



Złożenie pracy online:  
2026-04-09 11:11:39  
Kod pracy:  
55802/51884/CloudA

Marta Waclau  
(nr albumu: 35412 )

Praca magisterska

# **Rola medytacji MBSR w interwencji psychologicznej u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi: Badanie skuteczności i praktyczne implikacje dla praktyki psychologicznej.**

## **The Role of MBSR Meditation in Psychological Interventions for Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders: A Qualitative Case Study on Effectiveness and Practical Implications for Psychological Practice**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Joanna Felczak

## Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest analiza roli treningu uważności Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) w interwencji psychologicznej skierowanej do dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi. Badanie ma charakter jakościowy i opiera się na analizie 5 studiów przypadków uczestników 8-tygodniowego programu MBSR. W części teoretycznej przedstawiono znaczenie funkcji poznawczych, regulacji emocji oraz uważności w rozwoju młodych osób, ze szczególnym uwzględnieniem trudności charakterystycznych dla zaburzeń neurorozwojowych (m.in. spektrum autyzmu, ADHD, Zespołu Tourette'a). Zastosowane metody obejmowały wywiady półustrukturyzowane z dziećmi i rodzicami, obserwację, analizę dokumentów oraz notatki z procesu terapeutycznego. Wyniki wskazują na wzrost poziomu uważności, poprawę regulacji emocji oraz lepsze funkcjonowanie poznawcze u uczestników. Rodzice dostrzegali większą samoregulację, wyciszenie oraz redukcję objawów stresu. Praca omawia również praktyczne implikacje dotyczące wdrażania MBSR w pracy psychologicznej z dziećmi neuroatypowymi.

## Słowa kluczowe

uważność, MBSR, dzieci i młodzież, zaburzenia nieprorozwojowe, stres, lęk, interwencja psychologiczna, neurotropowość, rozwój emocjonalny



## Abstract

The aim of this thesis is to examine the role of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in psychological interventions for children and adolescents with neurodevelopmental disorders. The study uses a qualitative case study design and includes 3–4 participants involved in an 8-week MBSR program. The theoretical section discusses cognitive functions, emotional regulation, and mindfulness in child development, with particular emphasis on the challenges associated with neurodevelopmental conditions such as autism spectrum disorder, ADHD, and Tourette syndrome. The methodological approach includes semi-structured interviews with children and parents, observation, document analysis, and therapeutic field notes. The results indicate increased mindfulness levels, improved emotional regulation, and enhanced cognitive functioning among participants. Parents reported greater self-regulation, emotional calming, and reduced stress symptoms. The thesis also presents practical implications for implementing MBSR in psychological work with neurodivergent children and adolescents.

## Keywords

mindfulness, MBSR, children and adolescents, neurodevelopmental disorders, emotional regulation, stress, anxiety, psychological intervention, neurodiversity, cognitive functioning

## SPIS TREŚCI

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Wstęp.....                                                                                                                  | 5  |
| Rozdział 1. Funkcje poznawcze u dzieci i młodzieży .....                                                                    | 7  |
| 1.1. Podział funkcji poznawczych .....                                                                                      | 7  |
| 1.2. Rozwój funkcji poznawczych w dzieciństwie i adolescencji .....                                                         | 8  |
| 1.3. Znaczenie praktyczne funkcji poznawczych .....                                                                         | 10 |
| 1.4. Funkcje poznawcze u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....                                           | 13 |
| 1.4.1. Wspólne deficyty poznawcze i wykonawcze w ndd .....                                                                  | 13 |
| 1.4.2. Heterogeniczność profili rozwojowych .....                                                                           | 14 |
| 1.4.3. Uważność jako ścieżka wspierania samoregulacji .....                                                                 | 15 |
| 1.5. Spektrum autyzmu .....                                                                                                 | 16 |
| 1.5.1. Profil funkcji poznawczych w asd .....                                                                               | 16 |
| 1.5.2. Konsekwencje dla uczestnictwa w interwencjach uważnościowych .....                                                   | 18 |
| 1.6. ADHD.....                                                                                                              | 19 |
| 1.6.1. Deficyty funkcji wykonawczych.....                                                                                   | 19 |
| Rozdział 2. Kluczowe różnice indywidualne u dzieci i młodzieży .....                                                        | 23 |
| 2.1. Osobowość u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....                                                   | 23 |
| 2.2. Regulacja emocji u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....                                            | 25 |
| 2.2.1. Rola psychoedukacji o emocjach u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....                            | 27 |
| 2.3. Zachowania adaptacyjne i funkcjonowanie w środowisku szkolnym dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi ..... | 29 |
| 2.4. Różnice płciowe u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....                                             | 33 |
| 2.4.1. Różnice temperamentalne i samoregulacja między chłopcami a dziewczętami .....                                        | 33 |
| 2.4.2. Różnice w ekspresji emocji: internalizacja vs. Eksternalizacja .....                                                 | 34 |
| 2.4.3. Różnice w funkcjonowaniu szkolnym i społecznym .....                                                                 | 34 |
| 2.4.4. Odmienny przebieg i ekspresja objawów adhd u dziewcząt .....                                                         | 36 |
| 2.4.5. Późne rozpoznanie asd u dziewcząt i wtórne problemy psychiczne .....                                                 | 38 |
| 2.4.6. Znaczenie różnic płciowych dla diagnozy, terapii i interpretacji wyników .....                                       | 40 |
| Rozdział 3. Uważność .....                                                                                                  | 40 |
| 3.1 terapia mbsr .....                                                                                                      | 41 |
| 3.1.1. Historia i podstawy mbsr .....                                                                                       | 41 |



|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1.2. Modele teoretyczne uważności.....                                              | 42 |
| 3.1.3. Mechanizmy działania: uwaga, samoregulacja, redukcja stresu, neuroplastyczność | 43 |
| 3.1.4. Zastosowanie u dorosłych – przegląd badań skuteczności.....                    | 45 |
| 3.2 terapia mbsr dzieci i młodzieży .....                                             | 47 |
| 3.2.1. Różnice rozwojowe .....                                                        | 47 |
| 3.2.2. Adaptacje programów mindfulness (np. Mbct-c, mindup, .b).....                  | 49 |
| 3.2.3. Badania nad skutecznością .....                                                | 51 |
| 3.3 terapia mbsr dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi .....             | 54 |
| 3.3.1. Trudności i wyzwania w adaptacji interwencji .....                             | 54 |
| 3.3.2. Efekty interwencji mbi u dzieci z asd, adhd – przeglądy i metaanalizy .....    | 56 |
| 3.3.3. Rekomendacje praktyczne: struktura zajęć, wsparcie rodziny, środowisko szkolne | 58 |
| Rozdział 4. Metodologia badań własnych.....                                           | 61 |
| 4.1. Problem badawczy .....                                                           | 61 |
| 4.2. Cele i pytania badawcze.....                                                     | 62 |
| 4.3. Metody i narzędzia badawcze .....                                                | 63 |
| 4.3.1. Dobór próby.....                                                               | 63 |
| 4.3.2. Metody zbierania danych.....                                                   | 63 |
| 4.3.4. Plan analizy danych .....                                                      | 65 |
| Rozdział 5. Wyniki badań własnych .....                                               | 67 |
| 5.1. Procedura badawcza.....                                                          | 67 |
| 5.2. Studium przypadku – zosia (9 lat).....                                           | 68 |
| 5.2.1. Charakterystyka uczestniczki i powód zgłoszenia .....                          | 68 |
| 5.2.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne .....                              | 68 |
| 5.2.3. Wywiad z rodzicem .....                                                        | 68 |
| 5.2.4. Wyniki badań diagnostycznych.....                                              | 69 |
| 5.2.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne .....                       | 71 |
| 5.2.6. Podsumowanie przypadku.....                                                    | 72 |
| 5.3. Studium przypadku – janek (10 lat) .....                                         | 72 |
| 5.3.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia .....                            | 72 |
| 5.3.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne .....                              | 73 |
| 5.3.3. Wywiad z rodzicem .....                                                        | 73 |
| 5.3.4. Wyniki badań diagnostycznych.....                                              | 73 |
| 5.3.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne .....                       | 75 |
| 5.3.6. Podsumowanie przypadku.....                                                    | 76 |



|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.4. Studium przypadku – jaś (11 lat) .....                                                                  | 76 |
| 5.4.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia .....                                                   | 76 |
| 5.4.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne .....                                                     | 77 |
| 5.4.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem.....                                                                    | 77 |
| 5.4.4. Wyniki badań diagnostycznych.....                                                                     | 77 |
| 5.4.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne .....                                              | 79 |
| 5.4.6. Podsumowanie przypadku.....                                                                           | 80 |
| 5.5. Studium przypadku – oliwier (10 lat) .....                                                              | 80 |
| 5.5.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia .....                                                   | 80 |
| 5.5.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne .....                                                     | 80 |
| 5.5.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem.....                                                                    | 81 |
| 5.5.4. Wyniki badań diagnostycznych.....                                                                     | 81 |
| 5.5.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne .....                                              | 83 |
| 5.5.6. Podsumowanie przypadku.....                                                                           | 83 |
| 5.6. Studium przypadku – leon (8 lat) .....                                                                  | 83 |
| 5.6.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia .....                                                   | 83 |
| 5.6.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne .....                                                     | 84 |
| 5.6.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem.....                                                                    | 84 |
| 5.6.4. Wyniki badań diagnostycznych.....                                                                     | 84 |
| 5.6.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne .....                                              | 86 |
| 5.6.6. Podsumowanie przypadku.....                                                                           | 87 |
| Rozdział 6. Analiza porównawcza przypadków .....                                                             | 88 |
| 6.1. Porównanie profili temperamentalnych uczestników .....                                                  | 88 |
| 6.2. Zmiany w funkcjonowaniu emocjonalno-behawioralnym.....                                                  | 89 |
| 6.3. Moderatory efektywności treningu uważności .....                                                        | 90 |
| 6.3.1. Motywacja autonomiczna .....                                                                          | 90 |
| 6.3.2. Zdolność do introspekcji i interocepcji.....                                                          | 91 |
| 6.3.3. Specyfika diagnozy neurorozwojowej.....                                                               | 91 |
| 6.4. Podsumowanie wyników.....                                                                               | 91 |
| Rozdział 7. Dyskusja .....                                                                                   | 93 |
| 7.1. Pytanie badawcze 1: Czy udział w treningu MBSR powoduje wzrost poziomu uważności? .....                 | 93 |
| 7.2. Pytanie badawcze 2: Czy w wyniku treningu poprawiają się funkcje poznawcze (uwaga, koncentracja)? ..... | 94 |



|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.3. Pytanie badawcze 3: Czy trening poprawia regulację emocji u dzieci? .....                                      | 95  |
| 7.4. Pytanie badawcze 4: Czy cechy temperamentalne dziecka przewidują jego<br>zaangażowanie i efekty terapii? ..... | 96  |
| 7.5. Pytanie badawcze 5: Jakie postępy zauważają rodzice i terapeutka? .....                                        | 96  |
| 7.6. Pytanie badawcze 6: Jakie elementy treningu MBSR są szczególnie skuteczne lub<br>zakłócające? .....            | 97  |
| 7.7. Ograniczenia badania .....                                                                                     | 98  |
| 7.8. Implikacje praktyczne .....                                                                                    | 99  |
| 7.9. Kierunki dalszych badań .....                                                                                  | 100 |
| Zakończenie .....                                                                                                   | 102 |
| Bibliografia .....                                                                                                  | 103 |



## WSTĘP

Zaburzenia neurorozwojowe, takie jak zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), stanowią jedne z najczęstszych i zarazem najpoważniejszych wyzwań współczesnej psychologii klinicznej dziecka. Według danych epidemiologicznych ADHD dotyczy około 5–7% dzieci w wieku szkolnym na całym świecie, a ASD rozpoznawane jest u ok. 1–2% populacji, przy czym oba zaburzenia w istotny sposób obniżają jakość życia dzieci i ich rodzin (American Psychiatric Association, 2013). Wspólnym mianownikiem NDD są deficyty w zakresie samoregulacji: trudności z kontrolą uwagi i impulsów, sztywność poznawcza, problemy z regulacją emocjonalną oraz ograniczone zachowania adaptacyjne. Mimo rosnącej liczby dostępnych interwencji terapeutycznych, znaczna część dzieci z NDD nadal nie uzyskuje wsparcia adekwatnego do swoich potrzeb.

Jedną z obiecujących, choć wciąż niewystarczająco zbadanych w populacji pediatrycznej metod wsparcia psychologicznego jest trening uważności (mindfulness) – w szczególności program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), opracowany przez Jonę Kabat-Zinn (2003) jako ośmiotygodniowa interwencja grupowa rozwijająca umiejętność świadomej, nieoceniającej obecności w bieżącym doświadczeniu. Systematyczne przeglądy i metaanalizy wskazują, że adaptacje programu MBSR dla dzieci i młodzieży mogą przynosić korzyści w zakresie regulacji emocjonalnej, funkcji wykonawczych, redukcji lęku i poprawy funkcjonowania społecznego, choć efekty w populacji dzieci z NDD są niejednoznaczne i zależą od wielu czynników indywidualnych i kontekstowych (Klingbeil i in., 2017; Oliva i in., 2021).

Niniejsza praca magisterska podejmuje próbę oceny efektywności ośmiotygodniowego treningu uważności u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi oraz pogłębionego zrozumienia mechanizmów i czynników warunkujących jego wpływ na funkcjonowanie dziecka. Badanie zostało zaprojektowane jako jakościowe studium wielokrotnego przypadku, obejmujące pięcioro dzieci w wieku 8–11 lat z diagnozą ADHD, ASD lub cechami mieszanych zaburzeń neurorozwojowych. Wybór metodologii studium przypadku podyktowany był specyfiką badanej populacji: heterogenicznością profili funkcjonalnych dzieci z NDD, która sprawia, że ilościowe uśrednianie wyników prowadzi do utraty klinicznie istotnych informacji o indywidualnym przebiegu zmiany.

Praca składa się z dwóch zasadniczych części: teoretycznej i empirycznej. Część teoretyczna obejmuje trzy rozdziały. Rozdział pierwszy poświęcony jest charakterystyce funkcji poznawczych u dzieci i młodzieży -- ich strukturze, trajektoriom rozwojowym oraz specyficznym profilom deficytów poznawczych i wykonawczych u dzieci z ADHD i ASD. Rozdział drugi omawia kluczowe różnice indywidualne istotne z perspektywy oddziaływań





terapeutycznych: osobowość i temperament dzieci z NDD, regulację emocji i rolę psychoedukacji emocjonalnej, zachowania adaptacyjne i funkcjonowanie szkolne, a także znaczenie różnic płciowych w przebiegu i ekspresji zaburzeń neurorozwojowych. Rozdział trzeci przedstawia koncepcję uważności i programu MBSR: jego podstawy teoretyczne, mechanizmy działania (samoregulacja uwagi, redukcja stresu, neuroplastyczność), skuteczność w populacji dorosłych oraz adaptacje dla dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem pracy z dziećmi z ADHD i ASD.

Część empiryczna obejmuje opis metodologii badania własnego, szczegółową analizę pięciu studiów przypadku wraz z wynikami diagnostycznymi i obserwacjami klinicznymi z treningu, analizę porównawczą wyników oraz dyskusję odniesioną do sześciu pytań badawczych i aktualnego stanu literatury naukowej.

Praca wpisuje się w nurt poszukiwań skutecznych, zindywidualizowanych form wsparcia psychologicznego dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w Polsce. Jak wskazuje Błaszczak (2022), trening uważności nadal nie należy do standardowych form pomocy psychologicznej dla dzieci z ADHD i ASD w naszym kraju, mimo rosnącego zainteresowania tą metodą w krajach zachodnich. Niniejsze badanie stanowi eksploracyjny wkład w wypełnienie tej luki, oferując pogłębiony, kliniczny wgląd w przebieg i efekty interwencji uważnościowej u konkretnych dzieci z różnorodnymi profilami trudności neurorozwojowych.



## Rozdział 1. Funkcje poznawcze u dzieci i młodzieży

### 1.1. Podział funkcji poznawczych

Funkcje poznawcze to złożone procesy umysłowe, które umożliwiają odbieranie informacji, ich przetwarzanie, magazynowanie oraz wykorzystywanie w działaniu. Do podstawowych funkcji poznawczych zalicza się uwagę, pamięć roboczą, funkcje wykonawcze, a także takie procesy jak język, percepcja oraz szybkość przetwarzania informacji. Każda z tych funkcji odgrywa odmienną rolę w codziennym funkcjonowaniu dziecka i osoby dorastającej, a zarazem wszystkie są ze sobą powiązane (Lezak, Howieson, Bigler i Tranel, 2012).

Uwaga odpowiada za selekcję informacji i utrzymanie koncentracji. Wyróżnia się m.in. uwagę selektywną, czyli zdolność do skupienia się na istotnych bodźcach przy jednoczesnym ignorowaniu innych sygnałów z otoczenia, oraz uwagę podtrzymaną (trwałą), pozwalającą na długotrwałe koncentrowanie się na zadaniu. Istotnym aspektem jest także przerzutność uwagi – zdolność do przełączania się między różnymi zadaniami lub źródłami informacji. Umiejętność elastycznego przesuwania skupienia uwagi jest kluczowa np. przy wykonywaniu wielu zadań jednocześnie lub adaptacji do zmieniających się wymagań otoczenia (Lezak i in., 2012).

Pamięć robocza (operacyjna) to system odpowiedzialny za chwilowe przechowywanie i jednoczesne przetwarzanie informacji. Stanowi ona „magazyn operacyjny” umysłu – pozwala dziecku tymczasowo zapamiętać informacje (np. cyfry, polecenia) i manipulować nimi w celu rozwiązania problemu czy podjęcia decyzji. Pamięć robocza jest ściśle powiązana z efektywnym uczeniem się; ograniczona pojemność pamięci operacyjnej u młodszych dzieci wpływa na to, ile informacji naraz mogą one uwzględnić przy myśleniu i rozwiązywaniu zadań. Co ważne, pamięć robocza bywa uznawana za jeden z komponentów tzw. funkcji wykonawczych (Diamond, 2013).

