie i odpowiada na pytania i zakładamy, że jest opanowany i gotowy do współpracy. Widzimy pacjenta, który się kotysze i zakładamy, że jest wzburzony. Widzimy pacjenta, który nie patrzy w oczy i zakładamy, że coś ukrywa. Każde z tych założeń może być błędne i prowadzić do niewłaściwej opieki.

Złota reguła obserwacji klinicznej

**Obserwuj zachowanie jako informację
- nie jako problem do rozwiązania.**

- Stimming (ruchy powtarzalne) jest samoregulacją - przerywanie go zwiększa stres.
- Milczenie to przetwarzanie - przerywanie go zakłóca odpowiedź.
- Brak kontaktu wzrokowego to często strategia koncentracji - wymaganie go ją zakłóca.





Sygnaty i interpretacja

Poniższa tabela stanowi praktyczne narzędzie do szybkiej interpretacji zachowań pacjenta i doboru adekwatnej reakcji. **Należy jednak pamiętać, że każde z tych zachowań może mieć wiele przyczyn - tabela jest punktem wyjścia, nie gotową diagnozą.**

Co widzisz	Co to może oznaczać	Co zrobić
Pacjent milczy, nie odpowiada	Mutyzm wybiórczy, przeciążenie, przetwarzanie	Pytania zamknięte, czas na odpowiedź, AAC
Zakrywa uszy lub zatyka nos	Nadwrażliwość słuchowa lub węchowa	Ogranicz hałas, przenieś do cichego pomieszczenia
Kotysanie, ruchy powtarzalne (stimming)	Samoregulacja sensoryczna	Nie przerywaj, nie komentuj - to pomaga
Brak reakcji na ból	Hipoalgecja, maskowanie, aleksytymia	Badanie fizykalne, skale alternatywne
Silna reakcja na drobny bodziec	Hiperalgacja, nadwrażliwość taktylna	Uprzedzaj o każdym dotyku, zwolnij tempo
Ucieka wzrokiem, nie patrzy w oczy	Dyskomfort przy kontakcie wzrokowym	Nie interpretuj jako braku uwagi, nie wymuszaj
Powtarza Twoje słowa (echolalia)	Mechanizm przetwarzania języka	Czekaj, pytaj ponownie inaczej
Nagła zmiana zachowania	Przeciążenie, zbliżający się meltdown	Ogranicz bodźce, działaj spokojnie
Pyta wielokrotnie o to samo	Potrzeba potwierdzenia, lęk, pamięć operacyjna	Odpowiadaj spokojnie tyle razy, ile potrzeba
Mówi monotonie lub bardzo głośno	Odmienne przetwarzanie modulacji głosu	Nie interpretuj jako emocji, dostosuj własny ton



Zasady komunikacji terapeutycznej

Komunikacja terapeutyczna to zbiór świadomie stosowanych technik i postaw, które służą budowaniu relacji terapeutycznej, zbieraniu wiarygodnych informacji klinicznych i przekazywaniu zaleceń w sposób zrozumiały i możliwy do realizacji. **W pracy z pacjentem neuroróżnorodnym jej znaczenie jest jeszcze większe niż w standardowej praktyce, a część powszechnie stosowanych technik może wymagać modyfikacji.**

Komunikacja pisemna i wizualna

Dla wielu pacjentów neuroróżnorodnych komunikacja pisemna jest łatwiejsza niż werbalna - daje czas na przetworzenie, możliwość wielokrotnego odczytania i nie wymaga jednoczesnego zarządzania kontaktem społecznym. Warto mieć w gabinecie podstawowe materiały pisemne i wizualne do dyspozycji:

- **Pisemne streszczenie zaleceń po wizycie (nie tylko słowne)**
- **Schematy procedur z krokami przedstawionymi graficznie**
- **Skale bólu w wersji wizualnej**
- **Informacje o planowanym przebiegu wizyty wystane z wyprzedzeniem (Social Story)**
- **Możliwość zadawania pytań drogą pisemną (e-mail, formularz)**



Podstawowe zasady komunikacji

Zasada	Jak stosować w praktyce	Czego unikać
Prostota języka	Krótkie zdania, słowa codzienne, bez metafor	Żargon medyczny, idiomy, przenośnie, sarkazm
Jedno polecenie na raz	Wydaj instrukcję, poczekaj na realizację, dopiero potem kolejna	Lista kilku poleceń jednocześnie
Czas na odpowiedź	Odczekaj min. 10–15 sek. po pytaniu	Natychmiastowe powtarzanie, zmiana pytania
Przewidywalność	Zapowiadaj każdy krok procedury przed wykonaniem	Niespodziewane zmiany planu
Dostowność	Mów dokładnie to, co masz na myśli	Sarkazm, żarty, sformułowania dwuznaczne
Potwierdzenie rozumienia	Proś o powtórzenie własnymi słowami	Pytanie "Czy rozumie Pan/i?" (odpowiedź często: tak)
Szacunek autonomii	Pytaj o zgodę, informuj o możliwości rezygnacji	Przyspieszanie, wymuszanie, zaskakiwanie
Neutralny ton	Spokojny, równy ton głosu bez oceny	Uniesiony głos, niecierpliwość, westchnienia



Komunikacja z opiekunem - granica autonomii

W przypadku pacjentów wymagających wsparcia w komunikacji często obecny jest opiekun. Ważne jest, by personel komunikował się bezpośrednio z pacjentem, a nie wyłącznie z opiekunem, nawet jeśli pacjent ma trudności komunikacyjne. Opiekun może pomagać w tłumaczeniu i uzupełnianiu informacji, ale **pacjent powinien pozostawać w centrum rozmowy i być traktowany jako podmiot decyzyjny w zakresie, w jakim jest to możliwe.**

Personel powinien unikać sytuacji, w której rozmawia z opiekunem ponad głową pacjenta lub go ignoruje. Nawet jeśli pacjent nie mówi, może rozumieć i przeżywać każde słowo.

Czego absolutnie unikać w komunikacji z pacjentem neuroróżnorodnym

Mówienia o pacjencie w trzeciej osobie przy jego obecności:
"On zwykle tak reaguje..."

Używania tonu jak do dziecka (infantylizacja) wobec dorosłych.

Przerywania, gdy pacjent usiłuje się komunikować

Wyrażania niecierpliwości, westchnień, mimiki znudzenia

Wymuszania kontaktu wzrokowego: "Proszę na mnie patrzeć, jak mówię"

Komentowania lub ośmieszania reakcji sensorycznych pacjenta



Protokół 5P - standardowa ścieżka postępowania

Protokół 5P to ustrukturyzowane narzędzie opracowane na potrzeby szybkiego, powtarzalnego i efektywnego podejścia do pacjenta neuroróżnorodnego. Jego pięć elementów składowych - Przedstaw się, Przestrzeń, Prostota, Przewidywalność i Partnerstwo - tworzy logiczny ciąg kroków, który może być stosowany w każdym środowisku klinicznym, niezależnie od specjalizacji i dostępnych zasobów. **Protokół nie zastępuje indywidualnej oceny i elastyczności - służy jako ramy minimalne.**

Pięć kroków Protokołu 5P

Krok	Co oznacza w praktyce
P1 - Przedstaw się	Wyraźnie podaj imię, nazwisko i rolę. Zapytaj jak pacjent chce być tytułowany. Krótko wyjaśnij cel wizyty.
P2 - Przestrzeń	Oceń i w miarę możliwości zmodyfikuj środowisko: oświetlenie, hałas, liczba osób, temperatura. Zapytaj co sprawia dyskomfort.
P3 - Prostota	Stosuj prosty, bezpośredni język. Jedno polecenie lub pytanie na raz. Dawaj czas na odpowiedź. Unikaj metafor.
P4 - Przewidywalność	Wyjaśniaj każdy krok procedury zanim go wykonasz. Zapowiadaj dotyk z wyprzedzeniem. Informuj o zmianach planu.
P5 - Partnerstwo	Pytaj o potrzeby i preferencje pacjenta. Pozwól na obecność opiekuna. Uwzględniaj wcześniejsze doświadczenia.