Funkcje wykonawcze (kontrola poznawcza) to grupa wyższych procesów poznawczych, które odpowiadają za planowe, świadome sterowanie zachowaniem i myśleniem. Do rdzenia funkcji wykonawczych zalicza się: hamowanie (inhibicję reakcji), elastyczność poznawczą oraz planowanie i monitorowanie działań – często wyróżnia się tu także pamięć roboczą, jako zdolność do aktualizowania i utrzymywania informacji potrzebnych do realizacji celów (Diamond, 2013; Miyake i in., 2000). Hamowanie to zdolność do powstrzymania się od dominującej lub automatycznej reakcji – umożliwia np. „zatrzymanie się i pomyślenie przed działaniem” oraz tłumienie impulsów (Diamond, 2013). Elastyczność poznawcza (przerzutność mentalna) oznacza umiejętność zmiany sposobu myślenia lub dostosowania się do nowych reguł i okoliczności, np. przełączania się między różnymi zadaniami czy strategiami. Planowanie i powiązane z nim procesy organizacyjne pozwalają



antycypować kolejne kroki i konsekwencje działania. Badania z wykorzystaniem analiz czynnikowych wskazują, że te poszczególne komponenty funkcji wykonawczych są odrębne, choć umiarkowanie ze sobą skorelowane – stanowią więc jednocześnie jedność i różnorodność tego systemu (Miyake i in., 2000). Oznacza to, że dziecko może przejawiać różny poziom poszczególnych zdolności wykonawczych (np. lepszą uwagę selektywną niż hamowanie impulsów), choć wszystkie one opierają się na pewnych wspólnych mechanizmach kontrolnych w mózgu.

Język również bywa zaliczany do funkcji poznawczych, jako narzędzie myślenia i komunikacji. Zdolności językowe, takie jak rozumienie mowy, zasób słownictwa czy umiejętność formułowania wypowiedzi, rozwijają się intensywnie w dzieciństwie. Język umożliwia nie tylko przekazywanie informacji, ale także kategoryzację pojęć, regulację zachowania (np. poprzez mowę wewnętrzną dziecko potrafi kierować swoim działaniem) oraz rozumienie perspektywy innych osób (Lezak i in., 2012).

Percepcja odnosi się do procesów odbioru i interpretacji bodźców zmysłowych – wzrokowych, słuchowych i innych. Dziecko dzięki percepcji rozpoznaje obiekty, twarze, dźwięki mowy czy cechy otoczenia. Choć podstawowe zdolności percepcyjne (np. ostrość widzenia, rozróżnianie barw czy dźwięków) kształtują się we wczesnym okresie życia, dojrzewanie percepcji obejmuje też coraz sprawniejsze spostrzeganie bardziej złożonych wzorców i relacji (np. dostrzeganie szczegółów na obrazku lub rozumienie mowy w hałaśliwym otoczeniu; Lezak i in., 2012).

Odrębną, ważną cechą poznawczą jest szybkość przetwarzania informacji, czyli tempo, w jakim układ poznawczy dziecka potrafi wykonywać proste operacje umysłowe. Wyższa szybkość przetwarzania pozwala sprawniej prowadzić bardziej złożone czynności umysłowe, gdyż wiele podstawowych operacji (np. porównywanie bodźców, przeszukiwanie informacji w pamięci) zachodzi wtedy szybciej. Szybkość przetwarzania bywa mierzona testami czasu reakcji lub tempa wykonywania zadań i stanowi ważne tło dla efektywności innych funkcji poznawczych – wolniejsze tempo przetwarzania może ograniczać wydajność uwagi czy pamięci roboczej (Diamond, 2013; Lezak i in., 2012). Podsumowując, funkcje poznawcze u dzieci i młodzieży obejmują szereg procesów od podstawowych (jak uwaga, spostrzeganie czy tempo przetwarzania) po bardziej złożone i integrujące (funkcje wykonawcze zarządzające myśleniem i zachowaniem). W dalszej części omówiony zostanie rozwój tych funkcji w trakcie ontogenezy oraz ich znaczenie praktyczne.

## **1.2. Rozwój funkcji poznawczych w dzieciństwie i adolescencji**

Rozwój funkcji poznawczych zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie i trwa przez cały okres dorastania. Poszczególne funkcje dojrzewają w nieco odmiennym tempie, jednak ogólnie można zaobserwować, że w wieku przedszkolnym następuje bardzo intensywny rozwój



wielu zdolności poznawczych, zwłaszcza tych związanych z kontrolą uwagi i zachowania, a pełna dojrzałość niektórych systemów poznawczych osiągana jest dopiero w okresie adolescencji (Diamond, 2013; Best i Miller, 2010). Jednym z najlepiej zbadanych obszarów jest rozwój funkcji wykonawczych (EF). Podstawy wykonawczej kontroli pojawiają się już pod koniec pierwszego roku życia – badania wskazują, że proste formy hamowania i kontroli uwagi można zaobserwować u niemowląt około 6-12 miesiąca (Diamond, 2013). W wieku około 2-3 lat dzieci potrafią już do pewnego stopnia hamować impulsy (np. poczekać chwilę na nagrodę) oraz wykazują zaczątki planowania i elastyczności (Garon, Bryson i Smith, 2008). Okres przedszkolny (3-5 rok życia) to czas gwałtownego postępu – maluchy zaczynają coraz lepiej regulować uwagę i hamować impulsy, co widać choćby w ich rosnącej zdolności do przestrzegania reguł (np. gier) czy odraczania gratyfikacji (Best i Miller, 2010). Równolegle poprawia się pamięć robocza – cztero- czy pięcioletki potrafią już przechować w umyśle kilka elementów naraz i manipulować nimi (np. zapamiętać i porównać dwie liczby). Zdolność przeczucia uwagi i elastycznego myślenia również ulega znaczącej poprawie: dzieci stają się bardziej giętkie w dostosowywaniu się do zmian zasad (np. w zabawie „Simon mówi” czy kategoryzowaniu obiektów według nowych kryteriów).

W średnim dzieciństwie (wiek wczesnoszkolny) rozwój poznawczy wciąż postępuje, choć tempo zmian jest bardziej umiarkowane niż w przedszkolu. Dzieci w wieku 6-12 lat systematycznie zwiększają zdolność koncentracji na zadaniu przez dłuższy czas – ich uwaga podtrzymana ulega wydłużeniu, co pozwala na efektywniejszą naukę szkolną. Pamięć robocza poszerza swoją pojemność i efektywność: przeciętny siedmiolatek jest w stanie przechować w pamięci krótkotrwałej więcej elementów (np. cyfr) niż przedszkolak, a ponadto coraz lepiej radzi sobie z jednoczesnym przetwarzaniem informacji (Best i Miller, 2010). Funkcje wykonawcze nadal się doskonalą – umiejętność hamowania niepożądanych reakcji staje się bardziej niezawodna, co widoczne jest np. w zmniejszaniu impulsywnych zachowań u dzieci szkolnych w porównaniu do przedszkolaków. Elastyczność poznawcza również rozwija się – dzieci potrafią coraz sprawniej zmieniać strategie rozwiązywania zadań, uczyć się na błędach i uwzględniać różne perspektywy. W literaturze wskazuje się, że choć u młodszych dzieci poszczególne komponenty funkcji wykonawczych mogą być słabo skoordynowane, to wraz z wiekiem integracja tych zdolności wzrasta (Best i Miller, 2010). Mówiąc inaczej, u nastolatków różne elementy kontroli poznawczej (uwaga, hamowanie, pamięć operacyjna) zaczynają działać bardziej spójnie, tworząc efektywny system zarządzania zachowaniem.

Okres adolescencji (dorastania) przynosi dalsze, choć bardziej subtelne zmiany. Nastolatki osiągają już poziom zbliżony do dorosłych w wielu podstawowych funkcjach poznawczych, ale pełna dojrzałość niektórych funkcji wykonawczych następuje dopiero pod koniec okresu dorastania lub we wczesnej dorosłości. Na przykład zdolność planowania złożonych działań, przewidywania konsekwencji i myślenia abstrakcyjnego staje się coraz



bardziej rozwinięta w późnej adolescencji (Zelazo, 2015). Z punktu widzenia neurobiologicznego, obserwuje się, że płaty czołowe mózgu – szczególnie kora przedczołowa, kluczowa dla funkcji wykonawczych – dojrzewają aż do późnych lat nastoletnich i wczesnej dorosłości, m.in. poprzez procesy mielinizacji i dojrzewanie połączeń synaptycznych (Diamond, 2013; Zelazo, 2015). Mielinizacja to proces biologiczny polegający na tworzeniu osłonek mielinowych wokół aksonów neuronów, co przyspiesza przewodzenie impulsów nerwowych i odgrywa kluczową rolę w dojrzewaniu układu nerwowego (Fields, 2008). Ta wydłużona ontogeneza struktur mózgowych wyjaśnia, dlaczego nastoletni wiek wciąż charakteryzuje się udoskonalaniem umiejętności samokontroli, podejmowania decyzji i przewidywania skutków bardziej niż okres dorosły.

Warto dodać, że rozwój takich funkcji jak język czy percepcja także ma swoje charakterystyczne etapy. Mowa dziecka rozwija się najszybciej do około 5. roku życia (opanowanie gramatyki języka ojczystego, podstawowego słownictwa), ale słownictwo i subtelności językowe (np. rozumienie idiomów, ironii) są doskonalone w kolejnych latach. Percepcja wzrokowa i słuchowa u zdrowych dzieci osiąga dojrzałość stosunkowo wcześnie (np. podstawowa ostrość wzroku ok. 6-7 roku życia), jednak zdolność analizowania złożonych bodźców (jak np. odczytywanie map, wykresów czy wyłapywanie istotnych informacji w szumie) poprawia się wraz z ogólnym wzrostem uwagi i doświadczenia. Szybkość przetwarzania informacji systematycznie rośnie od dzieciństwa do adolescencji – młodsze dzieci potrzebują więcej czasu na wykonanie prostych operacji umysłowych niż starsze, co jest związane z dojrzewaniem układu nerwowego (m.in. zwiększeniem szybkości przewodzenia dzięki mielinizacji). Badania wskazują, że przyrost szybkości przetwarzania może tłumaczyć znaczną część poprawy zdolności poznawczych u dzieci wraz z wiekiem – szybsze podstawowe przetwarzanie odciąża „bufor czasowy” dla pamięci roboczej i pozwala wykonywać bardziej złożone zadania w tym samym odcinku czasu.

Reasumując, ontogeneza funkcji poznawczych charakteryzuje się wczesnym początkiem i długotrwałym doskonaleniem. Szczególnie funkcje wykonawcze wykazują gwałtowny rozwój w pierwszych latach życia, następnie stabilny wzrost w średnim dzieciństwie i dojrzewanie aż do późnej adolescencji (Best i Miller, 2010; Diamond, 2013). Różne aspekty poznania mają odmienne trajektorie rozwojowe – np. uwaga i kontrola hamowania osiągają dojrzałość względnie wcześniej (we wczesnej adolescencji), podczas gdy planowanie czy myślenie abstrakcyjne ulega udoskonaleniu dopiero u starszej młodzieży. Rozwój tych procesów jest ściśle powiązany z dojrzewaniem biologicznym mózgu, a zwłaszcza obszarów czołowych odpowiedzialnych za kontrolę poznawczą (Zelazo, 2015).

### 1.3. Znaczenie praktyczne funkcji poznawczych



Sprawność funkcji poznawczych ma istotne znaczenie dla codziennego funkcjonowania dziecka i nastolatka w wielu sferach. Poziom zdolności poznawczych przekłada się na osiągnięcia szkolne – dzieci o lepiej rozwiniętej uwadze, pamięci roboczej i funkcjach wykonawczych zazwyczaj łatwiej przyswajają wiedzę i umiejętności szkolne. Badania wskazują na silny związek między funkcjami wykonawczymi a wynikami w nauce, zwłaszcza w zakresie matematyki i czytania: umiejętność skoncentrowania uwagi, zapamiętania instrukcji oraz zahamowania pochopnych odpowiedzi sprzyja efektywnemu uczeniu się (Best i Miller, 2010; Diamond, 2013). Przykładowo, umiejętność wytrwałego skupienia się na zadaniu domowym czy lekcji bez rozpraszania się bodźcami z otoczenia jest warunkiem opanowania materiału. Pamięć robocza pozwala zaś np. wykonywać w pamięci obliczenia matematyczne czy rozumieć dłuższe zdania podczas czytania ze zrozumieniem. Nic dziwnego, że dzieci z deficytami tych funkcji (jak np. w zaburzeniach uwagi) często mają trudności szkolne – pokazuje to, jak fundamentalne są to procesy dla edukacji.

Funkcje poznawcze, zwłaszcza wykonawcze, leżą także u podstaw samoregulacji zachowania i emocji. Zdolność do hamowania impulsów pomaga dzieciom kontrolować nagle wybuchy emocji czy agresji – np. powstrzymać się od krzyku lub uderzenia w sytuacji frustracji, co umożliwia rozwiązanie konfliktu w społecznie akceptowalny sposób. Elastyczność poznawcza z kolei ułatwia zmianę strategii radzenia sobie z emocjami; dziecko potrafi np. skierować uwagę na inne zajęcie, gdy przeżywa smutek lub złość, albo przyjmując inną perspektywę i przemyśleć sytuację na nowo. Badacze podkreślają, że funkcje wykonawcze są powiązane z rozwojem kompetencji emocjonalnych – dzieci o wyższym poziomie kontroli poznawczej lepiej radzą sobie z regulacją własnych stanów emocjonalnych i stresem (Diamond, 2013). Ponadto, świadoma kontrola uwagi pozwala tłumić rozpraszające lub niepokojące myśli, co sprzyja zachowaniu spokoju w trudnych sytuacjach. W literaturze funkcjonuje pojęcie samokontroli lub regulacji emocjonalnej, które w znacznym stopniu opiera się na mechanizmach poznawczych (jak kontrola uwagi, hamowanie czy przechowywanie w pamięci celów i zasad postępowania).

Dobra sprawność poznawcza przekłada się również na relacje społeczne dzieci i młodzieży. Umiejętność skupienia uwagi na rozmówcy, zapamiętania reguł zabawy czy zdolność powstrzymania impulsywnego zachowania (np. niezabieranie zabawek innym, czekanie na swoją kolej) sprzyjają nawiązywaniu i utrzymywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami. Dzieci dysponujące lepszymi funkcjami wykonawczymi częściej przejawiają kompetencje społeczne takie jak współpraca, empatia czy skuteczna komunikacja – częściowo dlatego, że kontrola poznawcza pomaga im myśleć przed działaniem i brać pod uwagę reakcje innych. Z kolei deficyty w tych obszarach (np. nadmierna impulsywność, rozpraszanie uwagi) mogą prowadzić do konfliktów z kolegami czy trudności w funkcjonowaniu grupowym. Badania sugerują na przykład, że niski poziom samokontroli poznawczej wiąże się z większym ryzykiem zachowań problemowych i trudności w relacjach



rówieśniczych (Best i Miller, 2010). Innymi słowy, funkcje poznawcze stanowią podstawę nie tylko dla sfery akademickiej, ale i społeczno-emocjonalnej rozwoju młodego człowieka.

Wiedza o tym, jak ważne są procesy poznawcze, ma również wymiar praktyczny, ponieważ istnieje możliwość celowego wspierania i treningu tych funkcji. Liczne badania wskazują, że funkcje poznawcze (zwłaszcza wykonawcze) są podatne na doskonalenie dzięki odpowiednim oddziaływaniom środowiskowym i treningowym (Diamond, 2013). Innymi słowy, choć genetyka i rozwój biologiczny wyznaczają ramy zdolności poznawczych, to ćwiczenie i doświadczenie mogą znacząco poprawić ich funkcjonowanie. Przykładowo, treningi poznawcze ukierunkowane na pamięć roboczą (np. gry komputerowe ćwiczące zapamiętywanie sekwencji) przynoszą umiarkowaną poprawę tej zdolności u dzieci. Aktywność fizyczna i odpowiedni sen wpływają korzystnie na funkcje uwagi i wykonawcze – wykazano, że chroniczny stres, brak ruchu czy niedobór snu osłabiają funkcje poznawcze, podczas gdy ich poprawa (redukcja stresu, regularne ćwiczenia) działa wspierająco (Diamond, 2013).

Szczególnie obiecujące są metody treningu samoregulacji takie jak trening uważności (mindfulness). Ćwiczenia mindfulness uczą dzieci świadomego kierowania uwagi na „tu i teraz” oraz obserwowania swoich myśli i emocji bez reagowania automatycznie. Badania pilotażowe sugerują, że trening uważności może poprawiać u dzieci i nastolatków zdolność koncentracji oraz regulacji emocji, co świadczy o wzmacnianiu podstaw funkcji wykonawczych (Zelazo, 2015). Podobnie techniki poznawczo-behawioralne uczące planowania i autorefleksji (świadomego zastanowienia się przed podjęciem działania) również wykazały pozytywny wpływ na funkcje wykonawcze i pokrewne zdolności (Zelazo, 2015). Diamond (2013) w przeglądzie badań podkreśla, że funkcje wykonawcze są możliwe do trenowania – podejmowano już z sukcesem różnorodne interwencje, od programów szkolnych integrujących zabawy rozwijające samokontrolę, przez sztuki walki i sporty wymagające koncentracji, po właśnie treningi uważności i medytacji. Świadczy to o plastyczności mózgu dziecka i możliwości kompensacji ewentualnych trudności poprzez celowe działania wychowawcze i edukacyjne.

Zatem, funkcje poznawcze stanowią fundament sprawnego funkcjonowania dziecka w kontekście edukacyjnym, emocjonalnym i społecznym. Wysoki poziom tych procesów sprzyja sukcesom szkolnym, zdrowym relacjom i efektywnej samoregulacji. Jednocześnie, ze względu na ich kluczową rolę, są one przedmiotem licznych badań i programów interwencyjnych – z nadzieją, że odpowiednie ćwiczenia i metody (jak np. trening uważności) pozwolą jeszcze lepiej rozwijać potencjał poznawczy dzieci i młodzieży (Diamond, 2013; Zelazo, 2015).



## 1.4. Funkcje poznawcze u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi

Zaburzenia neurorozwojowe (NDD) to grupa schorzeń ujawniających się zwykle we wczesnym dzieciństwie, które wpływają na rozwój i funkcjonowanie mózgu. Zgodnie z DSM-5 (APA, 2013) oraz jego rewizją DSM-5-TR (APA, 2022) zaliczono do nich m.in. zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), niepełnosprawność intelektualną (ID), specyficzne zaburzenia uczenia się (SLD), zaburzenia komunikacji oraz zaburzenia ruchowe (np. tic, zespół Tourette’a; Frances i in., 2022). Definicja DSM podkreśla, że są to schorzenia zwykle rozpoczynające się w dzieciństwie i często mające charakter przewlekły (Frances i in., 2022). Światowa klasyfikacja ICD-11 przyjęła podobne podejście, łącząc te zaburzenia w jedną kategorię neurorozwojową. Uznaje się, że NDD występują stosunkowo często – według danych epidemiologicznych nawet kilkanaście procent populacji dzieci i młodzieży może spełniać kryteria przynajmniej jednego z tych rozpoznań. Warto zaznaczyć, że wprowadzając DSM-5 kategoria zaburzeń neurorozwojowych ukazuje ich wspólne podłoże i symptomy, odchodząc od wcześniejszego podziału na odrębne klasy w DSM-IV czy ICD-10 (Frances i in., 2022).