Zastosowanie w różnych etapach kontaktu

Rejestracja i poczekalnia

- Zapytaj telefonicznie lub przez formularz przed wizytą o specjalne potrzeby.
- Zaoferuj możliwość oczekiwania poza zatłoczoną poczekalnią lub przyjazd dokładnie na czas.
- Wyślij z wyprzedzeniem informacje o przebiegu wizyty (np. Social Story - historyjka opisująca wizytę krok po kroku).
- Zapewnij ciche pomieszczenie do oczekiwania jeżeli to możliwe.

Wywiad i badanie

- Przeprowadź wywiad w spokojnym, dobrze wentylowanym pomieszczeniu.
- Ogranicz liczbę osób obecnych podczas badania do niezbędnego minimum.
- Informuj przed każdym dotykaniem: "Teraz zbadam brzuch - położę ręce tutaj".
- Zaoferuj przerwy w trakcie procedur i wyraźnie powiedz, że przerwa jest możliwa.

Przekazywanie zaleceń

- Podaj zalecenia pisemnie i ustnie.
- Sprawdź rozumienie poprzez prośbę o parafrazę.
- Ustal, kto może odpowiedzieć na pytania po wizycie.



Lista kontrolna - Protokół 5P

(do wydruku i powielania)

P1: Czy przedstawiłem/-am się z imienia, nazwiska i roli?

P1: Czy zapytałem/-am, jak pacjent chce być tytułowany?

P2: Czy oceniłem/-am i ograniczyłem/-am bodźce sensoryczne?

P2: Czy zapytałem/-am o specyficzne dyskomforty środowiskowe?

P3: Czy stosowałem/-am prosty język i jedno polecenie na raz?

P3: Czy dawałem/-am wystarczająco dużo czasu na odpowiedź?

P4: Czy zapowiadałem/-am każdy krok procedury z wyprzedzeniem?

P4: Czy informowałem/-am o każdym planowanym dotyku?

P5: Czy zapytałem/-am pacjenta o jego potrzeby i preferencje?

P5: Czy zalecenia zostały przekazane w formie pisemnej?



Zmniejszanie stresu i przeciążenia sensorycznego

Środowisko medyczne jest środowiskiem wysokiego stresu. Dla pacjentów neuroróżnorodnych jego właściwości mogą powodować **przeciążenie sensoryczne** - mózg otrzymuje więcej bodźców niż jest w stanie efektywnie przetworzyć w danym momencie. Do przeciążenia sensorycznego prowadzą bodźce wzrokowe (np. jasne, migające światła), słuchowe (głośne lub nagłe dźwięki), dotykowe (niektóre faktury, niespodziewany dotyk) i zapachowe (silne zapachy środków dezynfekcyjnych). Wdrożenie niewielkich modyfikacji środowiska może radykalnie zmienić przebieg wizyty.

Strategie behawioralne personelu

Niezależnie od zasobów placówki, każdy członek personelu dysponuje narzędziami, które może zastosować bezpośrednio w kontakcie z pacjentem:

- **Mów spokojnie, wolno i z niskim tonem głosu, unikaj nagłych zmian głośności.**
- **Poruszaj się spokojnie i przewidywalnie - unikaj gwałtownych ruchów.**
- **Ogranicz liczbę osób w pomieszczeniu do niezbędnego minimum.**
- **Uprzedź przed każdym dotykiem, każdą zmianą pozycji, każdym dźwiękiem urządzeń.**
- **Zapytaj pacjenta, co jest dla niego/niej najtrudniejsze sensorycznie teraz.**
- **Zaoferuj przerwy i wyraźnie powiedz, że przerwa jest możliwa.**
- **Pozwól pacjentowi wziąć ze sobą obiekt regulujący (zabawka antystresowa, koc, maskotka).**
- **Nie nalegaj na usunięcie słuchawek wygłuszających, jeżeli nie jest to niezbędne medycznie.**



Modyfikacje środowiska fizycznego

Obszar	Modyfikacja	Koszt i dostępność
Oświetlenie	Ściemniacze lub żarówki o ciepłej barwie, zastony	Niski koszt; możliwe od razu w wielu placówkach
Hałas	Wyciszenie sygnałów dźwiękowych tam, gdzie to możliwe	Bez kosztu; wymaga koordynacji z personelem
Poczekalnia	Wyznaczenie cichego miejsca / kąca wyciszenia	Niski koszt; wymaga reorganizacji przestrzeni
Aromaty	Unikanie mocnych środków zapachowych, perfum przez personel	Bez kosztu; kwestia polityki placówki
Temperatura	Regulacja temperatury pomieszczenia; opcja wentylacji	Możliwe w wielu placówkach
Przybory sensoryczne	Słuchawki wygłuszające, okulary przeciwstłoneczne do dyspozycji	Niski koszt; możliwe od razu
Prywatność	Zapewnienie oddzielnego pomieszczenia gdy możliwe	Zależy od zasobów placówki

Wsparcie ze strony opiekuna

Obecność zaufanego opiekuna może znacząco obniżyć poziom stresu pacjenta. Opiekun może pełnić rolę tłumacza potrzeb, kotwicy emocjonalnej i źródła informacji o historycznych wzorcach reakcji pacjenta. Warto aktywnie pytać opiekuna o skuteczne strategie regulacji stosowane przez pacjenta i uwzględnić je w procedurze.

Sygnaty ostrzegawcze przeciążenia

Natychmiast zareaguj gdy zauważysz

- Nagłe nasilenie niepokoju ruchowego lub bezruch "zamrożenia"
- Zakrywanie uszu, oczu, nosa, kurczenie się ciała
- Intensywny stimming, który wcześniej nie był obecny lub nagle ustał
- Wyraźna bladość, pocenie, przyspieszony oddech
- Mutyzm u pacjenta, który do tej pory mówił

zatrzymaj procedurę

ogranicz bodźce

zapewnij opiekuna

daj czas



Trudne sytuacje kliniczne - meltdown, shutdown i burnout

Nawet przy najlepszym przygotowaniu personelu i zastosowaniu wszystkich opisanych strategii mogą wystąpić sytuacje kryzysowe. Trzy najważniejsze to meltdown, shutdown i burnout - różne, ale równie istotne klinicznie **stany wynikające z przeciążenia układu nerwowego**. Ich znajomość jest kluczowa dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu.

SHUTDOWN - wyłączenie

W stanie shutdown osoba wycofuje się: milknie, przestaje reagować na bodźce zewnętrzne, może znieruchomieć lub sprawiać wrażenie nieobecnej.

Może to być mylone z utratą przytomności, stanem dysocjacyjnym lub brakiem współpracy. Najważniejsza różnica: pacjent w stanie shutdown jest przytomny, ale jego zdolność do przetwarzania i odpowiadania jest czasowo wyłączona. Próby wymuszenia komunikacji lub aktywizacji pacjenta przedłużają shutdown i zwiększają stres. Shutdown mija samoistnie, gdy przeciążenie ustępuje.