### 1.4.1. Wspólne deficyty poznawcze i wykonawcze w NDD

Niezależnie od specyficznego rozpoznania, w zaburzeniach neurorozwojowych często obserwuje się zaburzenia funkcji wykonawczych i związane z nimi deficyty poznawcze. Funkcje wykonawcze to grupa procesów poznawczych umożliwiających samoregulację i realizację zamierzonych działań – obejmują m.in. utrzymywanie w pamięci operacyjnej informacji, kontrolę hamowania impulsywnych reakcji oraz elastyczność poznawczą (zdolność do przełączania uwagi i planowania nowych strategii; Martínez i in., 2024). Już badania nad ADHD i ASD wskazują, że obie te grupy zaburzeń dzielą liczne trudności w sferze wykonawczej. Dla ADHD charakterystyczne są głównie problemy z koncentracją uwagi i kontrolą hamowania – skutkiem tego dzieci stają się nadmiernie ruchliwe i impulsywne. Upośledzona kontrola inhibicyjna w ADHD ujawnia się trudnościami w powstrzymaniu nieodpowiednich reakcji (np. ciągłym zaczepianiem otoczenia) oraz obniżonym poziomem utrzymywania uwagi w zadaniach monotonnych czy wymagających długotrwałego skupienia (Martínez i in., 2024). Dodatkowo osoby z ADHD często mają zaburzoną pamięć roboczą, co utrudnia im zapamiętywanie i operowanie bieżącą informacją, oraz przejawiają problemy z organizacją i planowaniem działań.

Z kolei w ASD ujawniają się przede wszystkim zaburzenia związane z elastycznością poznawczą – dzieci i młodzież z autyzmem często przejawiają sztywne, rutynowe wzorce zachowań oraz trudności z adaptacją do zmian w otoczeniu czy zadaniach (Martínez i in., 2024). Jak zauważają Martínez i współautorzy (2024), u osób z ASD typowe jest „mniejsze trwanie przy celu” (zmniejszona wytrwałość) oraz najbardziej powszechną trudnością





wykonawczą jest właśnie ograniczona elastyczność poznawcza. Oznacza to, że zmiana rutyny lub konieczność szybkiego przejścia od jednego zadania do drugiego może powodować znaczny dyskomfort i niepowodzenie wykonania zadania. Ponadto u wielu osób ze spektrum autyzmu również obserwuje się osłabione funkcjonowanie pamięci roboczej i hamowania, choć może ono być mniej widoczne niż w ADHD.

Nie można pominąć, że problemy samoregulacji i kontroli emocji są wspólne dla obu tych grup zaburzeń. Zarówno ADHD, jak i ASD wiążą się z trudnościami w monitorowaniu własnych reakcji oraz integracji różnych źródeł informacji potrzebnych do skutecznego działania. Badania jednoznacznie pokazują, że w NDD występuje często tzw. *dysexecutive syndrome*, czyli zespół zaburzeń funkcji wykonawczych – zbiór zaburzeń takich jak nieprawidłowe planowanie, słaba kontrola impulsów czy trudności w adaptacji do zmian (Herreras, 2025). Nielezione lub nierozpoznane zaburzenia wykonawcze skutkują ogólnie osłabioną zdolnością osoby do organizowania własnych zachowań i myśli, co negatywnie wpływa na funkcjonowanie szkolne, społeczne czy emocjonalne dzieci i młodzieży. W literaturze podkreśla się też, że uszkodzona pamięć operacyjna i hamowanie wiążą się z zaburzonymi mechanizmami przetwarzania informacji – w praktyce objawia się to np. nadmiernym rozpraszaniem uwagi przez nieistotne sygnały lub trudnością w jednoczesnym uwzględnianiu wielu elementów sytuacji. Łącznie prowadzi to do zakłóconej samoregulacji zachowania – kluczowego aspektu rozwoju poznawczego i emocjonalnego.

#### **1.4.2. Heterogeniczność profili rozwojowych**

Ważnym aspektem w rozważaniu zaburzeń neurorozwojowych jest ich duża heterogeniczność – różnorodność objawów i funkcjonowania zarówno między różnymi diagnozami, jak i wewnątrz jednej kategorii. Jak wskazują Michelini i współpracownicy (2024), ograniczenie się do kategoriycznych diagnoz nie oddaje pełnego obrazu; kryteria diagnostyczne z DSM lub ICD często nie uwzględniają szerokiego zakresu występujących u dzieci cech i ich nakładania się. W obrębie jednej diagnozy, np. spektrum autyzmu, występują przypadki od głębokiej niepełnosprawności intelektualnej po funkcjonowanie na poziomie powyżej normy rozwojowej. Podobnie w przypadku ADHD spotyka się różne typy przewagi objawów (nieuważny, nadpobudliwy, mieszany) oraz wiele często występujących współwystępujących trudności – na przykład co drugi młody pacjent z ADHD ma dodatkowe problemy ze snem lub zaburzenia lękowe. Z badań meta-analitycznych wynika, że deficyty wykonawcze są względnie spójne w różnych NDD (z umiarkowanym efektem na poziomie około 0,5), ale nasilenie tych deficytów wzrasta, gdy występuje więcej niż jedno współwystępujące zaburzenie (Herreras, 2025).

Podejście transdiagnostyczne sugeruje, że wszystkie NDD mają pokrewne podłoża – genetyczne, neurobiologiczne i poznawcze – i dlatego ujawniają się wspólne zaburzenia, np. w funkcjach wykonawczych (Herreras, 2025; Michelini i in., 2024). Jednak każdy przypadek



jest indywidualny – nawet dwoje dzieci z takim samym rozpoznaniem ASD może różnić się dramatycznie pod względem możliwości komunikacyjnych, poziomu samodzielności czy trudności sensorycznych. W literaturze podkreśla się, że „cechy zaburzeń neurorozwojowych grupują się w zakresie od normatywnych do uciążliwych” (Michelini i in., 2024), co obrazuje kontinuum rozwojowe tych cech. Takie ujęcie spektrum neurorozwojowego pokazuje, że wykraczając poza sztywną diagnostykę, można lepiej zrozumieć wspólne mechanizmy i zróżnicowanie objawów. Z tego powodu współczesne modele kliniczne często zalecają analizę indywidualnych profili funkcjonalnych dziecka (np. mocnych i słabych stron poznawczych) zamiast opierać się wyłącznie na etykietach diagnostycznych.

### ***1.4.3. Uwaga jako ścieżka wspierania samoregulacji***

Uwieńczeniem rozważań nad zaburzeniami neurorozwojowymi staje się pytanie o metody wsparcia deficytów samoregulacji i funkcji wykonawczych. Ponieważ typowym problemem w NDD jest zakłócenie mechanizmów uwagi, hamowania i kontroli impulsów, coraz większe zainteresowanie budzi trening uważności (mindfulness) – praktyka wzmacniająca świadomość chwili bieżącej i nieoceniające skupianie uwagi. Dowody wskazują, że interwencje mindfulness mogą przynosić korzyści w zaburzeniach charakteryzowanych przez deficyty uwagi. Na przykład Kretschmer, Tebrizcik i Dommett (2022) podsumowują wyniki kilkunastu badań, zauważając, że programy oparte na uważności prowadzą do redukcji objawów ADHD oraz poprawy funkcji wykonawczych i regulacji emocjonalnej u uczestników badania.

Mechanizm działania uważności w tym kontekście jest intuicyjny: ćwiczenia takie jak skupiona uwaga na oddechu czy ciele mają bezpośrednio rozwijać te zdolności poznawcze, które u dzieci z ADHD czy ASD są słabsze. MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) i pokrewne programy uczą świadomego obserwowania myśli i uczuć bez natychmiastowego reagowania. Uczestnicy uczą się powstrzymywania się od automatycznych reakcji (co wzmacnia hamowanie impulsów), stabilizowania uwagi na wybranym obiekcie (co trenuje zdolność koncentracji) oraz elastycznego przełączania się między technikami uważności (co poprawia elastyczność poznawczą). Kretschmer i in. zauważają, że te praktyki celowo celują w obszary zaburzone u osób z ADHD – np. ćwiczą utrzymywanie uwagi, naprzemienną koncentrację i panowanie nad impulsywnością – co pośrednio przekłada się na lepszą organizację zachowania i kontroli emocji (Kretschmer i in., 2022).

Podsumowując, trening uważności jawi się jako obiecująca ścieżka wspomagająca procesy regulacyjne u osób z zaburzeniami neurorozwojowymi. Choć konieczne są dalsze badania nad jego skutecznością i optymalnymi formami podawania (szczególnie u dzieci), pierwsze przeglądy systematyczne sugerują, że mindfulness może być wartościowym dodatkiem do tradycyjnych terapii – zarówno w redukcji specyficznych trudności (np. koncentracja uwagi), jak i ogólnej poprawie zdolności radzenia sobie z wyzwaniami dnia



codziennego (Kretschmer i in., 2022). W kolejnych częściach pracy omówione zostaną szczegółowo przykłady narzędzi testowych i programów interwencyjnych wykorzystywanych w pracy z dziećmi z ADHD i ASD, które mierzą i rozwijają omawiane funkcje poznawcze.

## 1.5. Spektrum autyzmu

Autyzm spektrum zaburzeń rozwojowych (ASD) to zaburzenie neurorozwojowe charakteryzujące się trwałymi deficytami w zakresie interakcji i komunikacji społecznej oraz występowaniem ograniczonych, powtarzalnych zachowań i zainteresowań (American Psychiatric Association, 2013; CDC, 2025). W DSM-5 kryteria te zostały ujęte w dwóch grupach: (A) deficyty w społeczno-komunikacyjnej wzajemności (np. trudności w utrzymaniu normalnej rozmowy, ograniczona mimika twarzy, nietypowy kontakt wzrokowy) oraz (B) minimum dwa objawy z kategorii zachowań rytualnych i sztywnych (np. stereotypowe ruchy, silne przywiązanie do rutyny, nietypowa nad- lub niedowrażliwość sensoryczna; CDC, 2025).

Współczesne ujęcie ASD podkreśla spektralny charakter zaburzenia – przebieg i stopień nasilenia objawów mogą się bardzo różnić w zależności od osoby (APA, 2013; Demetriou i in., 2018). Zamiast myślenia o „jednej autystycznej kognicji” akcentuje się heterogeniczność ASD: badania meta-analityczne wskazują, że nie ma jednego profilu zaburzeń poznawczych charakterystycznego dla wszystkich osób z ASD, lecz pojawia się znaczna zmienność indywidualna w obrębie spektrum (Demetriou i in., 2018; Lage i in., 2024). Lage i in. (2023) w metaanalizie elastyczności poznawczej zauważyli, że osoby z ASD mają istotne trudności w zadaniach wymagających zmiany schematu, choć efekty te cechuje duża heterogeniczność międzypersoniczna. Takie wyniki wspierają pogląd, że autyzm przejawia się szeroką gamą profili poznawczych, w których różnice między osobami są istotniejsze niż różnice między podtypami diagnostycznymi (np. między autyzmem a zespołem Aspergera; Demetriou i in., 2018).

### 1.5.1. Profil funkcji poznawczych w ASD

Osoby z ASD często mają trudności w zakresie funkcji wykonawczych – takich jak planowanie, hamowanie impulsów czy elastyczność poznawcza (zmiana strategii myślenia). Meta-analizy potwierdzają umiarkowane osłabienie w tych funkcjach u osób ze spektrum (Demetriou i in., 2018). Demetriou i in. (2018) wykazali średni efekt zaburzeń wykonawczych (Hedges'  $g \approx 0,48$ ) u populacji ASD, bez wyraźnego wzorca rozkładu między poszczególnymi zadaniami czy grupami wiekowymi. W szczególności planowanie poznawcze i elastyczność (zmiana schematu) wydają się być najbardziej osłabione w ASD (Lage i in., 2023). Meta-analiza Lage i in. (2023) ukazała, że osoby autystyczne popełniają więcej błędów typu persewacji (utrzymywanie się przy nieprawidłowym rozwiązaniu) w zadaniach wymagających zmiany podejścia, co wskazuje na deficyt elastyczności poznawczej. Jednocześnie zaobserwowano duże zróżnicowanie wyników – nie wszyscy autyści



wykazują znaczące trudności wykonawcze, co podkreśla heterogeniczność spektralną. W praktyce oznacza to, że terapia musi uwzględniać indywidualne możliwości: niektórzy uczestnicy poradnictwa czy treningu umiejętności mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w planowaniu czy hamowaniu reakcji, podczas gdy inni poradzą sobie na miarę rówieśników.

Koncepcja słabej koherencji centralnej (Frith, 1989; Happé i Frith, 2006) tłumaczy, dlaczego osoby z ASD często charakteryzuje „przetwarzanie szczegółowe” kosztem globalnej percepcji. Osoby autystyczne mają tendencję do skupiania uwagi na drobnych elementach lub wzorcach, często z pominięciem całościowego obrazu sytuacji. Happé i Frith (2006) podkreślają, że w ASD obserwuje się silny *bias* lokalny – czyli wyraźne faworyzowanie lokalnych detali w procesowaniu informacji. W badaniach empirycznych osoby z ASD częściej skupiają się na fragmentach obrazu niż na jego ogólnej strukturze, co tłumaczy ich umiejętności w zadaniach wymagających analizy wzrokowej detali (np. układanie klocków) kosztem trudności w zrozumieniu kontekstu. Jednocześnie nie jest to zazwyczaj efekt dysfunkcji procesów wykonawczych ani samej teorii umysłu – raczej odrębny styl poznawczy (Happé i Frith, 2006).

Kolejną kluczową cechą poznawczą w ASD są trudności w *theory of mind* (ToM), czyli wnioskowaniu o stanach umysłu innych osób. Od lat opisuje się deficyty w rozumieniu intencji, przekonań i emocji u osób z autyzmem (Baron-Cohen i in., 1985; Rosello i in., 2020). Rosello i in. (2020) podsumowują, że osoby z ASD – zwłaszcza bez opóźnień umysłowych – zazwyczaj osiągają gorsze wyniki w testach teorii umysłu niż rówieśnicy z typowym rozwojem. W badaniu tym wyodrębniono dwa podprofile dzieci z ASD: z wyższymi i niższymi umiejętnościami ToM. Grupa z niższymi umiejętnościami ToM osiągała zdecydowanie gorsze wyniki w zadaniach społeczno-komunikacyjnych i adaptacyjnych oraz miała silniej nasilone objawy autystyczne, co potwierdza związek między deficytem mentalizacji a trudnościami społecznymi. W praktyce oznacza to, że osoby z ASD często mają problem ze zrozumieniem niewerbalnych sygnałów i intencji rozmówcy (np. odczytywaniem emocji z mimiki czy tonu głosu), co utrudnia spontaniczną interakcję społeczną (Rosello i in., 2020).

W DSM-5 wprowadzono kryterium opisujące atypowe przetwarzanie bodźców sensorycznych u osób z ASD – zarówno nad- jak i niedowrażliwość na różne rodzaje bodźców (APA, 2013; CDC, 2025). W praktyce większość osób ze spektrum (nawet ponad 90%) doświadcza nieprawidłowej reaktywności sensorycznej (np. nadmierna wrażliwość na dźwięki, światło czy dotyk albo brak reakcji na ból) (CDC, 2025; APA, 2013). Takie wyjątkowe profile sensoryczne wpływają na uwagę i regulację emocji – np. osoby nadwrażliwe mogą być ciągle rozpraszone przez zewnętrzne bodźce (np. jasne światła czy hałas), co utrudnia skupienie się w terapii, natomiast osoby niedowrażliwe mogą szukać dodatkowych wrażeń (np. wykonywać gwałtowne ruchy). Konieczne jest zatem dostosowanie środowiska terapeutycznego (np.



minimalizowanie nadmiernych bodźców) i metod pracy do indywidualnej wrażliwości uczestnika.

W profilu poznawczym osób z ASD można również wyróżnić mocne strony, które czasem współlistnieją z deficytami. Wiele badań wskazuje na dobre lub nawet ponadprzeciętne wyniki w zadaniach wzrokowo-przestrzennych i werbalno-niewerbalnych wymagających analizy i wnioskowania. Takayanagi i współpracownicy (2022) w przeglądzie wyników testów Wechslera odnotowali u dzieci z ASD systematycznie wysokie wyniki w podteście *Block Design* (układy z klocków) oraz typowo niskie w podteście *Coding* (szybkość przetwarzania). Potwierdza to ukierunkowanie na spostrzeganie detali: osoby autystyczne dobrze radzą sobie z wymagającymi wnioskowania zadaniami wizualnymi, a gorzej z zadaniami polegającymi na szybkim odwzorowywaniu symboli. Metaanaliza Wilsona i in. (2024) ukazała podobny obraz – uczestnicy z ASD mieli względne silne umiejętności rozumowania werbalnego i niewerbalnego (wyniki w typowym zakresie), przy jednoczesnym ok. 1 SD obniżeniu w szybkości przetwarzania informacji. Dodatkowo osoby autystyczne mogą mieć mocną pamięć deklaratywną i zdolność do dostrzegania wzorców oraz systematycznych struktur (teoria ekstremalnego systematyzatora, np. Baron-Cohen). W kontekście terapeutycznym warto te zasoby wykorzystać – np. zainteresowania specjalistyczne czy zamiłowanie do rutyny mogą posłużyć jako „kotwice uwagi” w pracy z pacjentem.

### **1.5.2. Konsekwencje dla uczestnictwa w interwencjach uważnościowych**

Profil poznawczy ASD w znaczący sposób warunkuje udział osoby w treningach terapeutycznych, w tym w interwencjach opartych na uważności (mindfulness). Trudności w kontakcie wzrokowym i komunikacji społecznej (DSM-5: deficyty w komunikacji niewerbalnej, np. kontakt wzrokowy; CDC, 2025) sugerują, że w pracy warto stosować czytelne, wizualne materiały i przewidywalne instrukcje (np. schematy, obrazki), zamiast polegać na spontanicznym dialogu czy sugestii. Sztywność poznawcza i silne przywiązanie do rutyny (DSM-5: *insistence on sameness*) oznacza konieczność wprowadzania zmian w programie terapii stopniowo, z wyprzedzeniem i w sposób klarowny – nagła zmiana kolejności ćwiczeń czy zasad może wywołać lęk lub opór. Przetwarzanie sensoryczne wymaga odpowiedniego doboru bodźców: np. unikania zbyt głośnych, jaskrawych dźwięków i obrazów w sali ćwiczeń mindfulness, by nie przeciążyć osoby autystycznej (można za to wykorzystać uspokajające tony, miękkie oświetlenie). Mocne strony – jak intensywne zainteresowania czy zamiłowanie do porządku – mogą być zaś użyte konstruktywnie, np. przez odwoływanie się do tematów bliskich uczestnikowi lub włączanie znajomych rutynowych elementów do praktyki. Warto podkreślić konieczność indywidualizacji podejścia: Simione i wsp. (2024) zauważają, że interwencje mindfulness dla osób z ASD powinny być ściśle dostosowane do różnorodności spektrum i specyfiki każdej podgrupy (np. dzieci, dorosłych, opiekunów). Zatem, powyższe



cechy poznawcze wpływają na uczestnictwo w zajęciach rozwijających uważność – wymagają odpowiedniego dostosowania formy i środowiska terapii. Niniejszy opis profilu poznawczego ASD ukazuje potencjalne wyzwania i zasoby w kontekście interwencji mindfulness; w kolejnym rozdziale teoretyczne uwagi będą weryfikowane na podstawie systematycznych przeglądów literatury (np. Simone i in., 2024), które analizują skuteczność takich programów u osób z ASD.

## 1.6. ADHD

ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) to zaburzenie neurorozwojowe o wczesnym początku (najczęściej przed 12. rokiem życia), cechujące się utrwalonymi trudnościami w zakresie uwagi oraz aktywności/impulsywności. Szacunkowa częstość ADHD w populacji dziecięcej wynosi około 3–7% (Bonti i in., 2024). Typowymi objawami są nieuwaga (trudności w podtrzymaniu uwagi i zapominanie szczegółów), nadruchliwość (bezcelowe wiercenie się, ruchliwość ciała) oraz impulsywność (działanie bez zastanowienia, przerywanie innych; DSM-V, 2016). Objawy te muszą być obecne w co najmniej dwóch środowiskach (np. w szkole i w domu) oraz utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy (przy  $\geq 6$  objawach z każdej kategorii u dzieci,  $\geq 5$  u dorosłych). ADHD występuje w trzech prezentacjach diagnostycznych według DSM-5: z przewagą objawów nieuwagi, z przewagą nadruchliwości/impulsywności oraz mieszana (oba typy objawów równocześnie; DSM-V, 2016). Na przykład w podtypie z przewagą nieuwagi dominują trudności w koncentrowaniu się i zapamiętywaniu instrukcji, podczas gdy w podtypie hiperaktywnym/impulsywnym głównie nasilone są ruchliwość i impulsywność.

U dzieci z ADHD często obserwuje się także liczne współwystępujące trudności rozwojowe. ADHD bywa powiązane z innymi zaburzeniami rozwojowymi takimi jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, specyficzne zaburzenia uczenia się czy zaburzenia rozwoju koordynacji ruchowej (DCD). Przykładowo u około 30–65% dzieci z ADHD występują jednocześnie symptomy spektrum autyzmu (, a u ok. 50–70% dzieci z ADHD (zwłaszcza typu z zaburzeniami uwagi) stwierdza się trudności w nauce (zaburzenia czytania, pisanie, liczenia) kwalifikujące do SLD. Ponadto ponad połowa dzieci z ADHD, zaburzeniem ze spektrum autyzmu lub SLD ma równocześnie cechy zaburzenia koordynacji ruchowej (DCD; Bonti i in., 2024). Wysokie współwystępowanie z innymi zaburzeniami rozwojowymi (oraz emocjonalnymi i behawioralnymi) sprawia, że ADHD uchodzi za jedno z „heterogennych” zaburzeń dzieciństwa.

### 1.6.1. Deficyty funkcji wykonawczych

Wielu autorów podkreśla, że u osób z ADHD występują znaczące deficyty funkcji wykonawczych. Model Barkley’a (1997, 2012) traktuje główny problem ADHD jako deficyt hamowania behawioralnego. Wg tego modelu zaburzenie hamowania przekłada się na wtórne



osłabienie innych procesów wykonawczych: przede wszystkim pamięci roboczej, samoregulacji afektu/motywacji/pobudzenia, internalizacji mowy i planowania (re-analizy zachowania). W badaniach empirycznych najsilniej potwierdzono u dzieci z ADHD osłabienie hamowania reakcji oraz pamięci roboczej. Przykładowo typową cechą ADHD jest trudność zahamowania „pierwotnej” reakcji – dziecko często nie może powstrzymać się od natychmiastowego działania lub wypowiedzi. Objawia się to np. przerywaniem wypowiedziom innych czy wybieganiem z klasy (DSM-V, 2016; Barkley, 1997). Ponadto u osób z ADHD stwierdza się obniżoną wydajność pamięci roboczej – trudność w utrzymaniu i manipulowaniu informacją w pamięci przez krótki czas. Upośledzona jest też umiejętność planowania i organizacji zadań: dzieci mają problemy z rozkładaniem złożonych zadań na kroki, uporządkowaniem materiałów czy dotrzymaniem terminów. DSM-5 (2016) podkreśla, że dzieci z ADHD często mają „trudność w organizowaniu zadań i aktywności” (chaotyczna praca, brak kontroli nad czasem). W konsekwencji dzieci te słabiej radzą sobie z efektywnym rozwiązywaniem problemów, opracowywaniem celów przyszłościowych czy elastycznym dostosowywaniem działań (Barkley, 1997).

ADHD charakteryzuje się przede wszystkim zaburzeniem regulacji uwagi. Dzieci i dorośli z ADHD mają typowo problemy z podtrzymaniem koncentracji na dłużej – łatwo tracą wątek w trakcie lekcji czy czytania (DSM-V, 2016). Często są też nadmiernie podatni na bodźce z otoczenia: „rozprasza” je szmer, widok ruchu czy własne myśli. Objawia się to brakiem słuchania, mimo że wydaje się, iż „nie słyszą” poleceń, lub szybkim przełączaniem uwagi na nowe, mniej istotne elementy. Upośledzenie utrzymywania uwagi i selekcji informacji prowadzi do wielu błędów w pracy szkolnej i wymaga znaczących wyrównań (Huang i in., 2016). Na poziomie neurologicznym model Barkley’a (1997) łączy deficyt uwagi z obniżonym hamowaniem – ADHD objawia się niezdolnością do trzymania się celu i ignorowania dystraktorów.

Istotnym aspektem ADHD są również zaburzenia związane z motywacją i wzmocnieniami. Powszechnie obserwuje się u tych osób preferencję natychmiastowych nagród kosztem większych, lecz opóźnionych wzmocnień. W teorii unikania opóźnień (*delay aversion*) zakłada się, że osoby z ADHD doświadczają „negatywnej reakcji emocjonalnej” na oczekiwanie (Paloyelis, Asherson i Kuntsi, 2010). Innymi słowy, zwracanie uwagi na opóźnienia jest dla nich trudne – wolą szybki, choć mniejszy zysk, niż cierpliwość w oczekiwaniu na większą nagrodę. Taka skłonność do preferowania mniejszych natychmiastowych nagród (często opisywana jako „impulsywny wybór”) stanowi niezależną ścieżkę rozwoju ADHD, obok zaburzeń funkcji wykonawczych. Podłoże tych trudności może być częściowo neurobiologiczne. Na przykład zaobserwowano u osób z ADHD obniżoną ilość receptorów dopaminowych w jądrze półleżącym (obszarze mózgu odpowiedzialnym za nagrodę i motywację; Wagner, Mason i Eastwood, 2024). Niedostateczna aktywacja układu nagrody może powodować, że zadania nieprzynoszące natychmiastowej stymulacji są dla nich



nużące i obciążające. W rezultacie ADHD wiąże się z obniżoną motywacją, podwyższonym dyskomfortem przy oczekiwaniu i potrzebą częstego zewnętrznego „podkręcania” zainteresowania poprzez szybkie wzmocnienia.

Kolejny kluczowy obszar trudności to zarządzanie czasem i regulacja emocji (Soler-Gutiérrez, Pérez-González i Mayas, 2023). Dzieci z ADHD mają znaczne problemy z organizacją czasu, przewidywaniem upływu czasu i dotrzymywaniem terminów (DSM-V, 2016; Barkley, 1997, 2012). Brak dobrych strategii planowania i słaba pamięć robocza powodują, że zadania rozciągają się w czasie lub są odkładane na ostatnią chwilę. Z tego powodu często są niezdyscyplinowane czasowo (np. notorycznie spóźniają się lub nie kończą zadań), co dodatkowo wpływa na ich funkcjonowanie w szkole i w domu. W ADHD obserwuje się także impulsywną samoregulację emocji. Dzieci te są zwykle mniej odporne na frustrację – łatwo się zniechęcają i popadają w złość, gdy zadanie staje się trudne lub monotonne (DSM-V, 2016). Mogą reagować wybuchem gniewu, odpływem uwagi albo odwrotnie: nagłym pobudzeniem. Ta wrażliwość emocjonalna często współwystępuje z ADHD i stanowi znaczne obciążenie – np. dziecko może wybuchnąć płaczem przy drobnej przeszkodzie albo być nadmiernie impulsywne, gdy odczuwa stres. Marsz i Tercelli (2019) zwracają uwagę, że te obszary (słaba koncentracja, impulsywność, emocjonalna dysregulacja) są bezpośrednio adresowane przez trening uważności: ćwiczenia uważności kładą nacisk na ćwiczenie cierpliwości, świadomego reagowania i stabilizacji uwagi w obliczu rozproszeń.

Powyższy profil ADHD wyjaśnia, jak należy dostosować trening uważności do tej grupy. Ze względu na trudności z utrzymaniem uwagi i zapamiętywaniem długich instrukcji, praktyki mindfulness dla osób z ADHD powinny być krótkie, angażujące i regularnie powtarzane. Treningi uważności dzieci z ADHD często zawierają proste, aktywne ćwiczenia (np. skupienie się na oddechu przez kilka minut, liczenie wdechów, uważna obserwacja ciała) zamiast długich sesji siedzenia. Krótkie sesje redukują ryzyko odpływu uwagi i zniechęcenia. Impulsywność predysponuje do szybkiego reagowania bez namysłu, dlatego w uważności duży nacisk kładzie się na ćwiczenia „pauzy” i świadomego wstrzymania reakcji. Uczenie dziecka technik typu STOP (zatrzymaj się, pomyśl, oddychaj) pozwala przełamać automatyczne, impulsywne zachowania. W efekcie mindfulness rozwija samokontrolę: poprzez świadome odwodnienie uwagi od bodźców potrafimy wydłużyć moment reakcji.

Z kolei deficyty pamięci roboczej wymagają, by instrukcje do ćwiczeń były bardzo proste i powtarzane wiele razy. Zamiast złożonych komend („Na przemian dotykaj łokcia i kolana”), lepiej stosować pojedyncze polecenia i wizualne przypomnienia („Weź głęboki oddech. Teraz zwróć uwagę na oddech.”). Dzięki takiej modyfikacji dzieci z ADHD mogą uczestniczyć w praktykach uważności bez nadmiernego obciążenia poznawczego. Podsumowując, ADHD powoduje trudności w tych samych sferach (uwaga, impulsywność, samoregulacja), na których koncentruje się trening uważności. Odpowiednie dopasowanie





programu mindfulness – krótkie sesje, ćwiczenia pauzy, proste instrukcje – pozwala lepiej sprostać tym wyzwaniom i ułatwia dzieciom zaangażowanie w terapię.



## Rozdział 2. Kluczowe różnice indywidualne u dzieci i młodzieży

W literaturze psychologicznej podkreśla się, że rozwój dzieci i młodzieży przebiega według zróżnicowanych trajektorii, a kluczowe różnice indywidualne – takie jak cechy osobowości czy umiejętność regulacji emocji – w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie młodego człowieka. W przypadku dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi (ang. *neurodevelopmental disorders*, NDD) indywidualne profile cech mogą znacząco odbiegać od typowych, co przekłada się na specyficzne potrzeby i wyzwania rozwojowe tej grupy. Niniejszy rozdział stanowi przegląd literatury dotyczący dwóch głównych obszarów różnic indywidualnych: osobowości (ze szczególnym uwzględnieniem modelu Wielkiej Piątki) oraz regulacji emocji u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi.

### 2.1. Osobowość u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi

Osobowość definiuje się jako względnie stały wzorzec myślenia, odczuwania i zachowania danej jednostki, odróżniający ją od innych ludzi (McCrae i Costa, 2005). W odniesieniu do dzieci pojęcie osobowości bywa niekiedy używane zamiennie z terminem temperament, jednak współcześnie uważa się, że podstawowe cechy osobowości można rzetelnie oceniać już od późnego dzieciństwa i okresu dorastania (Shiner i DeYoung, 2013; Ciecuch i Toczyłowska-Niemiec, 2016). Klasyczne modele struktury osobowości dorosłych, takie jak pięcioczynnikowy model osobowości (tzw. Wielka Piątka), znajdują również zastosowanie w badaniach populacji dziecięcej i młodzieżowej (Barbaranelli i in., 2003; Ciecuch i Toczyłowska-Niemiec, 2016).

Model Wielkiej Piątki zakłada istnienie pięciu podstawowych wymiarów opisujących różnice indywidualne: ekstrawersji (poziom towarzyskości, energii i aktywności vs introwersja), ugodowości (skłonność do empatii, współpracy i altruizmu vs antagonizm), sumienności (skłonność do planowania, rzetelności i zorganizowania vs impulsywność i nieuporządkowanie), neurotyczności (wysoki poziom doświadczanego stresu, chwiejności emocjonalnej vs stabilność emocjonalna) oraz otwartości na doświadczenie (ciekawość poznawcza, kreatywność vs skonwencjonalizowanie). Narzędzia takie jak *Big Five Questionnaire for Children* (BFQ-C) autorstwa Barbaranellego i współpracowników umożliwiają kwestionariuszowy pomiar tych pięciu czynników u dzieci w wieku szkolnym (Barbaranelli i in., 2003). Polska adaptacja kwestionariusza BFQ-C potwierdziła, że struktura pięcioczynnikowa jest czytelna i trafna już u dzieci w wieku 7–15 lat, a pomiar cech w tym modelu cechuje się zadowalającą rzetelnością zarówno w samoopisach dzieci, jak i ocenach rodziców czy nauczycieli (Ciecuch i Toczyłowska-Niemiec, 2016). Oznacza to, że dzieci różnią się między sobą na tych samych podstawowych wymiarach, co dorośli – choć naturalnie ich osobowość jest dopiero w trakcie kształtowania i wykazuje większą plastyczność rozwojową (Caspi i in., 2005).



W kontekście zaburzeń neurorozwojowych, do których zalicza się m.in. ADHD i ASD, niepełnosprawność intelektualną czy specyficzne zaburzenia uczenia się, badacze coraz częściej przyglądają się temu, jak cechy osobowości tych dzieci mają się do typowych wzorców rozwojowych. Pojawia się pytanie, czy dzieci z NDD prezentują unikatowe profile cech, mogące wyjaśniać pewne aspekty ich funkcjonowania. Badania wskazują, że dzieci ze spektrum autyzmu istotnie różnią się od rówieśników neurotypowych na wielu wymiarach Wielkiej Piątki. Metaanaliza Lodi-Smith i współpracowników (2019) obejmująca 14 badań wykazała, że osoby z rozpoznaniem ASD osiągają znacząco niższe wyniki we wszystkich pięciu czynnikach osobowości w porównaniu z grupą neurotypową (Lodi-Smith i in., 2019). Największe różnice zaobserwowano w zakresie ekstrawersji – osoby autystyczne były przeciętnie dużo mniej ekstrawertywne (bardziej introwertywne) niż typowo rozwijające się (różnica wielkości efektu  $g$  Hedgesa  $\approx -1,42$ ), a także niżej oceniano ich sumienność ( $g \approx -0,88$ ; Lodi-Smith i in., 2019). Również cechy takie jak ugodowość i otwartość cechowały się istotnie niższym nasileniem u osób z ASD. Innymi słowy, dzieci i młodzież z autyzmem częściej bywają wycofane społecznie, preferują przewidywalność i powtarzalność zamiast otwartości na nowe bodźce, mogą prezentować mniejszą skłonność do współdziałania z innymi oraz mieć trudności z organizacją i kontrolą zachowania wynikające z niższej sumienności. Warto podkreślić, że wspomniane różnice w cechach osobowości korelują z nasileniem objawów autyzmu – przykładowo im wyższe nasilenie charakterystycznych trudności społecznych i sztywności zachowania, tym niższa zwykle ocena cechy takiej jak ekstrawersja czy sumienność (Lodi-Smith i in., 2019). Wyniki te sugerują, że pewne aspekty fenotypu autystycznego można rozumieć jako skrajne nasilenie (bądź osłabienie) cech obecnych w ogólnej populacji, co stanowi cenne spojrzenie integrujące perspektywę kliniczną z psychologią osobowości.

Również dzieci z ADHD wykazują charakterystyczne korelaty osobowościowe. Joel Nigg i współpracownicy (2002) przeprowadzili obszerne badania nad powiązaniem objawów ADHD z Wielką Piątką. Wykazano, że u osób z objawami ADHD pewne cechy przyjmują skrajne wartości: przede wszystkim, słaba koncentracja i dezorganizacja (czyli komponent deficytu uwagi) silnie wiążą się z niską sumiennością oraz podwyższoną impulsywnością emocjonalną odpowiadającą wyższej neurotyczności (Nigg i in., 2002). Innymi słowy, dzieci przejawiające objawy zaburzeń uwagi są zwykle mniej zdyscyplinowane, mają problemy z wytrwałością i regulacją swoich działań, a także częściej doświadczają negatywnych emocji jak frustracja czy lęk (Nigg i in., 2002). Z kolei komponenty nadmiernej aktywności i impulsywności, często idące w parze z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, korelują z niską ugodowością – dzieci nadpobudliwe bywają postrzegane jako mniej skłonne do współpracy, bardziej kłótliwe czy konfliktowe w porównaniu do spokojnych rówieśników (Nigg i in., 2002). Warto zaznaczyć, że cechy te nie są „przyczyną” ADHD per se, ale raczej stanowią psychologiczny profil charakteryzujący znaczną część dzieci z tym rozpoznaniem.



Badania longitudinalne sugerują ponadto, że pewne cechy temperamentu obserwowane we wczesnym dzieciństwie (np. wysoka impulsywność, niska zdolność do samokontroli) mogą predysponować do późniejszego ujawnienia się pełnoobjawowego ADHD, co wspiera koncepcję kontinuum między normalnymi wymiarami osobowości a psychopatologią rozwojową (Martel, 2009; Astensvald i in., 2022).