Postępowanie w stanie shutdown:

- Nie wymuszaj komunikacji - mów spokojnie, że jesteś, ale nie oczekujesz odpowiedzi
- Ogranicz wszystkie bodźce do minimum
- Zapewnij obecność opiekuna jeżeli możliwe
- Daj czas - shutdown mija samoistnie, gdy przeciążenie ustępuje
- Po ustąpieniu - pytaj prosto, czy pacjent jest gotowy kontynuować



MELTDOWN - wybuch

Meltdown to przeciwieństwo shutdownu pod względem objawów, ale wynika z tej samej przyczyny - przeciążenia układu nerwowego. To intensywna, nagła reakcja na przeciążenie układu nerwowego. Może objawiać się jako płacz, krzyk, ucieczka, agresja fizyczna lub werbalna, rzucanie przedmiotami, autoagresja. Kluczowe jest zrozumienie, że **meltdown nie jest świadomą decyzją ani strategią manipulacji** - to utrata kontroli nad zachowaniem w wyniku przeciążenia neurologicznego. Osoba w stanie meltdownu nie jest w stanie "uspokoić się na życzenie" ani racjonalnie przetwarzać poleceń. Próby uspokajania mogą pogłębiać meltdown.

Faza	Objawy	Postępowanie personelu
Faza narastania (pre-meltdown)	Nasilony niepokój, powtarzające się pytania, wzmożony stimming, bladłość, drżenie	Zatrzymaj procedurę; ogranicz bodźce; zapytaj czego potrzebuje; daj przestrzeń
Meltdown aktywny	Krzyk, płacz, agresja, ucieczka, samoagresja, brak reakcji na mowę	Zapewnij bezpieczeństwo fizyczne; usuń zbędne osoby; nie trzymaj siłą; mów spokojnie i krótko
Faza wyciszania (post-meltdown)	Wyczerpanie, dezorientacja, wstyd, płaczliwość, senność	Nie wyciągaj konsekwencji; nie analizuj zdarzenia od razu; zapewnij spokój i wsparcie opiekuna



BURNOUT - wypalenie autystyczne

Zespół głębokiego, przewlekłego **wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i poznawczego**, rozwijający się w wyniku długotrwałego obciążenia psychicznego i fizycznego, często potęgowanego przez **maskowanie** cech autystycznych. Może obejmować utratę wcześniejszych umiejętności, obniżenie tolerancji na bodźce, wycofanie społeczne. Objawy mogą przypominać zaburzenia depresyjne, jednak rzadko ustępują w odpowiedzi na samo leczenie farmakologiczne.

W kontekście klinicznym burnout jest ważnym sygnałem, że pacjent przez długi czas funkcjonował powyżej swoich możliwości adaptacyjnych. **Terapie, które zmuszają osobę do ukrywania autystycznych cech i maskowania, mogą nasilać ryzyko wypalenia.**

Stan	Kluczowe cechy	Działanie
Meltdown	Przytomny, reaguje na dotyk; historia przeciążenia; poprawia się po redukcji bodźców	Procedura meltdown (zatrzymaj, ogranicz, daj przestrzeń)
Shutdown	Przytomny, reaguje na silne bodźce; mowa zanikła; poprawa po ciszy i czasie	Nie wymuszaj, ogranicz bodźce, daj czas
Atak paniki	Intensywny strach, tachykardia, hiperwentylacja, poczucie umierania	Techniki oddechowe, zapewnienie bezpieczeństwa
Napad padaczkowy	Utrata lub zmiana świadomości, ruchy toniczne/kloniczne, niepamięć wsteczna	Postępowanie przeciwpadaczkowe; diagnostyka
Dysocjacja	Oderwanie od rzeczywistości, brak poczucia tożsamości, zachowania automatyczne	Łagodna reorientacja, wsparcie psychologiczne



Współpraca z pacjentem i opiekunem

Pacjent neuroróżnorodny jest ekspertem w dziedzinie swojego własnego funkcjonowania. Nikt nie wie lepiej od niego, co go przeciąża, co pomaga, co sprawia ból i co jest konieczne do tego, by wizyta przebiegła sprawnie. Ta wiedza jest bezcennym zasobem klinicznym - pod warunkiem, że personel tworzy warunki do jej przekazania.

Partnerstwo jako postawa kliniczna

Partnerstwo w opiece medycznej oznacza odejście od modelu paternalistycznego (personel wie lepiej, decyduje za pacjenta) na rzecz modelu współpracy (personel i pacjent razem ustalają, jak najlepiej osiągnąć cel terapeutyczny). Dla pacjentów neuroróżnorodnych model partnerski ma szczególne znaczenie - wielu z nich ma za sobą doświadczenia, w których byli ignorowani, infantylizowani lub traktowani jako przypadek, a nie osoba. Relacja specjalista-pacjent powinna być relacją dwóch rodzajów ekspertyzy: specjalista jest ekspertem medycyny, pacjent zna siebie.

Zasada autonomii - zawsze na pierwszym miejscu

Nawet jeżeli pacjent ma trudności z komunikacją, ma prawo do autonomii w granicach swoich możliwości decyzyjnych.

- Pytaj PACJENTA, nie opiekuna, o zgodę na procedury.
- Informuj PACJENTA o wynikach, nawet jeżeli opiekun jest obecny.
- Rozmawiaj z pacjentem bezpośrednio, nie "ponad jego głową".



Pytania partnerskie - jak zbierać informacje o potrzebach

Poniższe pytania mogą być zadane na początku pierwszego kontaktu lub zamieszczone w formularzu przedwizytowym:

- "Czy jest coś, o czym powinniśmy wiedzieć, żeby ta wizyta była dla Pana/Pani jak najmniej trudna?"
- "Co zwykle pomaga Panu/Pani w stresujących sytuacjach?"
- "Czy są rzeczy, których zdecydowanie powinniśmy unikać - np. dźwięki, zapachy, rodzaje dotyku?"
- "Jak najlepiej się z Panem/Panią komunikować - mówienie, pisanie, czy inaczej?"
- "Czy chce Pan/Pani, żeby towarzyszyła Panu/Pani bliska osoba podczas badania?"
- "Czy ma Pan/Pani diagnozę lub informacje od poprzednich lekarzy, które byłyby przydatne?"

Rola opiekuna - wsparcie czy pośrednictwo?

Opiekun może pełnić wiele ról w kontakcie medycznym: dostarczać informacji, pomagać w komunikacji, zapewniać wsparcie emocjonalne, przekazywać zalecenia. Ważne jest, by personel rozumiał, kiedy opiekun pełni rolę pomocniczą, a kiedy może nieświadomie ograniczać autonomię pacjenta.



Rola opiekuna	Kiedy pożądana	Na co uważać
Tłumacz potrzeb	Gdy pacjent ma trudności z wyrażeniem się werbalnie	Czy tłumaczy wiernie, czy interpretuje po swojemu?
Źródło historii medycznej	Gdy pacjent nie pamięta lub ma trudności z chronologią	Czy pacjent potwierdza informacje od opiekuna?
Kotwica emocjonalna	Gdy obecność opiekuna obniża stres pacjenta	Czy pacjent chce opiekuna, czy tylko opiekun chce być?
Wsparcie przy procedurze	Gdy kontakt fizyczny z opiekunem pomaga pacjentowi	Czy opiekun nie ogranicza ruchu lub decyzji pacjenta?
Reprezentacja decyzyjna	Gdy pacjent nie posiada zdolności do czynności prawnych	Zawsze weryfikuj status prawny; nie zakładaj z góry

Najczęstsze błędy i jak ich unikać

Błędy w opiece nad pacjentem neuroróżnorodnym rzadko wynikają ze złej woli personelu. Znacznie częściej są efektem braku wiedzy, automatycznych założeń lub nieadekwatnych procedur instytucjonalnych. Identyfikacja najczęstszych błędów i rozumienie mechanizmów, które za nimi stoją, jest pierwszym krokiem do ich eliminacji.

Błędy w interpretacji zachowania

Błąd	Co personel widzi i zakłada	Rzeczywistość i ryzyko
Ocenianie braku współpracy jako złej woli	Pacjent nie wykonuje polecenia → jest trudny, uparty	Pacjent nie rozumie polecenia lub nie może go wykonać sensorycznie
Interpretowanie milczenia jako zgody	Pacjent nie protestuje → zgadza się	Pacjent jest w stanie mutyzmu lub shutdown; brak sprzeciwu ≠ zgoda
Traktowanie spokoju jako dobrostanu	Pacjent jest cichy i grzeczny → jest w porządku	Pacjent maskuje; przeciążenie może być na granicy wytrzymałości
Niedoszacowanie bólu	Pacjent nie reaguje na ból → nie boli lub przesadza	Hipoalgezja lub aleksytymia; pominięcie adekwatnej analgezji
Traktowanie stymingu jako problemu	Pacjent się kotysze → jest wzburzony, trzeba go powstrzymać	Stimming to samoregulacja; przerywanie go nasila stres



Błędy komunikacyjne

Część błędów wynika ze sposobu, w jaki personel się komunikuje:

- Pytania sugerujące odpowiedź: "Nie boli już, prawda?" zamiast "Czy nadal boli?".
- Zbyt szybkie tempo mówienia bez pauz na przetworzenie.
- Zmiana pytania zanim pacjent zdąży odpowiedzieć.
- Używanie metafor i idiomów: "niech Pan się otworzy", "co Panią gryzie".
- Mówienie jednocześnie kilku rzeczy lub wydawanie kilku poleceń na raz.
- Nieuwzględnianie faktu, że pacjent może rozumieć więcej niż jest w stanie wyrazić.

Błędy systemowe i instytucjonalne

Wiele trudności wynika z organizacji pracy placówki, a nie z indywidualnych zachowań personelu:

- Brak pola do zaznaczenia specjalnych potrzeb w formularzach rejestracyjnych
- Brak możliwości oczekiwania poza zatłoczoną poczekalnią
- Brak pisemnych lub wizualnych materiałów informacyjnych o procedurach
- Brak szkoleń personelu z zakresu neuroróżnorodności
- Harmonogram wizyt bez buforu czasowego dla pacjentów wymagających więcej czasu
- Brak procedury przekazywania informacji o potrzebach pacjenta między członkami zespołu

Nie oceniaj — szukaj przyczyny

Każde trudne zachowanie pacjenta jest komunikatem o przeciążeniu lub niezaspokojonej potrzebie.

**Zanim ocenisz zachowanie jako "trudne", zapytaj:
Czego może teraz potrzebować ta osoba?**

Modyfikacja podejścia jest zazwyczaj łatwiejsza niż eskalacja konfliktu.



Zaburzenia współwystępujące - co powinien wiedzieć personel medyczny

Spektrum autyzmu rzadko występuje w izolacji. Zgodnie z danymi opublikowanymi w 2025 roku, opartymi na National Survey of Children's Health obejmującym ponad 79 000 dzieci, aż 96,4% dzieci w spektrum autyzmu ujawniało co najmniej jedno współistniejące zaburzenie - genetyczne, neuropsychiatryczne lub somatyczne. Wcześniejsze metaanalizy wskazywały, że od 70 do 95% dzieci i nastolatków w spektrum autyzmu spełnia kryteria co najmniej jednego współwystępującego zaburzenia psychicznego, a u 41–60% rozpoznaje się dwa lub więcej takich zaburzeń jednocześnie.

Dla personelu medycznego oznacza to jedno: **pacjent w spektrum autyzmu, który trafia do gabinetu, prawdopodobnie nie ma wyłącznie diagnozy ASD.** Ma równocześnie **złożony obraz kliniczny**, który wymaga świadomego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego. Nieuwzględnienie współwystępujących zaburzeń prowadzi do nieadekwatnej opieki - zarówno przez przeoczenie realnych problemów zdrowotnych, jak i przez błędną interpretację objawów.

Spektrum autyzmu często współwystępuje z innymi zaburzeniami.

Zawsze pytaj: Czy poza diagnozą ASD/ADHD pacjent ma inne rozpoznania? Jakie leki przyjmuje?

Jakie terapie realizuje? Kto jest prowadzącym psychiatrą lub neurologiem?

Brak informacji o zaburzeniach współwystępujących to luka kliniczna, nie informacja o ich braku.



Najczęstsze zaburzenia psychiatryczne współwystępujące z ASD

Zaburzenie	Szacowana częstość u osób z ASD	Kluczowe implikacje kliniczne
ADHD (AuDHD)	~40% osób z ASD	Złożone wyzwania uwagowe i wykonawcze; szczególna ostrożność przy farmakoterapii
Zaburzenia lękowe (łącznie)	~40-70% dzieci i młodzieży z ASD	Lęk społeczny do 50%; może maskować lub naśladować objawy ASD
Zaburzenia depresyjne	4x wyższa częstość niż w populacji ogólnej	Może objawiać się atypowo: agresją, autoagresją, odmową uczęszczania do szkoły
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	2x wyższe prawdopodobieństwo niż w populacji	Rytuály adaptacyjne vs. obsesje kliniczne — ważne rozróżnienie
Zaburzenia snu	Częstsze niż u rówieśników poza spektrum	Związek z nadwrażliwością sensoryczną i zaburzeniami metabolizmu melatoniny
Mutyzm wybiórczy	Częściej niż w populacji ogólnej	Może poprzedzać diagnozę ASD; wymaga AAC w kontakcie medycznym
PTSD / reakcje pourazowe	Podwyższone ryzyko (negatywne doświadczenia z systemu opieki)	Sam kontakt z placówką medyczną może być wyzwalaczem
Myśli i próby samobójcze	25% ujawnia myśli samobójcze; 8% prób samobójczych	Późna diagnoza ASD istotnie zwiększa ryzyko w adolescencji

Zaburzenia somatyczne współwystępujące

Oprócz zaburzeń psychiatrycznych, u pacjentów ze spektrum autyzmu istotnie częściej niż w populacji ogólnej współwystępują zaburzenia somatyczne. Metaanaliza badań opublikowana w 2025 roku wskazuje, że najczęściej są to **alergie** (32,4%), **zaburzenia genetyczne** (26,2%) oraz **astma** (12,6%). Ponadto, **padaczka** - jedno z najpoważniejszych neurologicznych powikłań - występuje u 6-27% osób z rozpoznaniem spektrum autyzmu; jej wystąpienie bezwzględnie wymaga opieki neurologicznej.

Szczególną uwagę kliniczną należy zwrócić na **zaburzenia gastroenterologiczne. Zmiany w składzie mikrobioty jelitowej** często współwystępują u osób w spektrum autyzmu. Badania wskazują na powiązanie objawów ze strony przewodu pokarmowego (ból brzucha, zaparcia, biegunka) z nasileniem objawów spektrum autyzmu oraz innych zaburzeń, takich jak drażliwość, zachowania agresywne, kompulsyjne i restrykcyjne. Oś jelita-mózg działa dwukierunkowo: stan psychiczny pacjenta wpływa na mikrobiom, a ten z kolei może nasilać objawy neurorozwojowe.

Pułapki diagnostyczne - kiedy zaburzenia współwystępujące są niewidoczne

Diagnostyka zaburzeń współwystępujących u osób w spektrum autyzmu jest szczególnie trudna z kilku powodów:

Po pierwsze, maskowanie - osoba może ukrywać nie tylko cechy spektrum autyzmu, ale również objawy zaburzeń współistniejących, np. tiki, objawy lękowe czy obsesje.

Po drugie, tzw. przyćmiewanie objawów ASD przez współwystępujące zaburzenia: u młodszych dzieci pierwszą diagnozą może być mutyzm wybiórczy, ADHD, lęk separacyjny lub OCD, podczas gdy diagnoza spektrum pozostaje niepostawiona przez lata.