Co za tym idzie, osobowość dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi charakteryzuje się odmienną strukturą i nasileniem cech w porównaniu do grupy typowo rozwijającej się. Dzieci neurotypowe wykazują pełne zróżnicowanie w obrębie Wielkiej Piątki – jedne są bardziej przebojowe, inne nieśmiałe; jedne bardziej sumienne, inne spontaniczne itp. – natomiast w grupach klinicznych takich jak ASD czy ADHD pewne tendencje są wyraźnie częstsze. W ASD dominują profile introwertywne, mniej ugodowe i mniej otwarte, zaś w ADHD – profile odzwierciedlające m.in. deficyt sumienności i samokontroli oraz skłonność do konfliktowości. Warto jednak pamiętać, że pomimo tych uśrednionych różnic, każde dziecko pozostaje indywidualnością. Również wśród dzieci z zaburzeniami można spotkać pełne spektrum osobowości – np. dzieci autystyczne bywają zarówno bardzo nieśmiałe, jak i towarzyskie; część dzieci z ADHD może być wyjątkowo kreatywna i otwarta na nowe doświadczenia. Różnice indywidualne wewnątrz grup klinicznych są zatem ogromne i wymagają, by patrzeć na każde dziecko w sposób holistyczny. Niemniej jednak uwzględnienie typowych dla danej populacji cech (np. skłonności do impulsywności w ADHD) jest przydatne dla zrozumienia ich trudności i mocnych stron, a także przy planowaniu interwencji psychologicznych dostosowanych do profilu cech dziecka.

## **2.2. Regulacja emocji u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi**

Regulacja emocji (ang. *emotion regulation*) odnosi się do procesów, za pomocą których jednostka wpływa na to, jakie emocje odczuwa, kiedy je odczuwa oraz w jaki sposób je wyraża (Gross, 1998). Umiejętność odpowiedniego modulowania własnych stanów emocjonalnych – np. uspokajania się w złości, przewycięzania lęku, czy podtrzymywania pozytywnego nastroju – jest kluczowa dla prawidłowego funkcjonowania społecznego i dobrostanu psychicznego dziecka. Dzieci i młodzież z zaburzeniami neurorozwojowymi często przejawiają trudności w sferze regulacji emocjonalnej, które mogą mieć charakter zarówno reaktywności emocjonalnej (silniejsze, bardziej skrajne reakcje emocjonalne na bodźce), jak i kontroli emocji (mniejsze zdolności do uspokajania się, odraczania reakcji czy zmiany swojego stanu emocjonalnego w adaptacyjny sposób) – (Mazefsky i in., 2013; Astensvald i in., 2022). W literaturze coraz częściej wskazuje się, że zaburzenia regulacji emocji mają charakter transdiagnostyczny, to znaczy występują w różnych diagnozach klinicznych i przyczyniają się do rozwoju zarówno problemów internalizacyjnych (np. lęk, depresyjność), jak i eksternalizacyjnych (np. zachowania agresywne, wybuchy złości; Astensvald i in., 2022). W niniejszej części omówione zostaną charakterystyczne cechy regulacji emocji u dzieci z



wybranymi zaburzeniami neurorozwojowymi, ze szczególnym uwzględnieniem ADHD i ASD, jako że dla tych grup dysponujemy bogatą bazą badań.

Dzieci z ADHD od wczesnego wieku często przejawiają wzmożoną reaktywność emocjonalną i trudności z kontrolowaniem impulsów emocjonalnych. Choć kryteria diagnostyczne ADHD koncentrują się na uwadze oraz nadruchliwości, wiele badań podkreśla, że dysregulacja emocji jest dodatkowym, kluczowym wymiarem obrazu klinicznego ADHD (Shaw i in., 2014; Matte i in., 2015). Szacuje się, że nawet około 30–40% dzieci z ADHD ma poważne problemy z regulacją afektu – przejawiając skrajne wybuchy złości, płaczu, frustracji nieadekwatne do sytuacji (Astenvald i in., 2022). Takie trudności emocjonalne pogarszają przebieg zaburzenia: dzieci nadpobudliwe z towarzyszącą nadwrażliwością emocjonalną mają zwykle gorsze relacje rówieśnicze, słabsze wyniki w nauce i wyższe ryzyko współwystępowania innych zaburzeń (np. zaburzeń opozycyjno-buntowniczych czy lękowych) niż dzieci z ADHD, u których zdolność regulacji emocji jest relatywnie lepsza (Sobanski i in., 2010; Graziano i Garcia, 2016). Z perspektywy neurobiologicznej problemy z regulacją emocji w ADHD tłumaczy się m.in. opóźnieniem dojrzewania płatów czołowych mózgu i połączeń czołowo-limbicznych – struktury te odpowiadają za hamowanie impulsów i ocenę reakcji emocjonalnych (Shaw i in., 2014). W efekcie dzieci z ADHD mogą reagować gwałtowniej i mniej adekwatnie na stresory (np. natychmiastowa furia w obliczu drobnej frustracji) oraz mieć trudność z wyciszeniem się bez zewnętrznej pomocy. Co istotne, współwystępowanie ADHD z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi dodatkowo potęguje problemy z regulacją emocji – np. gdy dziecko z autyzmem ma także cechy ADHD, ryzyko nasilonych wybuchów złości czy zachowań agresywnych znacząco rośnie (Astenvald i in., 2022). W badaniu z wykorzystaniem metody bliźniąt Neufeld i in. (2022) potwierdzono, że ADHD jest najsilniej ze wszystkich diagnoz NDD powiązane z tzw. profilem deregulacji (ujętym jako triada problemów z uwagą, agresją i lękiem/depresyjnością w Kwestionariuszu Zachowania Dziecka), przy czym związek ten ma częściowo podłoże genetyczne. Coraz częściej postuluje się zatem, że chroniczna dysregulacja emocjonalna powinna być traktowana jako integralna część obrazu ADHD, a nie tylko „dodatek” czy czynnik współwystępujący (Astenvald i in., 2022). Ma to ważne implikacje dla terapii, bo wskazuje, że interwencje dla dzieci z ADHD powinny bezpośrednio adresować kompetencje emocjonalne.

Również dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD) wykazują wyraźne nieprawidłowości w zakresie regulacji emocji, choć mają one nieco odmienny charakter niż w ADHD. W autyzmie często obserwuje się paradoks: z jednej strony dzieci mogą wydawać się emocjonalnie odizolowane lub słabo wyrażające emocje (np. uboga mimika, trudno odczytać ich stany uczuciowe), z drugiej – doświadczają nasilonych reakcji na pewne bodźce i łatwo ulegają przeciążeniu emocjonalnemu (Mazefsky i in., 2013). Mazefsky i in. (2013) zaproponowali ramy teoretyczne, według których dysregulacja emocji w ASD jest wypadkową mechanizmów częściowo wspólnych z innymi zaburzeniami (np. podwyższona reaktywność



fizjologiczna, nietypowa aktywność ciała migdałowatego i kory przedczołowej), a częściowo specyficznych dla autyzmu (np. sztywność poznawcza, atypowy odbiór bodźców społecznych, ograniczone zachowania ukierunkowane na cel). Dzieci w spektrum miewają trudność ze zrozumieniem własnych emocji i komunikowaniem ich innym – wielu z nich towarzyszy aleksytymia (niezdolność do identyfikowania i nazywania przeżyć emocjonalnych), co utrudnia skuteczne korzystanie z typowych strategii regulacji. W sytuacjach przeciążenia (np. nadmiaru bodźców sensorycznych lub stresu społecznego) mogą pojawiać się gwałtowne epizody rozpadu kontroli – potocznie nazywane atakami złości lub „meltdownami” – w trakcie których dziecko krzyczy, płacze, może stać się agresywne bądź autoagresywne, a uspokojenie go bywa bardzo trudne. Z drugiej strony, w codziennych, przewidywalnych warunkach dzieci z ASD mogą wykazywać pozornie płaski afekt i niewielką ekspresję emocji, co nie oznacza braku przeżywania, lecz może wynikać z innej modulacji odpowiedzi emocjonalnych i słabszej ich spójności z kontekstem (Mazefsky i in., 2013). Badania wskazują np., że osoby z autyzmem rzadziej spontanicznie wykorzystują adaptacyjne strategie regulacji takie jak przewartościowanie poznawcze (reinterpretacja sytuacji celem zmiany swojej reakcji emocjonalnej), a częściej polegają na niekorzystnych strategiach tłumienia emocji (powstrzymywania ekspresji; Zaharia i in., 2021). Niższa skłonność do aktywnego radzenia sobie z emocjami sprawia, że poziom odczuwanego dystresu bywa u nich wyższy i bardziej długotrwały (Samson i in., 2015c; Cai i in., 2018). Co więcej, u dzieci z ASD obserwuje się mniejszą tzw. spójność emocjonalną – to znaczy słabszą korelację między subiektywnym przeżyciem, ekspresją a reakcją fizjologiczną. Przykładowo, dziecko autystyczne może subiektywnie odczuwać silny lęk, ale nie pokazywać tego wyrazem twarzy; lub przeciwnie – śmiać się w sytuacji, która obiektywnie nie jest wesoła (Costa i in., 2017; Mazefsky i in., 2013). Ta niespójność utrudnia opiekunom odczytywanie stanu dziecka i adekwatne reagowanie. Podsumowując, upośledzona regulacja emocji jest uznawana za immanentną cechę ASD, potencjalnie wyjaśniającą wiele towarzyszących problemów, jak napady złości, lękowość, zachowania autoagresywne czy trudności społeczne – nawet jeśli nie każdorazowo spełniają one kryteria odrębnej diagnozy (Mazefsky i in., 2013). W świetle badań postulujących, że słaba regulacja emocji może stanowić wspólny mianownik wielu przejawów nieprzystosowania w ASD, sugeruje się, by oceniać ten obszar rutynowo u dzieci ze spektrum oraz rozwijać interwencje celujące w poprawę kompetencji emocjonalnych (Mazefsky i in., 2013; Scarpa i Reyes, 2011).

### ***2.2.1. Rola psychoedukacji o emocjach u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi***

Psychoedukacja dotycząca emocji odgrywa kluczową rolę w pomocy dzieciom z zaburzeniami neurorozwojowymi w lepszym rozumieniu i regulowaniu ich świata uczuciowego. Termin ten obejmuje wszelkie działania edukacyjne skierowane do dziecka (oraz często jego rodziny), mające na celu poszerzenie wiedzy o emocjach, sposobach ich wyrażania



i metodach radzenia sobie z nimi. Szczególnie w pracy z dziećmi z ASD i ADHD psychoedukacja bywa pierwszym etapem interwencji, zanim przejdzie się do treningu konkretnych strategii czy technik, dziecko musi nauczyć się rozpoznawać emocje (u siebie i innych), nazywać je i zrozumieć, że wszystkie stany emocjonalne (nawet te trudne) są naturalne i podlegają pewnym prawidłowościom.

W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu psychoedukacja emocjonalna często obejmuje naukę podstaw takich jak: rozpoznawanie wyrazu twarzy i tonu głosu sygnalizujących określone emocje, kojarzenie odczuć fizjologicznych (np. „motyle w brzuchu”) z nazwami emocji, odróżnianie emocji o różnym natężeniu. Dzieci autystyczne nierzadko wymagają systematycznego treningu rozpoznawania emocji, gdyż spontanicznie mogą nie wyłapywać subtelnych wskazówek społecznych. Wykazano, że specjalne programy interwencyjne – np. animowane filmy edukacyjne prezentujące sytuacje społeczne i nazwy emocji – przynoszą poprawę w zakresie identyfikacji emocji przez dzieci z ASD (Golan i in., 2010; por. program *The Transporters* przedstawiający historyjki uczące rozpoznawania stanów emocjonalnych; Ka-Yan Chan i in., 2023). Psychoedukacja o emocjach jest także kluczowym elementem poznawczo-behawioralnych terapii dla wysoko funkcjonujących dzieci z ASD. Scarpa i Reyes (2011) opisali pilotażowy program CBT dla małych dzieci z autyzmem, gdzie uczono je w formie zabawowej rozpoznawać podstawowe emocje, stosować strategie uspokajania się (np. głębokie oddechy, kąciek wyciszenia) oraz alternatywne sposoby wyrażania złości. Mimo krótkiej interwencji, rodzice odnotowali poprawę w zakresie spokojniejszego reagowania dzieci na frustrację oraz rzadszych napadów złości (Scarpa i Reyes, 2011). Ogólnie rzecz biorąc, badania wskazują, że łączenie elementów psychoedukacji z treningiem umiejętności społeczno-emocjonalnych (np. odgrywanie scenek, ćwiczenie dialogu o uczuciach) skutkuje zmniejszeniem problematycznych zachowań u dzieci z ASD (Sofronoff i in., 2005; Wong i in., 2018). Co ważne, psychoedukacją powinno się objąć również rodziców i nauczycieli – by rozumieli oni szczególne potrzeby emocjonalne dziecka, potrafili rozpoznawać zwiastuny przeciążenia i stosowali spójne strategie wsparcia (np. wprowadzanie przewidywalnych rutyn, używanie wizualnych „termometrów nastroju”, przypominanie dziecku o nabytych technikach samouspokojenia). Dzięki temu dziecko zyskuje spójne otoczenie sprzyjające uczeniu się regulacji – dorośli modelują właściwe reakcje i wspierają w trudnych momentach zamiast jedynie karać za „złe zachowanie”.

W odniesieniu do dzieci z ADHD psychoedukacja emocjonalna koncentruje się na zwiększaniu samoświadomości emocjonalnej i uczeniu strategii zapobiegania impulsywnym wybuchom. Dzieci nadpobudliwe często działają pod wpływem silnych impulsów zanim zdążą się zastanowić nad uczuciami. Dlatego kluczowe jest, by nauczyły się rozpoznawać sygnały ostrzegawcze narastającej złości czy frustracji. Terapeuci wykorzystują tu proste narzędzia, np. „sygnalizator świetlny” emocji (gdzie kolor zielony oznacza spokój, żółty – zaczynam się złościć, czerwony – jestem w furii) lub skale obrazkowe przedstawiające



stopień zdenerwowania. Dziecko uczy się monitorować swój stan i zauważać moment, w którym warto przerwać daną czynność i zastosować strategię uspokojenia. Psychoedukacja obejmuje też naukę konkretnych technik regulacji dostosowanych do wieku – mogą to być oddechy relaksacyjne, krótka przerwa („time-out”) w bezpiecznym miejscu, aktywność fizyczna rozładowująca napięcie, liczenie do 10, czy użycie przygotowanych wcześniej kart z przypomnieniem strategii („np. Przerwij na chwilę, weź oddech, pomyśl”). Ważnym elementem jest ponadto praca nad empatią i rozumieniem perspektywy innych – dzieci z ADHD z powodu impulsywności czasem ignorują uczucia rówieśników, co prowadzi do konfliktów. Poprzez odgrywanie scenek i dyskusje, terapeuta pomaga im nazwać uczucia innych osób i przewidzieć konsekwencje swoich reakcji („Jeśli krzyknę na kolegę, on poczuje się zraniony i nie będzie chciał się bawić”). Badania nad interwencjami dla ADHD (np. programy SEL – społeczno-emocjonalnego uczenia się) wskazują, że gdy trening umiejętności emocjonalnych połączony jest ze wzmocnieniem pozytywnym w domu i szkole (pochwały za użycie strategii, żetony motywacyjne), dzieci stopniowo poprawiają kontrolę emocji oraz zachowań (Morris et al., 2019; Mikami et al., 2010). Innymi słowy, psychoedukacja o emocjach stanowi fundament, na którym dziecko buduje zdolności radzenia sobie – najpierw musi wiedzieć co czuje i dlaczego, by móc podjąć działania jak to zmienić.

Warto podkreślić, że skuteczność oddziaływań psychoedukacyjnych potwierdzają również badania naukowe. Przykładowo, Zaharia i in. (2021) opracowali krótki program treningu pozytywnej regulacji emocji dla młodzieży z ASD, zawierający moduły edukacyjne nt. emocji i strategii radzenia sobie. Wyniki pilotażu były obiecujące – po ukończeniu treningu uczestnicy częściej wykorzystywali adaptacyjne strategie regulacji (takie jak odwracanie uwagi od bodźca czy reinterpretacja sytuacji), a efekt utrzymywał się w ocenie po 2 miesiącach. Choć obszar ten wymaga dalszych badań, już obecnie zaleca się, by interwencje dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi zawsze zawierały komponent psychoedukacji emocjonalnej (Wehmeier i in., 2015). Takie podejście zwiększa samoświadomość dziecka, angażuje rodziców do świadomego wspierania rozwoju emocjonalnego i kładzie podwaliny pod bardziej zaawansowane formy terapii (np. trening umiejętności społecznych, terapia poznawczo-behawioralna nastawiona na konkretny problem). W efekcie dziecko nie tylko doświadcza redukcji bieżących trudności (mniej napadów złości, lęków czy konfliktów), ale również zyskuje narzędzia, z których będzie mogło korzystać w przyszłości, przechodząc przez kolejne etapy rozwojowe.

### **2.3. Zachowania adaptacyjne i funkcjonowanie w środowisku szkolnym dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi**

Zachowania adaptacyjne to codzienne umiejętności przystosowawcze, które pozwalają jednostce samodzielnie radzić sobie z wymaganiami otoczenia i spełniać społeczne oczekiwania odpowiednie dla wieku. Obejmują one praktyczne nawyki życia codziennego (np.





dbanie o higienę, ubieranie się, orientacja przestrzenna), kompetencje społeczne (nawiązywanie relacji, komunikacja, współpraca) oraz umiejętności konceptualne (porozumiewanie się językowe, rozumienie pieniędzy, pojęcie czasu itp.) – a więc wszystko to, co składa się na skuteczne funkcjonowanie w domu, szkole i społeczności (Schalock i in., 2010). Innymi słowy, adaptacyjne funkcjonowanie odpowiada na pytanie: jak dobrze dziecko potrafi wykorzystać swoje zdolności w praktyce, aby sprostać wyzwaniom dnia codziennego (Jin i in., 2025). Ocena tych umiejętności jest szczególnie istotna u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi – często bowiem ograniczenia wynikające z samego rozpoznania (np. deficyty poznawcze, społeczne czy komunikacyjne) przekładają się na opóźnienia w rozwijaniu samodzielności i zaradności życiowej.