Po trzecie, objawy wielu zaburzeń psychiatrycznych manifestują się u osób w spektrum atypowo. Depresja może objawiać się agresją, samookaleczaniem, a nie klasycznym obniżeniem nastroju. Zaburzenie lękowe może objawiać się nasilonym stymingiem lub zachowaniami kompulsywnymi, a nie deklarowanym lękiem. Taka atypowa prezentacja wymaga pogłębionego wywiadu, obserwacji i - tam gdzie to możliwe - rozmowy z opiekunem.

Implikacje dla personelu medycznego SOR, oddziałów i ambulatoriów

Personel medyczny pracujący na izbie przyjęć lub SOR szczególnie powinien uwzględniać fakt, że pacjent neuroróżnorodny w kryzysie może mieć jednocześnie: epizod depresyjny lub lękowy nasilony przez przeciążenie sensoryczne środowiska medycznego, objawy somatyczne (ból, napad padaczkowy, zaburzenia jelitowe) prezentowane w atypowy sposób, a także efekty uboczne przyjmowanych leków, które trudno odróżnić od objawów pierwotnych.

Kryzys psychiczny u osoby ze spektrum autyzmu - meltdown, shutdown lub stan poważnego wypalenia - może być mylony ze stanem nagłym wymagającym pilnej interwencji psychiatrycznej. Z drugiej strony, realne stany nagłe (napad padaczkowy, ostra reakcja na lek, stan dysocjacyjny) mogą być zbagatelizowane jako "typowe dla spektrum".



Sygnaty alarmowe wymagające pilnej konsultacji psychiatrycznej lub neurologicznej

- Nagłe pojawienie się lub nasilenie zachowań agresywnych lub autoagresywnych
- Myśli lub deklaracje samobójcze - traktuj poważnie każdą wzmiankę
- Utrata wcześniej nabytych umiejętności (regres rozwojowy)
- Nowe objawy ruchowe: tiki, drżenie, nieskoordynowane ruchy
- Nagła zmiana zachowania bez wyraźnej przyczyny środowiskowej
- Objawy psychotyczne: halucynacje, urojenia
- Stan po próbie samobójczej - wezwij pogotowie (999) lub udaj się na SOR z oddziałem psychiatrycznym



Farmakoterapia - specyfika neuroróżnorodności

Osoby ze spektrum autyzmu, ADHD i innymi profilami neuroatypowymi często przyjmują różne leki długoterminowo - zarówno psychiatryczne, jak i somatyczne. Kompletny i aktualny wywiad dotyczący przyjmowanych leków jest w tej grupie pacjentów absolutnie kluczowy: nie tylko ze względu na interakcje farmakologiczne, ale przede wszystkim dlatego, że osoby neuroróżnorodne mogą reagować na leki inaczej niż oczekuje standardowy protokół kliniczny.

Wywiad dotyczący przyjmowanych leków jest szczególnie ważny

Wywiad dotyczący przyjmowanych leków jest rutynowym elementem kontaktu medycznego. U pacjenta neuroróżnorodnego ma on jednak szczególne znaczenie z kilku powodów.

Po pierwsze, pacjent może przyjmować **jednocześnie kilka leków**: na przykład leki psychiatryczne (np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, leki zarejestrowane w terapii ADHD), neurologiczne (np. leki przeciwpadaczkowe), gastroenterologiczne, przeciwalergiczne i inne”. Przyjmowane substancje mogą wchodzić w interakcję z lekami podawanymi w trakcie wizyty.

Po drugie, **odmienny metabolizm** - u części osób ze spektrum autyzmu występują polimorfizmy genów kodujących enzymy cytochromu P450 (m.in. CYP2D6, CYP2C19, CYP3A4). Może to prowadzić do **wolniejszego lub szybszego metabolizmu określonych leków, a w konsekwencji do silniejszego działania farmakologicznego niż oczekiwane lub do zwiększonego ryzyka toksyczności**. Standardowa dawka terapeutyczna może być u danego pacjenta dawką nieskuteczną lub toksyczną.

Po trzecie, **zaburzona interocepcja** - pacjent może nie zgłaszać lub nie rozpoznawać objawów niepożądanych leków, nawet jeśli są one klinicznie istotne. Tachykardia lub zawroty głowy jako efekt działania leku mogą być odczuwane jako silny lęk lub zagrożenie, prowadząc do reakcji paniki trudnej do odróżnienia od epizodu lękowego.



Odmienna reakcja na leki psychiatryczne - co wiadomo z literatury

Literatura kliniczna jednoznacznie wskazuje, że osoby z ASD inaczej reagują na leki psychiatryczne (Posey i in., 2008; Doyle & McDougle, 2012). Wzorzec ten obejmuje trzy charakterystyczne cechy: częstsze działania niepożądane przy standardowych dawkach, konieczność stosowania niższych dawek początkowych oraz większą zmienność w uzyskiwaniu efektu terapeutycznego.

Grupa leków	Zastosowanie	Specyfika reakcji u osób neuroróżnorodnych
SSRI (np. sertralina, fluoksetyna, escitalopram)	Zaburzenia lękowe, OCD, depresja	U części pacjentów nasilenie pobudzenia, zachowań stereotypowych i agresji; konieczne niższe dawki startowe; wolniejsza titracja
SNRI (np. wenlafaksyna, duloksetyna)	Depresja, lęk uogólniony	Podobne uwagi jak dla SSRI; dodatkowe działanie noradrenergiczne może nasilać niepokój ruchowy
Atypowe leki przeciwpsychoetyczne (np. risperidon, aripiprazol)	Drażliwość, zachowania agresywne, autoagresja	Skuteczność w redukcji drażliwości potwierdzona; ryzyko przyrostu masy ciała, sedacji, objawów pozapiramidowych - częstsze niż w populacji ogólnej
Metylofenidat i inne pochodne amfetaminy (terapia ADHD)	ADHD współwystępujące z ASD (AuDHD)	Mniejsza skuteczność i większa zmienność odpowiedzi niż w ADHD bez ASD; ryzyko nasilenia lęku i zachowań stereotypowych



Grupa leków	Zastosowanie	Specyfika reakcji u osób neuroróżnorodnych
Leki przeciwpadaczkowe / stabilizatory nastroju (np. walproinian, lamotrygina)	Padaczka, zaburzenia nastroju, agresja	Walproinian - udokumentowany wpływ teratogeny; istotne interakcje lekowe; monitorowanie stężeń kluczowe
Melatonina	Zaburzenia snu (bardzo częste w ASD)	Generalnie dobrze tolerowana; zaburzenia metabolizmu melatoniny udokumentowane w ASD; często stosowana przewlekłe
Opioidy (leki przeciwbólowe)	Ból pooperacyjny, urazy	Odmienne przetwarzanie bólu i receptorów opioidowych; silniejsze działanie uspokajające; wyższe ryzyko powikłań oddechowych; szczególna ostrożność

Szczególne sytuacje kliniczne - co warto wiedzieć

Znieczulenie i sedacja

Pacjenci ze spektrum autyzmu mogą wymagać modyfikacji protokołów znieczulenia lub sedacji. Odmienne mogą reagować na benzodiazepiny (niekiedy efekt paradoksalny - pobudzenie zamiast uspokojenia), a nieprzewidywalność środowiska przedoperacyjnego i samo wybudzenie ze znieczulenia ogólnego mogą być silnymi czynnikami stresogennymi prowadzącymi do **meltdownu**. Jeżeli planowana jest procedura wymagająca znieczulenia, warto z wyprzedzeniem omówić z pacjentem i opiekunem cały przebieg, a anestezyjologowi przekazać informacje o przyjmowanych lekach i znanych reakcjach.



Leki stosowane doraźnie na SOR i oddziałach ratunkowych

W warunkach nagłych konieczność podania leków bez pełnego wywiadu lekowego jest czasem nieodzowna. W takiej sytuacji. To właśnie **opiekun** lub **paszport medyczny** pacjenta mogą być tu nieocenionym źródłem informacji.

Paszport pacjenta i karty informacyjne

Coraz więcej organizacji pacjenckich (w Polsce m.in. Fundacja Synapsis, Autism Team) promuje ideę **paszportu pacjenta lub karty medycznej** - dokumentu zawierającego kluczowe informacje o diagnozie, przyjmowanych lekach, znanych alergiach, preferencjach komunikacyjnych i strategiach redukcji stresu. Jeżeli pacjent lub opiekun dysponuje takim dokumentem, jego odczytanie na początku kontaktu może zaoszczędzić czas i istotnie poprawić bezpieczeństwo opieki. **Warto zachęcać placówki do rutynowego pytania o taki dokument przy rejestracji.**

Zasada bezpieczeństwa - farmakoterapia u pacjenta neuroróżnorodnego

Start low, go slow - zaczynaj od niskich dawek, zwiększaj je powoli.

Zawsze zbierz kompletny wywiad lekowy przed podaniem jakiegokolwiek nowego leku.

Pamiętaj o odmiennym metabolizmie (cytochrom P450) - standardowa dawka może być zbyt duża lub zbyt mała.

Działania niepożądane u pacjentów neuroróżnorodnych mogą wyglądać inaczej niż w podręczniku.

Jeżeli masz wątpliwości - skonsultuj z psychiatrą lub neurologiem prowadzącym pacjenta.



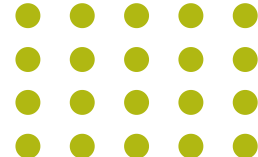
Zasady bezpiecznego wywiadu lekowego u pacjenta neuroróżnorodnego

Zbieranie wywiadu lekowego u pacjenta neuroróżnorodnego wymaga kilku modyfikacji w stosunku do standardowego podejścia. Przede wszystkim, nie zakładaj, że pacjent zna nazwy swoich leków, dawki lub wskazania - wiele osób przyjmuje leki od lat, nie znając ich nazw lub przyjmując je "bo tak kazał doktor". Poproś o listy leków, zdjęcia opakowań lub kontakt z opiekunem.

Pytania do wywiadu lekowego:

- "Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe - tabletki, krople, syropy, plastry, zastrzyki?"
- "Czy bierze Pan/Pani coś na sen, nastrój, koncentrację lub nerwy?"
- "Czy zażywa Pan/Pani leki na padaczkę lub drgawki?"
- "Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy, zioła lub preparaty bez recepty?"
- "Czy leczy się Pan/Pani u psychiatry, neurologa lub innego specjalisty? Jak się z nim skontaktować?"
- "Czy zdarzały się wcześniej uczulenie, wysypka, gorsze samopoczucie po leku, objawy, które Panią/ Pana niepokoiły podczas przyjmowania leku?"





Kiedy sam lek może imitować kryzys psychiatryczny

Personel medyczny powinien mieć świadomość, że u pacjentów neuroróżnorodnych działania niepożądane leków mogą prezentować się w sposób trudny do odróżnienia od pierwotnych zaburzeń psychicznych lub kryzysu psychiatrycznego. Kilka szczególnie ważnych przykładów klinicznych:

Objaw widziany przez personel	Możliwa przyczyna lekowa — warto wykluczyć
Nasilona agitacja, pobudzenie ruchowe	Efekt paradoksalny benzodiazepin, pobudzenie po przyjęciu np. leków SSRI lub psychostymulujących
Nagłe spowolnienie, senność, trudności z mową	Sedacja po lekach przeciwpsychotycznych lub przeciwpadaczkowych; toksyczność walproinianu
Intensywny niepokój, tachykardia, pocenie	Toksyczność serotonergiczna; odstawienie SSRI; działanie SNRI; paradoksalna reakcja na lek sedatywny
Nasilenie zachowań kompulsyjnych lub stereotypowych	Aktywacja SSRI - szczególnie na początku leczenia lub przy zwiększaniu dawki
Objawy pozapiramidowe: sztywność, drżenie, grymasy	Działanie niepożądane leków przeciwpsychotycznych; konieczna ocena neurologiczna
Napady, drgawki	Prokonwulsyjne działanie niektórych leków psychotropowych; konieczna ocena neurologiczna
Płaczliwość, wycofanie, odmowa jedzenia	Może imitować depresję, ale może wynikać z objawów niepożądanych lub nieodpowiedniej dawki leku



Długoterminowa farmakoterapia - co zmienia się w relacji z pacjentem

Pacjent przyjmujący leki psychiatryczne lub neurologiczne od miesięcy lub lat ma za sobą historię leczenia, która jest istotnym kontekstem klinicznym. Może mieć silnie utrwalone przekonania na temat swoich leków - zarówno pozytywne ("bez tego nie funkcjonuję") jak i negatywne ("te leki mi szkodzą, ale rodzice każą mi je brać"). Może też mieć doświadczenia zmiany leków, nieskutecznych terapii lub działań niepożądanych, które głęboko wpłynęły na jego zaufanie do systemu opieki zdrowotnej.

W kontakcie z takim pacjentem warto zapytać, co przyjmuje, ale też jak to przyjmuje - regularnie czy nieregularnie, czy odczuwa różnicę, czy ma wątpliwości. U dorosłych pacjentów z ASD lub ADHD nieregularne przyjmowanie leków jest częste i może wynikać z trudności wykonawczych (zapominanie), nadwrażliwości na efekty uboczne lub świadomej decyzji. Takie informacje są klinicznie istotne i powinny trafić do dokumentacji.

Lista kontrolna - wywiad lekowy u pacjenta neuroróżnorodnego

- Czy pacjent przyjmuje leki psychiatryczne? (np. leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, stabilizujące nastrój, psychostymulujące lub inne)
- Czy pacjent przyjmuje leki neurologiczne? (przeciwpadaczkowe, melatonina)
- Czy pacjent przyjmuje inne leki przewlekłe? (somatyczne, suplementy, zioła)
- Czy znane są alergie lub nietolerancje lekowe?
- Czy znane są wcześniejsze działania niepożądane leków?
- Czy podane leki mogą reagować z planowanym leczeniem?
- Czy pacjent lub opiekun dysponuje paszportem medycznym / kartą pacjenta?
- Czy ustalono dane kontaktowe do psychiatry / neurologa prowadzącego?



Podsumowanie i zasoby dodatkowe

Niniejszy podręcznik stanowi wprowadzenie do tematu neuroróżnorodności w kontekście medycznym. Jego celem nie jest wyczerpanie tematu, lecz wyposażenie personelu w praktyczną wiedzę i narzędzia, które mogą być zastosowane od razu. Różnorodność neurologiczna jest trwała, powszechna i nie wymaga "leczenia" - wymaga natomiast zrozumienia i elastycznego podejścia ze strony systemu opieki zdrowotnej.

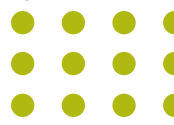
Kluczowe przesłania podręcznika

Rozdział	Kluczowe przesłanie
1. Wprowadzenie	Neuroróżnorodność dotyczy 15-20% populacji. To nie trudny pacjent - to pacjent z innym profilem.
2. Profile	Autyzm, ADHD, dyspraksja, zaburzenia sensoryczne. Każda osoba jest inna - nie zakładaj, pytaj.
3. Środowisko medyczne	Placówka medyczna jest sensorycznie przeciążająca. Staraj się zrozumieć perspektywę pacjenta
4. Maskowanie	Spokojny pacjent może być w stanie ekstremalnego stresu. Nie polegaj tylko na obserwacji.
5. Komunikacja	Dawaj czas, stosuj pytania zamknięte, umożliwaj komunikację alternatywną.