Badania jednoznacznie pokazują, że dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mają znacząco obniżony poziom zachowań adaptacyjnych w porównaniu z rówieśnikami rozwijającymi się typowo (Jin i in., 2025). Co więcej, nawet wśród dzieci autystycznych o przeciętnej lub wysokiej inteligencji (tzw. wysoko funkcjonujących) często obserwuje się poważne deficyty w zakresie praktycznych umiejętności życiowych – na tyle duże, że powstaje duża luka pomiędzy potencjałem intelektualnym a faktycznym funkcjonowaniem (Kanne i in., 2011; Jin i in., 2025). Przykładowo, dziecko z ASD o ilorazie inteligencji w normie może mieć duże trudności z samodzielnym przygotowaniem sobie prostego posiłku, zorganizowaniem pracy domowej czy dostosowaniem się do planu dnia bez stałego nadzoru dorosłych. Jin i in. (2025) potwierdzili, że u dzieci ze spektrum autyzmu bez niepełnosprawności intelektualnej występuje znacząca dysproporcja: ich wyniki w skalach adaptacyjnych ABAS (Adaptive Behavior Assessment System) są znacznie niższe niż wskazywałyby na to ich IQ – różnica ta pojawia się już we wczesnym dzieciństwie i utrzymuje w okresie dorastania. Co istotne, im większe nasilenie objawów autyzmu (zwłaszcza w sferze społecznej i zachowań restrykcyjno-powtarzalnych), tym słabsze funkcjonowanie adaptacyjne, a dzieci z bardziej nasilonymi trudnościami społecznymi wykazują niższe umiejętności samodzielnego radzenia sobie, szczególnie w obszarze interakcji z innymi i radzenia sobie ze zmianami (Jin i in., 2025). Warto zaznaczyć, że deficyty w zachowaniach adaptacyjnych osób autystycznych niosą dalekosiężne konsekwencje: to one w dużej mierze decydują o poziomie samodzielności w dorosłości, możliwości podjęcia pracy, samodzielnego zamieszkania czy nawiązania trwałych relacji (Taylor i Seltzer, 2011). Dlatego współczesne podejście do terapii ASD kładzie nacisk nie tylko na redukcję objawów autyzmu *per se*, ale w równym stopniu na naukę konkretnych umiejętności adaptacyjnych; od podstawowych (np. trening samodzielnego ubierania się, korzystania z toalety u dzieci z autyzmem i opóźnieniem rozwoju) po zaawansowane (np. trening planowania czasu, korzystania z komunikacji publicznej dla nastolatków z zespołem Aspergera). Dowiedziono, że wczesne intensywne interwencje behawioralne (EIBI) są skuteczne w poprawie pewnych aspektów funkcjonowania adaptacyjnego u małych dzieci z autyzmem, zwłaszcza w zakresie samodzielności w



codziennych czynnościach i umiejętności społecznych (Jin i in., 2025). Oznacza to, że mózg młodego dziecka jest do pewnego stopnia plastyczny i przy odpowiednim wsparciu można zmniejszyć wielkość luki między poziomem rozwoju intelektualnego a praktycznym funkcjonowaniem.

W przypadku dzieci z ADHD profil adaptacyjny bywa zróżnicowany – wiele spośród nich funkcjonuje adaptacyjnie w granicach normy (zwłaszcza przy łagodnym nasileniu objawów i dobrym wsparciu środowiskowym), niemniej impulsywność i deficyty uwagi charakterystyczne dla ADHD mogą przekładać się na konkretne trudności adaptacyjne. Dzieci nadpobudliwe często mają kłopot z organizacją codziennych aktywności – zapominają o zadaniach domowych, gubią przybory szkolne, nie przestrzegają ustalonych rutyn (Barkley, 2015). W efekcie ich niezależność w wykonywaniu zadań bywa ograniczona: np. wiele dzieci z ADHD mimo prawidłowego IQ wymaga więcej nadzoru przy odrabianiu lekcji czy porannym szykowaniu się do szkoły niż ich neurotypowi rówieśnicy. Trudności w kontroli zachowania mogą również wpływać na bezpieczeństwo, kiedy dziecko impulsywne może nie przestrzegać zasad ruchu drogowego, podejmować ryzykowne działania bez zastanowienia, co rodzi potrzebę dodatkowej opieki ze strony dorosłych. Wreszcie, problemy z regulacją emocji w ADHD (omówione w poprzednim rozdziale) także rzutują na funkcjonowanie adaptacyjne, czyli częste wybuchy złości czy frustracji utrudniają dziecku współdziałanie w grupie rówieśniczej, podporządkowanie się regułom w klasie, czy spokojne załatwienie sprawunku. W badaniach porównawczych stwierdzono, że dzieci z ADHD mają niższe wyniki niż grupa kontrolna w ocenie adaptacyjnych umiejętności społecznych i odpowiedzialności (Independence), co wskazuje na potrzebę uczenia ich np. zasad odpowiedzialności za własne obowiązki, sposobów radzenia sobie z emocjami w grupie itp. (Dekker i Koot, 2003).

Co ciekawe, w przypadku współwystępowania ADHD z ASD następuje kumulacja deficytów adaptacyjnych, gdyż ADHD dodatkowo pogarsza i tak już słabe umiejętności przystosowawcze dzieci z autyzmem. Jin i in. (2025) odnotowali, że obecność silnych symptomów nadpobudliwości i impulsywności u dziecka autystycznego wiąże się z jeszcze niższym poziomem samodzielności w codziennym funkcjonowaniu (np. większe problemy z przestrzeganiem zasad, wykonywaniem poleceń, samokontrolą w domu i szkole). W świetle tych danych istotne jest, aby oceniając adaptacyjne funkcjonowanie dziecka z NDD uwzględniać pełen obraz jego diagnoz i planować trening umiejętności adaptacyjnych adekwatnie do wszystkich występujących trudności (np. inaczej będzie wyglądać nauka samodzielności u dziecka wyłącznie z ADHD, a inaczej u dziecka z autyzmem współwystępującym z ADHD).

Pomiar zachowań adaptacyjnych odbywa się zazwyczaj poprzez standaryzowane kwestionariusze wypełniane przez opiekunów lub nauczycieli. W niniejszej pracy zastosowane



zostanie narzędzie Adaptive Behavior Assessment System – Third Edition (ABAS-3), które służy do całościowej oceny umiejętności adaptacyjnych od niemowlęctwa aż po dorosłość (Harrison i Oakland, 2015). Kwestionariusz ABAS-3 pozwala ocenić trzy główne sfery: (1) Koncepcyjną – obejmującą m.in. komunikację, umiejętności akademickie, samodzielne radzenie sobie z zadaniami poznawczymi; (2) Społeczną – czyli interakcje z ludźmi, rozumienie norm społecznych, asertywność, nawiązywanie i podtrzymywanie relacji; (3) Praktyczną – dotyczącą samoobsługi, organizacji zajęć, odpowiedzialności za własne bezpieczeństwo, korzystania z pieniędzy, transportu itp. (Harrison i Oakland, 2015). Wyniki w tych sferach składają się na ogólny Wskaźnik Adaptacyjny (*General Adaptive Composite*), który informuje, czy poziom przystosowania danej osoby mieści się w zakresie oczekiwanym dla jej wieku rozwojowego. W kontekście zaburzeń neurorozwojowych, ABAS-3 jest narzędziem szczególnie przydatnym – pomaga zidentyfikować konkretne obszary deficytowe (np. dziecko może mieć relatywnie dobre umiejętności praktyczne, ale bardzo niskie społeczne, albo odwrotnie) i monitorować postępy w interwencji. Wyniki kwestionariusza często wykorzystuje się też przy podejmowaniu decyzji diagnostycznych (np. rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej wymaga stwierdzenia istotnie obniżonego funkcjonowania adaptacyjnego obok niskiego IQ).

Oprócz funkcjonowania w środowisku domowym i ogólnospołecznym, istotnym polem przystosowania dla dzieci jest środowisko szkolne. Funkcjonowanie ucznia w szkole bywa wyzwaniem zwłaszcza dla dzieci z NDD, które muszą sprostać zarówno wymaganiom akademickim (koncentracja na lekcji, wywiązywanie się z prac domowych), jak i społecznym (współpraca z nauczycielem, relacje z kolegami, przestrzeganie norm klasy). Trudności w tym zakresie określa się często mianem trudności w przystosowaniu szkolnym. W latach 70. Barbara Markowska opracowała narzędzie do diagnozy przystosowania dziecka do roli ucznia, czyli Arkusz Zachowania się Ucznia w Szkole (Markowska i Szafraniec, 1977), które jest wykorzystywane do dziś przez pedagogów i psychologów szkolnych. Arkusz Markowskiej umożliwia ocenę, w jakim stopniu dziecko radzi sobie z dwoma kluczowymi aspektami życia szkolnego: (a) osiągnięciami szkolnymi (motywacją do nauki, wywiązywaniem się z obowiązków ucznia, samodzielnością w pracy) oraz (b) funkcjonowaniem społecznym w klasie (nawiązywaniem bezkonfliktowych relacji z rówieśnikami i nauczycielami, przestrzeganiem norm). Na podstawie obserwacji i ocen nauczyciela arkusz pozwala także wyodrębnić typ ewentualnych zaburzeń przystosowania społecznego w klasie – czy dominują zachowania o charakterze antyspołecznym i impulsywnym, czy przeciwnie nadmiernie zahamowanym, lękowym. Tego rodzaju profil bywa bardzo pomocny w zrozumieniu, z jakimi problemami boryka się dziecko: czy np. przyczyną trudności szkolnych jest głównie niezdolność do podporządkowania się zasadom i agresywne reagowanie, co często dotyczy części dzieci z ADHD, czy raczej wycofanie,



nieśmiałość i lęk przed aktywnością, co bywa obserwowane u niektórych dzieci z ASD lub zaburzeniami lękowymi.

Należy podkreślić, że funkcjonowanie szkolne jest wypadkową wielu czynników: poziomu zdolności poznawczych, cech osobowości (np. sumienność sprzyja przykładaniu się do nauki, a ugodowość – lepszym relacjom z rówieśnikami), umiejętności regulacji emocji (zdolność opanowania frustracji wpływa na zachowanie na lekcji), a także wsparcia ze strony szkoły i rodziny. U dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi często potrzebne są specjalne dostosowania w szkole, by mogły one w pełni wykorzystać swój potencjał, np. dodatkowe przerwy dla dziecka z ADHD, zapewnienie cichego miejsca do nauki dla ucznia z autyzmem wrażliwego na hałas czy pomoc asystenta nauczyciela w organizacji pracy (Pfiffner i in., 2011; Ashburner i in., 2010). Zrozumienie indywidualnego profilu mocnych i słabych stron dziecka (w tym jego cech osobowości, stylu emocjonalnego i poziomu adaptacji) jest kluczowe dla opracowania skutecznego planu takiego wsparcia. Na przykład, dziecko z ADHD o niskiej sumienności i słabych umiejętnościach adaptacyjnych będzie potrzebowało intensywniejszego treningu samokontroli i technik organizacji czasu, podczas gdy dziecko z ASD o wysokiej sumienności, ale niskich umiejętnościach społecznych, raczej interwencji nakierowanej na kompetencje społeczne i redukcję lęku. Indywidualne różnice determinują więc zarówno obraz kliniczny, jak i skuteczne podejście terapeutyczne czy pedagogiczne.

Reasumując, rozdział drugi przedstawił kluczowe różnice indywidualne dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi w obszarze osobowości oraz regulacji emocji, a ponadto omówił ich przystosowanie adaptacyjne i funkcjonowanie szkolne. Wykorzystanie rzetelnej literatury naukowej pozwoliło nakreślić kompleksowy obraz: od względnie trwałych cech temperamentalno-osobowościowych, poprzez dynamiczne procesy regulacji emocjonalnej, po obserwowalne zachowania adaptacyjne w życiu codziennym i szkolnym.

## **2.4. Różnice płciowe u dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi**

### ***2.4.1. Różnice temperamentalne i samoregulacja między chłopcami a dziewczętami***

Badania wskazują na istotne różnice temperamentalne między chłopcami a dziewczętami już od wczesnego dzieciństwa. Meta-analiza obejmująca szeroki zakres wymiarów temperamentu wykazała, że dziewczynki osiągają wyższy poziom samoregulacji, zwłaszcza kontroli uwagi i hamowania impulsów. podczas gdy chłopcy wykazują większą pobudliwość i aktywność ruchową (Else-Quest i in., 2006). Innymi słowy, wysiłkowa kontrola (ang. *effortful control*) jest znacznie lepiej rozwinięta u dziewcząt, co przejawia się m.in. lepszą zdolnością do planowania i powstrzymywania reakcji, natomiast chłopcy górują pod względem sylwetki temperamentalnej określanej jako “surgency” (obejmującej cechy takie jak aktywność, poszukiwanie silnych wrażeń; Else-Quest, 2006). Różnice te są spójne z epidemiologicznymi obserwacjami. Chłopcy częściej przejawiają zachowania



eksternalizacyjne (np. nadruchliwość), a dziewczęta rzadziej, co odpowiada ich lepszym umiejętnościom regulacji emocji i zachowania (Gagne, Miller i Goldsmith, 2013). Ponadto przeglądy literatury rozwojowej sugerują, że dziewczynki są bardziej uważne, mniej impulsywne i ogólnie lepiej się regulują od niemowlęctwa po okres dorastania, podczas gdy chłopcy charakteryzują się wyższym poziomem aktywności fizycznej i niższą reaktywnością lękową (Gagne, Miller i Goldsmith, 2013). Te wczesne różnice temperamentalne mogą leżeć u podłoża odmiennej podatności na problemy behawioralne – większa impulsywność i niższa samokontrola u chłopców wiąże się z wyższym odsetkiem zaburzeń eksternalizacyjnych w tej grupie (np. ADHD, zaburzenia zachowania), podczas gdy lepsza samoregulacja u dziewcząt potencjalnie chroni je przed częścią tych trudności (Else-Quest i in., 2006; Zahn-Waxler i in., 2008).

#### **2.4.2. Różnice w ekspresji emocji: internalizacja vs. eksternalizacja**

Odmienny profil regulacji emocji u dziewcząt i chłopców sprawia, że sposób wyrażania emocji i przeżywanych trudności psychicznych różni się w zależności od płci. Chłopcy częściej reagują na stresory i przeciwności zachowaniami eksternalizacyjnymi – wybuchami złości, agresją, zachowaniami buntowniczymi – podczas gdy dziewczęta mają większą skłonność do reakcji internalizacyjnych, czyli kierowania emocji do wewnątrz (np. wycofanie społeczne, smutek, lęk; Zahn-Waxler i in., 2008). Już w dzieciństwie obserwuje się, że chłopcy wykazują wyższy poziom zachowań impulsywnych i agresywnych, natomiast dziewczynki prezentują relatywnie więcej zachowań spokojnych i ugodowych. Wraz z wejściem w okres dorastania różnice te stają się jeszcze bardziej widoczne: u młodzieży żeńskiej znacznie częściej rozwijają się problemy o charakterze internalizacyjnym, takie jak zaburzenia lękowe czy depresja, podczas gdy u młodzieży męskiej dominują problemy eksternalizacyjne, jak zachowania antyspołeczne, agresja, nadużywanie substancji (Else-Quest i in., 2006). Jak podsumowuje Zahn-Waxler (2008) i współpracownicy, zaburzenia wczesnodziecięce (np. problemy z zachowaniem, autyzm) cechują się przewagą występowania u chłopców, natomiast zaburzenia pojawiające się częściej w okresie dojrzewania (np. depresja, lęki) mają przewagę u dziewcząt. Dziewczęta są też zazwyczaj bardziej skłonne do okazywania emocji w sposób zgodny z normami społecznymi – częściej przejawiają smutek lub płacz zamiast złości, podczas gdy chłopcy mogą częściej maskować smutek pod postacią złości czy agresji. W efekcie tych różnic, w populacji klinicznej dziewczęta częściej diagnozowane są z zaburzeniami emocjonalnymi (jak zaburzenia nastroju i lękowe), a chłopcy z zaburzeniami zachowania i impulsywności (Zahn-Waxler i in., 2008). Ważne jest jednak podkreślenie, że oba style ekspresji emocji mogą wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla dalszego rozwoju, choć ich charakter bywa odmienny (np. agresja może prowadzić do konfliktów z prawem, a internalizacja do depresji czy zaburzeń somatycznych).

#### **2.4.3. Różnice w funkcjonowaniu szkolnym i społecznym**



Funkcjonowanie szkolne dziewcząt i chłopców również przebiega według nieco odmiennych wzorców. Statystycznie rzecz biorąc, dziewczęta osiągają średnio lepsze wyniki akademickie w szkole. Wykazano, że dziewczynki uzyskują wyższe oceny od chłopców w przedmiotach humanistycznych, a także (wbrew stereotypom) nieco lepsze wyniki w naukach ścisłych, co potwierdziła meta-analiza obejmująca wiele badań szkolnych (Tsaousis i Alghamdi, 2022). Przewaga dziewcząt w ocenach szkolnych jest niewielka, ale konsekwentna i obserwowana na różnych etapach edukacji (Voyer i Voyer, 2014). Dziewczęta częściej przejawiają także wyższy poziom motywacji szkolnej i zdyscyplinowania – są bardziej skłonne odrabiać prace domowe i przestrzegać reguł, co przekłada się na ich osiągnięcia (Bugler i in., 2015; Ghazvini i Khajehpour, 2011). Chłopcy natomiast relatywnie częściej doświadczają trudności edukacyjnych związanych z zachowaniem i koncentracją – notuje się u nich wyższy odsetek problemów z dyscypliną na lekcjach oraz specyficznych trudności szkolnych (np. dysleksji, zaburzeń uwagi). W konsekwencji statystyki edukacyjne wielu krajów pokazują, że chłopcy częściej powtarzają klasy i rzadziej kończą szkołę średnią, podczas gdy dziewczęta przodują w średnich ocenach i frekwencji szkolnej (Ucla Anderson Review, 2019).

Różnice płciowe zaznaczają się również w funkcjonowaniu społecznym dzieci i młodzieży. Dziewczęta od najmłodszych lat wykazują nieco inne preferencje i style nawiązywania relacji niż chłopcy. Badania nad relacjami rówieśniczymi pokazują, że dziewczynki częściej tworzą małe, intymne grupy lub pary przyjaciółek, z silnym naciskiem na rozmowę, wymianę osobistych przeżyć i wzajemne wsparcie emocjonalne. Dla kontrastu chłopcy chętniej bawią się w większych grupach o luźniejszej strukturze, często koncentrując się na aktywności fizycznej (np. sportach, wspólnych grach) i rywalizacji (Rose i Rudolph, 2006). Na placu zabaw chłopców częściej zobaczymy w konkurencyjnych grach zespołowych, podczas gdy dziewczynki częściej angażują się w zabawy wymagające współpracy lub rozmowy. Rose i Rudolph (2006) zauważają, że te odmienne style funkcjonowania wśród rówieśników niosą za sobą pewne „handlowe wymiany”: intensywne relacje diadyczne u dziewcząt sprzyjają wprawdzie rozwijaniu empatii i umiejętności komunikacyjnych, ale mogą też prowadzić do większej podatności na zranienie w przypadku konfliktów interpersonalnych; z kolei grupowe aktywności chłopców rozwijają umiejętności społeczne w szerszej grupie i odporność na rywalizację, ale czasem kosztem głębi pojedynczych przyjaźni (Rose i Rudolph, 2006).