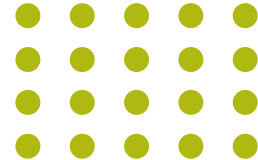




Rozdział	Kluczowe przesłanie
6. Percepcja bólu	Ból może być silnie zawyżony lub zaniżony. Używaj wielomodalnej oceny bólu.
7. Obserwacja	Obserwuj zachowanie jako informację, nie jako problem. Nie przerywaj stymingu.
8. Komunikacja terapeutyczna	Prosty język, jedno polecenie na raz, potwierdzenie zrozumienia, autonomia.
9. Protokół 5P	Przedstaw się • Przestrzeń • Prostota • Przewidywalność • Partnerstwo.
10. Redukcja stresu	Małe modyfikacje środowiskowe mają duże efekty. Zapytaj, co pomaga.
11. Meltdown, shutdown, burnout	To reakcje neurologiczne, nie wybory. Zapewnij bezpieczeństwo i ogranicz bodźce.
12. Współpraca	Pacjent jest ekspertem własnego funkcjonowania. Pytaj i słuchaj.
13. Błędy	Najczęstsze błędy wynikają z założeń, nie złej woli. Szukaj przyczyny, nie oceniaj.
14. Zaburzenia współwystępujące	96,4% dzieci w ASD ma co najmniej jedno zaburzenie współwystępujące. Zawsze pytaj o pełną historię kliniczną.
15. Farmakoterapia i wywiad lekowy	Pacjenci neuroróżnorodni często przyjmują leki długoterminowo i reagują na nie inaczej. Start low, go slow.



Zasoby dodatkowe



Narzędzia kliniczne

Skale bólu:

- Skala FLACC - ocena bólu przez obserwację zachowania (dostępna bezpłatnie)
- Skala FACES - wizualna ocena bólu (twarze emocjonalne)

Komunikacja AAC:

- LetMeTalk - bezpłatna aplikacja komunikacyjna (Android)
- GoTalk NOW - aplikacja AAC (iOS)
- Proloquo2Go - zaawansowana aplikacja AAC

Plan wdrożenia zmian w placówce

1. **Szkolenie wstępne** - wszystkich członków personelu, w tym administracji i rejestracji.
2. **Audyt środowiskowy** - ocena placówki pod kątem barier sensorycznych i komunikacyjnych.
3. **Drobne modyfikacje infrastrukturalne** - ciche miejsca oczekiwania, materiały wizualne.
4. **Aktualizacja formularzy** - dodanie pola "specjalne potrzeby" w rejestracji.
5. **Stworzenie wewnętrznej instrukcji** postępowania z pacjentem neuroróżnorodnym.
6. **Superwizja i wymiana doświadczeń** - regularne omówienia trudnych przypadków.
7. **Ewaluacja** - zbieranie informacji zwrotnych od pacjentów i opiekunów.



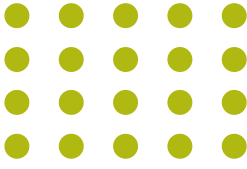
Organizacje polskie

- **Fundacja SYNAPSIS** - wsparcie dla osób ze spektrum autyzmu;
www.synapsis.org.pl
- **Fundacja ALEKlasa** - edukacja i wsparcie w zakresie neuroróżnorodności; fundacja-aleklasa.eu
- **Autism Team** - Społeczne Pogotowie Interwencyjne; autismteam.pl
- **Fundacja Dziewczyny w Spektrum** - wsparcie kobiet i dziewcząt z ASD, dziewczynywspektrum.pl
- **Fundacja Prodeste** - wsparcie dla osób w spektrum autyzmu,
prodeste.pl
- **Polskie Towarzystwo Dysleksji** - zasoby i szkolenia;
www.ptd.edu.pl
- **Ogólnopolskie Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Dorosłych z ADHD**; www.adhd.pl

Telefony wsparcia kryzysowego

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży **116 111**; dostępny 24/7,
<https://116111.pl/>
- Kryzysowy Telefon Zaufania dla dorosłych **116 123**; dostępny 24/7,
<https://116sos.pl/>
- Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym:
800 702 222 (dostępny 24/7)





Neuroróżnorodność nie jest nowym zjawiskiem - jest stałą częścią ludzkiej populacji.

Male zmiany w podejściu personelu mogą mieć ogromny wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki.

Najcenniejszy zasób, jaki posiadasz, to gotowość do słuchania i uczenia się od samych pacjentów.

Dziękujemy za zaangażowanie w ten temat. Twoja praca ma znaczenie.



Finansowane przez
Unię Europejską



**PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW**

**fundacja
ale klasa**

Wybrana literatura

- Adams D., Ambrose K., Simpson K., Malone S., Dargue N. (2023). *The relationship between anxiety and social outcomes in autistic children and adolescents: A meta-analysis*. Clinical child and family psychology review, 26(3), 706–720. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00450-7>
- Ambroziak, K., Kotakowski, A. i Siwek, K. (2018). *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- Barlattani T., D'Amelio C., Cavatassi A., De Luca D. , Di Stefano R. , Di Berardo A., Mantenuto S., Minutillo F., Leonardi V., Renzi G., Russo A., Rossi A., Pacitti F. 2023. *Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review*. Journal of Psychopathology. 29, 1/2z(Jul. 2023). DOI:<https://doi.org/10.36148/2284-0249-N281>.
- Baron-Cohen, S. (2020). *The pattern seekers*. Penguin UK.
- Belardinelli C., Raza M., Taneli T. (2016), *Comorbid behavioral problems and psychiatric disorders in autism spectrum disorders*. Journal of Child Development Disorders, 2(11). <https://doi.org/10.4172/2472z1786.100019>
- Blanchard, A., Chihuri, S., DiGuseppi, C.G.(2021). Risk of self-harm in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 4(10), e2130272. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30272>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357



- Di Martino A., O'Connor D., Chen B., Alaerts K., Anderson J. S., Assaf M., Balsters J. H., Baxter L., Beggiano A., Bernaerts S., Blanken L. M., Bookheimer S. Y., Braden B. B., Byrge L., Castellanos F. X., Dapretto M., Delorme R., Fair D. A., Fishman I., Fitzgerald J., Milham M. P. (2017). *Enhancing studies of the connectome in autism using the autism brain imaging data exchange II*. Scientific data, 4, 170010. <https://doi.org/10.1038/sdata.2017.10>
- French B., Nalbant G., Wright H., Sayal K., Daley D., Groom M. J., Cassidy S., Hall C. L. (2024) *The impacts associated with having ADHD: an umbrella review*. Frontiers in psychiatry, 15, 1343314. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1343314>
- Furgat, E. (2022). *Dziewczyna w spektrum*. Biała Plama. / Furgat, E. (2023). *Autentyczna w spektrum*. GW Foksal
- Gatecki P. (Red.). (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Edra Urban & Partner
- Gau, S.S.F. i in. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263–270
- Genovese A., & Butler M. G. (2023). *The Autism Spectrum: Behavioral, Psychiatric and Genetic Associations*. *Genes*, 14(3), 677. <https://doi.org/10.3390/genes14030677>
- Gjevik E., Eldevik S., Fjæran-Granum T., Sponheim E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(6), 761–769. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1095-7>
- Hollander E., Hagerman R. J., Ferretti C. J. (2022). *Textbook of autism spectrum disorders (2nd ed.)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Hosozawa, M., Sacker, A. i Cable, N. (2021). *Timing of diagnosis, depression and self-harm in adolescents with autism spectrum disorder*. *Autism*, 25(1), 70–78. <https://doi.org/10.1177/1362361320945540>