W literaturze podkreśla się również przewagę dziewcząt w kompetencjach społeczno-emocjonalnych, takich jak wrażliwość na stany emocjonalne innych ludzi czy skłonność do zachowań prospołecznych. Dziewczynki częściej wykazują empatię, troskę i pomoc innym, podczas gdy chłopcy relatywnie częściej ujawniają zachowania dominacyjne czy rywalizacyjne (choć oczywiście i jedno, i drugie mogą przejawiać zarówno empatię, jak i agresję, różnica tkwi w przeciętnym nasileniu tych cech). Na przykład, w badaniach nad



reakcjami emocjonalnymi stwierdzono, że dziewczęta częściej się uśmiechają, są bardziej wrażliwe społecznie i skłonne do pomagania innym, podczas gdy u chłopców częściej obserwuje się ekspresję złości (Zahn-Waxler i in., 2008). Ogółem, dziewczęta odznaczają się lepszymi umiejętnościami społecznymi w zakresie odczytywania sygnałów niewerbalnych i podtrzymywania bliskich relacji, natomiast chłopcy lepiej funkcjonują w większych grupach rówieśniczych i sytuacjach wymagających ustalania hierarchii (Rose i Rudolph, 2006). Te różnice w funkcjonowaniu społecznym mają znaczenie o tyle, że mogą wpływać na sposób, w jaki dzieci radzą sobie w klasie szkolnej czy na podwórku. Np. dziewczynki rzadziej angażują się w bójkę i konflikty, częściej natomiast mogą doświadczać stresu relacyjnego (np. wykluczenia z grupy przyjaciół), który bywa mniej widoczny dla dorosłych.

#### **2.4.4. Odmienny przebieg i ekspresja objawów ADHD u dziewcząt**

ADHD od dawna kojarzony jest głównie z chłopcami, jednak coraz więcej badań zwraca uwagę na odmienny obraz kliniczny tego zaburzenia u dziewcząt. Dziewczynki z ADHD nierzadko prezentują inny profil objawów niż chłopcy. W szczególności relatywnie rzadziej przejawiają skrajną nadruchliwość i impulsywność, a częściej dominują u nich subtelniejsze objawy nieuwagi (trudności w skupieniu uwagi, dezorganizacja, „bujanie w obłokach”; Tsaousuris i Alghamdi, 2022). W praktyce klinicznej oznacza to, że większy odsetek dziewcząt spełnia kryteria podtypu z przewagą zaburzeń uwagi, podczas gdy u chłopców częściej rozpoznaje się podtyp nadruchliwy lub mieszany (Biederman i in., 2002; Hinshaw i in., 2006). Na przykład w jednym z klasycznych badań porównawczych stwierdzono, że dziewczęta z ADHD istotnie częściej niż chłopcy należały do podtypu nieważnego, rzadziej zaś przejawiały pełnobjawową nadruchliwość czy impulsywność (Biederman i in., 2002). Co więcej, dziewczęta z ADHD wydają się rzadziej mieć problemy z zachowaniem w stopniu obserwowanym u chłopców – przejawiają mniej agresji i buntowniczności – przez co ich zaburzenie bywa mniej oczywiste w środowisku szkolnym.

Poza samymi objawami rdzeniowymi ADHD, u dziewcząt często występuje inny profil współwystępujących trudności. Chłopcy z ADHD są bardziej narażeni na równoległe diagnozy zaburzeń eksternalizacyjnych, takich jak zaburzenia zachowania czy opozycyjno-buntownicze, czemu towarzyszą zachowania agresywne, problemy z przestrzeganiem zasad i konflikty z otoczeniem (quinn i Madhoo, 2014). Natomiast u dziewcząt z ADHD częściej obserwuje się dodatkowe problemy o charakterze internalizacyjnym, np. nasilony lęk, nieśmiałość, skłonność do zamartwiania się czy objawy depresyjne. Badania longitudinalne potwierdzają, że nastolatki z rozpoznaniem ADHD są bardziej zagrożone rozwojem wtórnych zaburzeń nastroju – w jednym z długoletnich projektów śledzących grupę dziewcząt z ADHD stwierdzono, że w późnym okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości u znacznej części z nich pojawiły się epizody depresji lub zaburzeń lękowych (Hinshaw i in., 2012). Pod względem funkcjonowania poznawczego i szkolnego dziewczęta z ADHD często radzą sobie nieco lepiej



od chłopców (np. mają statystycznie wyższe IQ i rzadziej stwierdzone specyficzne trudności w nauce), co paradoksalnie może opóźniać ich rozpoznanie – nauczyciele mogą postrzegać je jako „przeciętne” uczennice, podczas gdy problem tkwi w chronicznym wysiłku wkładanym przez te dziewczęta, by nadrobić braki uwagą i pracą własną (Biederman i in., 2002).

Powyższe różnice sprawiają, że obraz ADHD u dziewcząt bywa mniej typowy i łatwiejszy do przeoczenia. Dziewczynka z ADHD częściej niż chłopiec jest określana przez otoczenie po prostu jako „zapominalska”, „nieśmiała” albo „marzycielka”, podczas gdy chłopiec z ADHD, przez wzgląd na swoją nadruchliwość i impulsywność, prędzej zostanie dostrzeżony jako sprawiający kłopoty w klasie (Biederman i in., 2004; Quinn i Madhoo, 2014). Ważnym aspektem jest również różnica w doświadczeniu społecznym: chłopiec nadpobudliwy częściej wywoła otwarty konflikt lub zostanie upomniany przez nauczyciela, natomiast dziewczynka z deficytami uwagi może w milczeniu odpływać myślami, siedząc z pozoru grzecznie w ławce – jej trudności nie zakłócają pracy klasy, więc mogą zostać niezauważone.

Podobnie jak w ADHD, również w spektrum autyzmu zidentyfikowano istnienie odmiennego fenotypu kobiecego, który sprawia, że dziewczęta i kobiety ze spektrum mogą pozostawać niewykryte lub diagnozowane znacznie później niż mężczyźni. Jednym z kluczowych elementów tego fenotypu jest zjawisko tzw. kamuflażu (ang. *camouflaging*), czyli świadomego lub nieświadomego maskowania i kompensowania trudności społecznych po to, by wtopić się w otoczenie (Hull, Petrides i Mandy, 2020). Dziewczęta w spektrum od najmłodszych lat obserwują i naśladują zachowania społeczne rówieśniczek, ucząc się „reguł” kontaktów towarzyskich z zewnętrznych wzorców (np. z telewizji, książek) – dzięki temu potrafią pozornie sprawiać wrażenie dobrze uspołecznionych, choć w rzeczywistości wiele z tych zachowań jest wyuczonym teatrem (Hull i in., 2020). Przykładowo, dziewczynka ze spektrum może inicjować rozmowy hasłami skopiowanymi z podsłuchanych dialogów, naśladować mimikę i gesty innych dzieci lub ukrywać swoją dezorientację w sytuacjach społecznych poprzez bierne trzymanie się grupy. Takie strategie kamuflujące mogą dawać złudzenie, że dziewczynka nie przejawia typowych cech autyzmu (np. wydaje się towarzyską, ma koleżanki), podczas gdy w istocie kosztuje ją to ogromny wysiłek i stres.

Coraz więcej badań jakościowych potwierdza obecność świadomego „udawania normalności” u autystycznych kobiet. Bargiela i wsp. (2016) przeprowadzili wywiady z kobietami z ASD zdiagnozowanymi dopiero w dorosłości – niemal wszystkie opisywały, jak przez lata maskowały swoje prawdziwe ja, starając się sprostać oczekiwaniom społecznym i uniknąć stygmatyzacji (Hull i in., 2020). Kobiety te mówiły o odgrywaniu ról towarzyskich, tłumieniu własnych potrzeb sensorycznych czy „przyklejaniu uśmiechu”, by nie zdradzić swojej dezorientacji w kontaktach interpersonalnych. Takie zachowania kamuflujące są centralnym elementem kobiecego fenotypu autyzmu. Zakłada się, że wiele dziewcząt ze





spektrum posiada wyższe zdolności kompensacyjne w sferze społecznej (np. lepszą na tle chłopców autystycznych umiejętność naśladowania i uczenia się reguł społecznych), co sprawia, że nie pasują one do klasycznego, męskiego wzorca autyzmu (Hull i in., 2020). W efekcie, obecne kryteria diagnostyczne ASD – historycznie oparte głównie na badaniach chłopców – nie zawsze wychwytyją dziewczynki, których objawy mogą mieć inny przebieg (np. zainteresowania bardziej „typowe” dla płci, lepszy kontakt wzrokowy dzięki wyuczeniu).

Kamuflaż społeczny niesie ze sobą dwojakie skutki. Z jednej strony pozwala dziewczętom autystycznym funkcjonować na pozór sprawniej – nawiązać znajomości, przetrwać w szkole bez bycia napiętnowaną – ale z drugiej strony odracza diagnozę i pomoc, a także jest potężnym obciążeniem psychicznym. Osoby ukrywające swoje objawy opisują, że ciągle monitorowanie własnych zachowań, analizowanie każdego gestu i próba ich kontrolowania by wypaść „normalnie”, powodują ekstremalne wyczerpanie i lęk (Autism Research Institute, 2022). W pewnym sensie, kamuflując się, dziewczęta te nie mogą nigdy w pełni się zrelaksować w towarzystwie – stale czują presję odgrywania roli. Co więcej, otoczenie nie widząc oczywistych trudności społecznych, nie dostrzega ich potrzeb – nauczyciele i rodzice mogą nie zdawać sobie sprawy z wysiłku, jaki dana dziewczynka wkłada w dopasowanie się, i oczekiwać od niej zachowań na równi z neurotypowymi rówieśnikami. Maskowanie objawów ASD przez dziewczęta prowadzi więc często do sytuacji, że trafiają one do specjalistów dopiero dużo później, nieraz po latach błędnych diagnoz (np. zaburzeń osobowości) lub w obliczu kryzysu. Statystyki wskazują, że przeciętnie dziewczęta otrzymują diagnozę autyzmu później niż chłopcy, nawet o kilka lat, a wiele z nich nie otrzymuje jej wcale w dzieciństwie (Bargiela i in., 2016). W populacyjnych badaniach przesiewowych rzeczywisty stosunek chłopców do dziewcząt w spektrum okazuje się niższy (około 3:1) niż wynika to z rejestrów klinicznych (gdzie często przekracza 4:1), co oznacza, że pewna część dziewcząt pozostaje nierozpoznana. Ta ukryta populacja autystycznych dziewcząt często uczy się funkcjonować kosztem siebie.

#### **2.4.5. Późne rozpoznanie ASD u dziewcząt i wtórne problemy psychiczne**

Opóźnienia w diagnozie autyzmu u dziewcząt, wynikające w dużej mierze z ich zdolności do kamuflażu oraz nietypowej prezentacji objawów, pociągają za sobą liczne konsekwencje. Przede wszystkim, podobnie jak w przypadku ADHD, dziewczęta ze spektrum latami pozostają bez właściwego wsparcia, nie rozumiejąc, skąd biorą się ich trudności w relacjach społecznych czy nietypowe odczuwanie świata. Często są one przez otoczenie (a nawet specjalistów) mylnie diagnozowane – zamiast autyzmu rozpoznaje im się np. zaburzenia lękowe, depresję, a bardzo często (w przypadku bardziej wybuchowych emocjonalnie nastolatek) osobowość borderline lęk (Autism Research Institute, 2022). Istotnie, kryteria diagnostyczne autyzmu nie uwzględniają pewnych subtelnych przejawów typowych dla kobiet, co prowadzi do sytuacji, że wiele autystycznych dziewcząt otrzymuje diagnozę ASD



dopiero jako ostatnią z serii rozpoznań psychiatrycznych (Belcher, 2021) – najpierw leczy się je np. na zaburzenia odżywiania, ChAD czy właśnie zaburzenia osobowości, nie dostrzegając ukrytego pod spodem spektrum autyzmu. Taki błędny szlak diagnostyczny sprawia, że interwencje często są nietrafione, a prawdziwe problemy pozostają nierozwiązane.

Cena, jaką płacą nastoletnie dziewczęta i kobiety za brak właściwej diagnozy autyzmu, jest bardzo wysoka. Wieloletnie maskowanie i życie z poczuciem bycia „niezrozumianą” prowadzi do chronicznego stresu, który w końcu może manifestować się poważnymi problemami psychicznymi. Badania oraz relacje samych kobiet ze spektrum wskazują na znacznie podwyższone wskaźniki zaburzeń nastroju i lękowych w tej grupie. Szacuje się, że nawet około 80% kobiet autystycznych spełnia w ciągu życia kryteria przynajmniej jednej diagnozy psychiatrycznej (innej niż ASD), najczęściej depresji lub lęku uogólnionego (Rippon, 2025). Maskowanie objawów pozytywnie koreluje z występowaniem depresji i lęku. Im większy wysiłek wkładany w kamuflaż, tym wyższy poziom objawów tych zaburzeń, ponieważ udawanie kogoś innego na co dzień i odczuwanie, że prawdziwe „ja” jest nieakceptowane, podkopuje samoocenę i generuje poczucie osamotnienia. Co alarmujące, pojawiają się również dane o zwiększonym ryzyku zachowań samobójczych wśród autystycznych dziewcząt i kobiet pozbawionych diagnozy. Tendencje samobójcze u osób ze spektrum są generalnie wyższe niż w populacji ogólnej, jednak u kobiet z późno rozpoznany autyzmem wskaźniki te są szczególnie wysokie (według niektórych badań aż 1 na 5 autystycznych kobiet młodych dorosłych miała za sobą próbę samobójczą; Rippon, 2025). Analizy wykazały, że intensywne kamuflowanie jest istotnym predyktorem myśli samobójczych. Osoby silnie maskujące swoje objawy autyzmu częściej doświadczają poczucia beznadziejności i myśli o odebraniu sobie życia. Mechanizm ten tłumaczy m.in. teoria interpersonalna, czyli ciągłe poczucie „niewchodzenia” w grupę i konieczność ukrywania się prowadzą do skrajnego osamotnienia (*thwarted belongingness*) i obniżenia poczucia własnej wartości, co sprzyja pojawieniu się myśli samobójczych (Cassidy i in., 2020).

Oprócz zaburzeń nastroju i lękowych, u nierozpoznanych dziewcząt ze spektrum często rozwijają się też inne wtórne problemy. Wspomniane błędne diagnozy zaburzeń odżywiania nie biorą się znikąd – w populacji dziewcząt z ASD stosunkowo częste są zaburzenia odżywiania, zwłaszcza anoreksja, które niektórzy badacze interpretują wręcz jako żeński przejaw autystycznej potrzeby kontroli i sztywności (Mandy i Tchanturia, 2015). Innym ryzykiem jest wpadnięcie w niewłaściwe środowiska – autystyczne nastolatki, desperacko pragnąc zaakceptowania, bywają wykorzystywane przez rówieśników lub dużo starszych od siebie „pseudo-przyjaciół”, co prowadzi do traum (Bargiela i in., 2016). W badaniu Bargieli i wsp. (2016) niemal połowa uczestniczek doświadczyła w młodości nadużyć seksualnych, a wskazuje się, że ich naiwność społeczna połączona z brakiem wsparcia



czyni je łatwym celem dla sprawców. Wszystko to uwydatnia, jak ważne jest wczesne rozpoznawanie autyzmu u dziewcząt.

#### **2.4.6. Znaczenie różnic płciowych dla diagnozy, terapii i interpretacji wyników**

Zrozumienie opisanych wyżej różnic płciowych ma kluczowe znaczenie na wielu poziomach, od praktyki klinicznej po projektowanie badań naukowych i programów terapeutycznych. W diagnostyce zaburzeń neurorozwojowych specjaliści muszą uwzględniać, że objawy mogą manifestować się odmiennie u dziewcząt i chłopców. Kryteria diagnostyczne i narzędzia przesiewowe, opracowane głównie na podstawie populacji męskich, powinny być stosowane elastycznie, z świadomością potencjalnych stronniczości. Przykładowo, istnieją dowody, że standardowe narzędzia do diagnozy autyzmu (np. ADOS-2) wykazują niższą czułość u dziewcząt, wymuszając u nich wyższy poziom nasilenia objawów do osiągnięcia progu diagnozy (Bargiela i in., 2016). Konieczne jest więc przeszkolenie klinicystów, by potrafili rozpoznawać mniej oczywiste przejawy ADHD czy ASD u dziewcząt, uwzględniając informacje o chronicznym wysiłku wkładanym w naukę (przy ADHD) czy o nietypowych trudnościach społecznych maskowanych dobrą powierzchowną prezentacją (przy ASD). Podobnie w planowaniu terapii należy brać pod uwagę płeć pacjenta. Dziewczęta z ADHD mogą potrzebować szczególnego wsparcia w zakresie organizacji nauki i radzenia sobie z obniżonym poczuciem własnej wartości, natomiast interwencje dla chłopców częściej koncentrują się na redukcji zachowań nadpobudliwych i agresywnych. W przypadku autyzmu dziewczętom warto oferować terapie uwzględniające ich inne doświadczenia społeczne – np. pracę nad rozumieniem zawoalowanych form relacji rówieśniczych czy asertywnością chroniącą przed wykorzystaniem, a także pomoc w stopniowym redukowaniu nadmiernego kamuflażu i akceptacji siebie (Hull i in., 2020; Bargiela i in., 2016).

Podsumowując, płeć jest krytycznym czynnikiem modyfikującym przebieg zaburzeń neurorozwojowych. Ignorowanie jej prowadziło w przeszłości do zaniedbania potrzeb połowy populacji (dziewcząt), których problemy były mniej widoczne. Dziś wiemy już, że aby skutecznie pomagać wszystkim dzieciom i młodzieży z ADHD, ASD i innymi zaburzeniami, musimy stosować podejście wrażliwe na płeć. Oznacza to zindywidualizowane spojrzenie na pacjenta, wolne od stereotypów, a oparte na rzetelnej wiedzy o tym, jak dana choroba może inaczej manifestować się u dziewcząt i u chłopców. Takie podejście zwiększa szanse na wczesną diagnozę, właściwe ukierunkowanie terapii oraz poprawę jakości życia zarówno dziewcząt, jak i chłopców z zaburzeniami rozwojowymi.

### **Rozdział 3. Uwaga**

Uwaga (*mindfulness*) to stan świadomej, nieosądzającej obecności w bieżącej chwili – skierowania uwagi na doświadczenia tu i teraz, z akceptacją i ciekawością (Kabat-Zinn, 2003;



Bishop i in., 2004). W kontekście psychologii i medycyny uważność jest traktowana zarówno jako umiejętność (zdolność trenowana poprzez praktyki medytacyjne), jak i jako proces terapeutyczny. Szczególnie duże znaczenie w popularyzacji i zbadaniu uważności miało powstanie programu redukcji stresu opartego na uważności – *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) – opracowanego przez Jona Kabata-Zinna w 1979 roku na Uniwersytecie Massachusetts. Niniejszy rozdział przedstawi koncepcję uważności oraz terapii MBSR, jej podstawy teoretyczne i mechanizmy działania, a także zastosowania – najpierw u dorosłych, następnie u dzieci i młodzieży, w tym z zaburzeniami neurorozwojowymi.