- Hudson C. C., Hall L., Harkness K. L. (2019). *Prevalence of Depressive Disorders in Individuals with Autism Spectrum Disorder: a Meta-Analysis*. *Journal of abnormal child psychology*, 47(1), 165–175. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0402-1>
- Hung L.Y., Margolis K.G. *Autism spectrum disorders and the gastrointestinal tract: insights into mechanisms and clinical relevance*. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 21, 142–163 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00857-1>
- Jakś, J., Ławicka, J., Oszczyda, A. (2024). *Spektrum autyzmu i Stosowana Analiza Potrzeb*. Prodeste
- Janiak W.z Janiak J. (2022). *Książka o człowieku w spektrum autyzmu*. Natuli.
- Jeste S. S., Tuchman R. (2015). *Autism Spectrum Disorder and Epilepsy: Two Sides of the Same Coin?*. *Journal of child neurology*, 30(14), 1963–1971. <https://doi.org/10.1177/0883073815601501>
- Joshi G., Petty C., Wozniak J., Henin A., Fried R., Galdo M., Kotarski M., Walls S., Biederman J. (2010). *The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population*. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(11), 1361–1370. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0996-9>
- Kupferstein, H. (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to ABA. *Advances in Autism*, 4(1), 19–29
- Leyfer O. T., Folstein S. E., Bacalman S., Davis N. O., Dinh E., Morgan J., Tager-Flusberg H., Lainhart J. E. (2006). *Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders*. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849–861. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0>
- Lipiński P. (2025). *Autism spectrum disorder and inherited metabolic diseases: are there any common features?*. *Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism*, 31(1), 30–34. <https://doi.org/10.5114/pedm.2025.148397>



- Łaba-Hornecka, A. (2021). Style i strategie radzenia sobie a satysfakcja z życia rodziców dzieci z ASD. *Człowiek–Niepełnosprawność–Społeczeństwo*, (52), 41–59
- Ławicka, J. (2019). *Człowiek w spektrum autyzmu: Podręcznik pedagogiki empatycznej*. Wydawnictwo Świętego Krzyża
- Maxwell-Horn A., & Malow B. A. (2017, Aust). *Sleep in autism*. In *Seminars in neurology* (Vol. 37, No. 04, pp. 413-418). Thieme Medical Publishers.
- Meier S. M., Petersen L., Schendel D. E., Mattheisen M., Mortensen P. B., Mors O. (2015). *Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk*. *PloS one*, 10(11), e0141703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141703>
- Milton, D.E. (2012). On the ontological status of autism: The ‘double empathy problem’. *Disability & Society*, 27(6), 883–887
- O'Halloran L., Coey P., & Wilson C. (2022). *Suicidality in autistic youth: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical psychology review*, 93, 102144. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102144>
- Petruzzelli M. G., Matera E., Giambersio D., Marzulli L., Gabellone A., Legrottaglie A. R., Margari A., & Margari L. (2021). *Subjective and Electroencephalographic Sleep Parameters in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review*. *Journal of clinical medicine*, 10(17), 3893. <https://doi.org/10.3390/jcm10173893>
- Pezzimenti F., Han G. T., Vasa R. A., Gotham K. (2019). *Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder*. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(3), 397–409. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.009>
- Pisula, E. (2012). *Dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. PWN. / Pisula, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. PWN



- Pozzi, C.M., dos Santos Riesgo, R., Junior, F.B.A. (2024). Revisiting the history of autism: a tribute to Grunya Sukhareva. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 82(08)
- Riggs E. R., Andersen E. F., Cherry A. M., Kantarci S., Kearney H., Patel A., Raca G., Ritter D. I., South S. T., Thorland E. C., Pineda-Alvarez D., Aradhya S., Martin C. L. (2020). *Technical standards for the interpretation and reporting of constitutional copy-number variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) and the Clinical Genome Resource (ClinGen)*. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*, 22(2), 245–257. <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0686-8>
- Rong Y., Yang C-J., Jin Y., Wang Y. (2021). *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis*. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 83. 101759. [10.1016/j.rasd.2021.101759](https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759).
- Salehi M., Jaka S., Lotfi A., Ahmad A., Saeidi M., Gunturu S. (2025). *Prevalence, Socio-Demographic Characteristics, and Co-Morbidities of Autism Spectrum Disorder in US Children: Insights from the 2020-2021 National Survey of Children's Health*. *Children (Basel, Switzerland)*, 12(3), 297. <https://doi.org/10.3390/children12030297>
- Sandin, S. i in. (2017). The heritability of autism spectrum disorder. *JAMA*, 318(12), 1182–1184
- Sedgewick, F., & Douglas, S. (2023). *Understanding Autistic Relationships Across the Lifespan*. Routledge
- Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T., Baird G. (2008). *Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>



- Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life? W: Corker & French (Eds.), Disability discourse. Open University Press.
- Spain D., Sin J., Linder K. B., McMahon J., & Happé F. (2018). Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in autism spectrum disorders*, 52, 51-68
- Sz wajca, K.i in. (2019). Rola rodziny i osób bliskich w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestrukcyjnym u młodzieży. *Poradnik dla nauczycieli*. Fundacja Wielogłosu
- Thorkelson G, Laughlin S, Turner K. Selective serotonin reuptake inhibitor monotherapy for anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a chart review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019;29:705-711
<https://doi.org/10.1089/CAP.2019.0001>
- Tomaszek N., Urbaniak A. D., Bałdyga D., Chwesiuk K., Modzelewski S., Waszkiewicz N. (2025). Unraveling the Connections: Eating Issues, Microbiome, and Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Nutrients*, 17(3), 486. <https://doi.org/10.3390/nu17030486>
- Tuchman R. (2017). What is the Relationship Between Autism Spectrum Disorders and Epilepsy?. *Seminars in pediatric neurology*, 24(4), 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2017.10.004>
- van Steensel F. J., Bögels S. M., Perrin S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 302–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>
- Vasa, R. A., Neamsapaya, K., Cross, E. A. i Kalb, L. (2024). Mental health crises in autistic children: A framework for prevention and intervention in primary care. *Pediatric Clinics of North America*, 71(2), 269–282. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2024.01.005>



- Ministerstwo Zdrowia. (b.d.) *Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (b.d.). *Poradnik pacjenta: Jak pomóc dziecku w kryzysie psychicznym*. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-jak-pomoc-dziecku-w-kryzysie-psychicznym,8482.html>
- WHO (2018). *International Classification of Diseases (11th Revision)*. Geneva: WHO



O Autorkach

dr Ewa Urbanowicz

lek. med. specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży.
Propaguje wiedzę na temat diagnozy, kompleksowej terapii dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu oraz roli stanu psychicznego osób w spektrum w kontekście ich rozwoju społecznego, poznawczego oraz komunikacji.

Marzena Pawlus

mgr psychologii, psychoterapeutka, specjalistka psychologii klinicznej, specjalistka psychoterapii dzieci i młodzieży, konsultantka Transkulturowej Psychoterapii Pozytywnej ds. spektrum autyzmu

Izabela Hnidziuk-Machnica

mgr psychologii, konsultant kryzysowa, diagnostka ADOS-2, współzałożycielka Fundacji Aleklasa. Specjalizuje się w tematyce neuroróżnorodności, interwencji kryzysowej, wspieraniu rodzin oraz w budowaniu systemowych form wsparcia w edukacji i miejscu pracy.

Elżbieta Manthey redakcja i oprawa graficzna

Popularyzatorka wiedzy o edukacji i rozwoju dzieci i młodzieży w tym o neuroróżnorodności. Z wykształcenia filozofka i dziennikarka. Autorka bloga juniorowo.pl oraz kanału Juniorowo na YouTube.