### 3.1 Terapia MBSR

#### 3.1.1. Historia i podstawy MBSR

Program MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) został stworzony przez biologa molekularnego i praktyka medytacji Jona Kabata-Zinna pod koniec lat 70. XX wieku. Pierwsze zajęcia odbyły się w 1979 r. w klinice redukcji stresu przy Uniwersytecie Massachusetts, a celem programu była początkowo pomoc pacjentom z przewlekłym bólem i stresem, którzy nie odpowiadali na tradycyjne leczenie (Kabat-Zinn, 2003). MBSR jest ustrukturyzowanym treningiem grupowym trwającym 8 tygodni, w trakcie którego uczestnicy spotykają się na cotygodniowych sesjach (ok. 2–2,5 godziny każda) oraz praktykują samodzielnie codzienne ćwiczenia uważności. Kluczowymi elementami programu są różne formy medytacji uważności (skanowanie ciała, medytacja siedząca skupiona na oddechu, uważna joga i inne formy łagodnego ruchu), a także dyskusje grupowe o doświadczeniach z praktyki (Kabat-Zinn, 2003; Grossman i in., 2004). Program ma charakter świecki i opiera się na założeniu, że systematyczne rozwijanie uważnej obecności pozwala uczestnikom lepiej radzić sobie z bólem, stresem i innymi dolegliwościami poprzez zmianę sposobu reagowania na własne myśli i odczucia.

Od czasu powstania MBSR, program ten znalazł szerokie zastosowanie kliniczne i przeszedł liczne modyfikacje oraz rozszerzenia. Kabat-Zinn wraz ze współpracownikami założył Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, przyczyniając się do upowszechnienia treningów uważności w szpitalach, klinikach i ośrodkach zdrowia. Kontynuacje i adaptacje MBSR obejmują m.in. interwencje pokrewne określane zbiorczo jako programy oparte na uważności (*mindfulness-based programs*, MBP) lub interwencje oparte na uważności (*mindfulness-based interventions*, MBI). Do najważniejszych należą: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) – terapia poznawcza oparta na uważności zaprojektowana pierwotnie do profilaktyki nawrotów depresji (Segal, Williams i Teasdale, 2002), *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) dla osób uzależnionych, czy *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP) i inne programy ukierunkowane na specyficzne populacje. Wszystkie one wywodzą się z podstaw MBSR i kładą nacisk na trening świadomości chwili bieżącej. Podstawą filozoficzną programu MBSR były praktyki buddyjskiej medytacji uważności



(szczególnie zaczerpnięte z tradycji Vipassana i Zen), jednak Kabat-Zinn celowo przedstawił je w formie świeckiej, przystępnej dla osób niezależnie od światopoglądu, podkreślając uniwersalny charakter uważnej obecności (Kabat-Zinn, 2003).

W klasycznym programie MBSR uczestnicy uczą się stopniowo rozwijać postawę akceptacji i nieosądzania wobec swoich doświadczeń. Kabat-Zinn (1990) definiował uważność jako świadomość pojawiająca się poprzez celowe zwracanie uwagi na bieżący moment, bez oceniania. Celem treningu jest m.in. zmniejszenie identyfikowania się z negatywnymi myślami czy odczuciami stresu i bólu – tak aby zamiast reagować automatycznie i impulsywnie, uczestnicy potrafili odpowiedzieć na trudności z większym spokojem i klarownością (Shapiro i in., 2006). W ten sposób MBSR oferuje systematyczną procedurę „treningu umysłu”, która pozwala jednostce lepiej radzić sobie z napięciem fizycznym i emocjonalnym życia codziennego. W ciągu ponad 40 lat od powstania, skuteczność i bezpieczeństwo MBSR były przedmiotem wielu badań naukowych, które generalnie potwierdziły korzystne efekty tej interwencji w różnych grupach populacyjnych (Grossman i in., 2004; Khoury i in., 2013).

### **3.1.2. Modele teoretyczne uważności**

Choć koncepcja uważności wywodzi się z tradycji medytacyjnych, na gruncie psychologii powstały różne modele teoretyczne, starające się opisać, czym jest uważność i jak działa. Jon Kabat-Zinn ujmował uważność przede wszystkim operacyjnie jako pewien rodzaj uwagi; świadome skierowanie uwagi, celowo, na moment bieżący, bez wartościowania. Ten opis kładzie nacisk na intencjonalność (celowe utrzymywanie uwagi) oraz na szczególną jakość uwagi (obserwacja bez osądzania) i stał się on punktem wyjścia dla wielu kolejnych ujęć (Bishop i in., 2004).

Model dwuskładnikowy Bishop i współpracowników (2004) proponuje, że uważność można rozumieć poprzez dwa główne komponenty: (1) samoregulacja uwagi – zdolność do utrzymywania uwagi na bieżącym doświadczeniu oraz do elastycznego przenoszenia jej z powrotem, gdy pojawiają się rozproszenia; (2) otwartość na doświadczenie (czasem określana jako szczególnie sposób nastawienia, orientacja na bieżącą chwilę) – czyli przyjmowanie postawy ciekawości, akceptacji i nieoceniania wobec doświadczeń, które się pojawiają. W modelu tym uważność jest zatem procesem polegającym na tym, że świadomie kierujemy uwagę tu i teraz (np. na oddech, doznania cielesne) i kiedy nasz umysł odpłynie ku myślom czy bodźcom zewnętrznym, łagodnie tę uwagę zawracamy, jednocześnie utrzymując życzliwą, nieosądzającą postawę wobec wszelkich treści pojawiających się w polu świadomości (Bishop i in., 2004). Regularna praktyka ma prowadzić do poprawy kontroli uwagi oraz do rozwinięcia bardziej akceptującego i zdystansowanego stosunku do własnych przeżyć.

Model intencja–uwaga–postawa (Shapiro i in., 2006) akcentuje, że uważność opiera się na trzech filarach: intencji (*intention*), uwadze (*attention*) i postawie (*attitude*). Intencja odnosi



się do motywacji osoby praktykujące, np. intencją może być redukcja cierpienia, lepsze zrozumienie siebie lub rozwój współczucia. Uwaga oznacza praktyczny aspekt, ćwiczenie skupienia i monitorowania doświadczeń w chwili bieżącej. Postawa natomiast to jakość nastawienia, z jakim podchodzi się do doświadczeń, określana przez Shapiro jako otwarta, nieosądzająca i pełna współczucia ciekawość. Zdaniem Shapiro i współautorów (2006) to wzajemne przenikanie się intencji, uwagi i postawy stanowi esencję uważności. Jako mechanizm zmiany w terapii mindfulness autorzy ci proponują koncepcję *reperceiving* (ponownego spostrzegania), gdzie praktykowanie uważności prowadzi do przesunięcia perspektywy, w której jednostka zaczyna postrzegać swoje myśli i emocje jedynie jako wydarzenia umysłowe, a nie odzwierciedlenie obiektywnej rzeczywistości czy własnej tożsamości. W efekcie pojawia się zdolność metapoznawcza do obserwowania swoich przeżyć z dystansu, co umożliwia bardziej adaptacyjne reagowanie (Shapiro i in., 2006).

W literaturze istnieją także inne teoretyczne ujęcia uważności. Na przykład Baer (2003) dokonała przeglądu potencjalnych mechanizmów terapeutycznych uważności, takich jak ekspozycja na trudne emocje, zmiana poznawcza, samoregulacja zachowania czy relaksacja. Z kolei Hölzel i in. (2011) zaproponowali integracyjny model neuropsychologiczny, wyróżniając cztery kluczowe komponenty uważności: (1) regulację uwagi, (2) świadomość ciała (zwiększone czucie sygnałów z ciała), (3) regulację emocji (zarówno poprzez *reappraisal*, czyli kognitywną zmianę interpretacji, jak i poprzez ekspozycję i wygaszanie – siedzenie z emocjami bez reakcji) oraz (4) zmianę perspektywy na ja (zmniejszenie utożsamiania się z narracyjnym „ja” i myślami na swój temat). Podobnie Lindsay i Creswell (2017) przedstawili tzw. *Monitor and Acceptance Theory*, podkreślając rolę monitorowania uwagi oraz akceptacji w osiąganiu wyników medytacji. Mimo pewnych różnic, wszystkie te modele podkreślają, że uważność to nie tylko proste „zwracanie uwagi”, ale także specyficzna postawa wobec doświadczanych zjawisk, prowadząca do głębszego wglądu i zmiany relacji ze swoimi przeżyciami.

### **3.1.3. Mechanizmy działania: uwaga, samoregulacja, redukcja stresu, neuroplastyczność**

Praktyka uważności, w formie MBSR lub innych treningów, wiąże się z szeregiem zmian psychologicznych i neurobiologicznych, które stanowią potencjalne mechanizmy terapeutycznego działania. W literaturze często podkreśla się trzy główne domeny, w których zachodzą zmiany wskutek medytacji uważności: regulacja uwagi, regulacja emocji (samoregulacja) oraz samoorientacja (samoświadomość) – wszystkie składające się na ogólną poprawę zdolności samoregulacyjnych jednostki (Tang i in., 2015).

Poprawa uwagi. Regularna medytacja wzmacnia zdolność koncentracji i kontroli uwagi. Uczestnicy treningów uczą się utrzymywać uwagę na wybranym obiekcie (np. oddechu) przez coraz dłuższy czas oraz zauważać moment rozproszenia, po czym bez osądzania wracać do obiektu. Badania eksperymentalne potwierdzają, że praktyka uważności może poprawiać zarówno uwagę selektywną, jak i przełączanie się uwagi oraz uwagę utrzymaną – np.



krótkoterminowy trening medytacyjny poprawiał wyniki w testach uwagi wykonawczą (Jha i in., 2007; Tang i in., 2007). Z kolei doświadczeni medytujący wykazywali słabszy efekt „mrugnięcia uwagowego” (lepszą zdolność do detekcji szybko następujących po sobie bodźców) w porównaniu z niepraktykującymi (Slagter i in., 2007). Na poziomie neuronalnym, kluczową strukturą związaną z regulacją uwagi jest przednia kora zakrętu obręczy (ACC) – obszar odpowiedzialny za monitorowanie konfliktów poznawczych i kontrolę wykonawczą. Badania neuroobrazowe wskazują, że trening medytacji wiąże się ze wzrostem aktywności oraz gęstości istoty szarej w ACC (Hölzel i in., 2011), co interpretuje się jako rezultat wzmocnienia sieci uwagowych mózgu. W konsekwencji osoby praktykujące uważność mogą łatwiej utrzymywać skupienie i szybciej przywracać uwagę na właściwy tor po rozproszeniu. Ma to bezpośrednie znaczenie terapeutyczne, szczególnie w zaburzeniach cechujących się deficytami uwagi lub podatnością na dystrakcję (np. ADHD, ruminalna depresja).

Samoregulacja emocji i redukcja stresu. Drugim kluczowym mechanizmem jest poprawa zdolności regulowania stanów emocjonalnych. Uważna postawa – akceptacja i nie reagowanie impulsywnie – sprzyja zmniejszeniu reaktywności na stresory. Osoby praktykujące uważność uczą się dostrzegać pojawiające się emocje (np. lęk, złość) i związane z nimi impulsy, ale nie podejmować automatycznie działania pod ich wpływem. Tworzy to swego rodzaju „przerwę” (ang. *pause*) między bodźcem a reakcją, co umożliwia bardziej adaptacyjne odpowiedzi (Shapiro i in., 2006). Jednocześnie medytacja sprzyja rozwijaniu emocji pozytywnych, takich jak współczucie i życzliwość wobec siebie i innych (Fredrickson i in., 2008). Badania Hölzel i in. (2011) wyróżniły dwie drogi regulacji emocji przez uważność: (a) reinterpretacja poznawcza (*reappraisal*) – uważność zwiększa zdolność nadawania nowego znaczenia sytuacjom, co może podwyższać odczuwanie emocji pozytywnych; (b) ekspozycja i wygaszanie – poprzez świadome, nieoceniające „siedzenie” z trudnymi emocjami następuje stopniowe wygaszenie reakcji lękowych czy stresowych. Na poziomie neuronalnym, medytacja wpływa na układ limbiczny i korę przedczołową: obserwuje się zmniejszenie aktywności i objętości amygdali (ciała migdałowego) – kluczowego dla reakcji stresu i lęku – oraz wzmocnienie połączeń między korą przedczołową a strukturami emocjonalnymi (Tang, Hölzel i Posner, 2015). Oznacza to, że osoby praktykujące z czasem potrafią bardziej „od góry” (kontekstowo) regulować swoje emocje, zamiast być przez nie automatycznie zdominowane. W praktyce klinicznej przekłada się to na redukcję objawów lękowych, obniżenie poziomu odczuwanego stresu oraz zmniejszenie agresywnej czy impulsywnej reaktywności. Efekty te znajdują potwierdzenie w badaniach fizjologicznych. Przykładowo, uczestnicy kursów MBSR zgłaszają subiektywny spadek poziomu stresu, czemu towarzyszyć może obniżenie wskaźników fizjologicznych, takich jak poziom kortyzolu czy ciśnienie krwi (Pascoe i in., 2017). Metaanaliza Hofmann i in. (2010) wykazała, że interwencje oparte na uważności skutkują średniej wielkości poprawą



w zakresie objawów lęku i obniżonego nastroju. W innym ujęciu, Tang, Hölzel i Posner (2015) proponują, że wzmocniona samoregulacja (zawierająca w sobie lepszą uwagę, skuteczniejszą regulację emocji oraz większą samoświadomość) jest właśnie wspólnym mianownikiem, który wyjaśnia szerokie spektrum pozytywnych skutków uważności.

Zmiany w mózgu (neuroplastyczność). Jednym z najbardziej niezwykłych mechanizmów związanych z długoterminową praktyką medytacji są zmiany strukturalne i funkcjonalne w mózgu, odzwierciedlające plastyczność neuronalną. Wspomniane już zmiany w obrębie ACC, amygdali czy sieci czołowo-limbicznych sugerują, że regularna medytacja prowadzi do przeorganizowania połączeń neuronalnych. Badania MRI wykazały, że u osób praktykujących medytację uważności przez lata zwiększa się gęstość istoty szarej w hipokampie (odpowiedzialnym m.in. za pamięć i regulację emocji) oraz we wspomnianej korze przedniej obręczy, a zmniejsza objętość amygdali (której pobudliwość wiąże się ze stresem) (Hölzel i in., 2011; Tang i in., 2015). Ponadto medytacja wpływa na sieć stanu spoczynkowego mózgu (DMN), związaną z myśleniem o sobie i błędzeniem myślami – praktykujący wykazują osłabioną aktywność DMN lub szybszy powrót z tego stanu do teraźniejszości, co koresponduje z mniejszą skłonnością do ruminacji i roztrząsania przeszłości czy przyszłości (Doll i in., 2015). Takie zmiany neuroplastyczne przekładają się na poprawę funkcji poznawczych (np. płynności poznawczej, pamięci operacyjnej) oraz zwiększenie ogólnego poczucia dobrostanu. Jak ujęli to Tang i in. (2015), praktyka uważności może sprzyjać kształtowaniu „zdrowego umysłu” i dobrostanu psychicznego poprzez długotrwałe modyfikacje w dużych sieciach neuronalnych. Warto jednak zaznaczyć, że badania mechanizmów neuronalnych uważności są wciąż rozwijane – potrzebne są rygorystyczne projekty (w tym badania podłużne z randomizacją) łączące pomiary neurobiologiczne ze wskaźnikami behawioralnymi, aby jednoznacznie powiązać zmiany w mózgu z konkretnymi rezultatami psychologicznymi praktyki.

Podsumowując, terapia MBSR oraz pokrewne interwencje działają poprzez wielopoziomowe mechanizmy: poprawiając koncentrację uwagi, zwiększając świadomość sygnałów z ciała, ucząc akceptującej obecności z emocjami (co prowadzi do wygaszenia ich negatywnej mocy), a także zmieniając relację do własnych myśli (rozwój metapoznawczej perspektywy „obserwatora” siebie). Te psychologiczne zmiany idą w parze z obiektywnymi zmianami fizjologicznymi – od obniżenia pobudzenia stresowego, po plastyczne zmiany strukturalne mózgu. Taka konstelacja mechanizmów tłumaczy, czemu uważność ma zastosowanie w tak różnorodnych problemach – od zaburzeń lękowych i depresyjnych, przez ból przewlekły, po poprawę koncentracji czy kreatywności u osób zdrowych.

### **3.1.4. Zastosowanie u dorosłych – przegląd badań skuteczności**

Od lat 90. XX wieku przeprowadzono setki badań oceniających efektywność MBSR i pokrewnych programów. Już pierwsze badania wskazywały, że udział w 8-tygodniowym





treningu MBSR wiąże się z wyraźną redukcją odczuwanego stresu oraz poprawą samopoczucia psychicznego u różnych grup uczestników (Kabat-Zinn, 1982; 1990). Metaanaliza Grossmana i in. (2004), obejmująca 20 badań (zarówno z grupą kontrolną, jak i pre-post) z udziałem osób z przewlekłym bólem, zaburzeniami lękowymi, chorobami serca, nowotworowymi i innymi problemami, wykazała istotny średni efekt terapeutyczny MBSR. Średnia wielkość efektu dla wyników zdrowia psychicznego i somatycznego wyniosła około  $d = 0,5$ , co oznaczało zmianę o pół odchylenia standardowego na korzyść uczestników MBSR w porównaniu z kontrolą lub stanem wyjściowym. Autorzy konkludują, że mimo relatywnie niewielkiej liczby badań wysokiej jakości w tamtym czasie, wyniki sugerują, iż MBSR może pomagać szerokiemu wachlarzowi osób radzić sobie z problemami klinicznymi i stresem życia codziennego (Grossman i in., 2004).

Kolejne, bardziej obszerne analizy potwierdziły te ustalenia. Khoury i in. (2013) przeprowadzili metaanalizę 209 badań ( $n > 12$  tysięcy uczestników) dotyczących terapii opartych na uważności (w tym MBSR i MBCT). Stwierdzono umiarkowane do dużych efekty w redukcji objawów lęku ( $d \approx 0,63$ ), depresji ( $d \approx 0,59$ ) oraz stresu ( $d \approx 0,61$ ). Co ważne, efektywność interwencji uważności była porównywalna z tradycyjnymi formami terapii poznawczo-behawioralnej i farmakoterapii w tych obszarach (Khoury i in., 2013). Oznacza to, że MBSR/MBCT stanowią pełnowartościowe metody postępowania terapeutycznego, które nie ustępują uznanym metodom leczenia, zwłaszcza w zaburzeniach afektywnych i lękowych.

W zakresie zaburzeń nastroju, szczególnie dobrze udokumentowane jest zastosowanie MBCT (terapii poznawczej opartej na uważności) w profilaktyce nawrotów depresji. Duże, kontrolowane badania wykazały, że MBCT zmniejsza ryzyko nawrotu depresji u pacjentów z nawracającym przebiegiem choroby – zwłaszcza u tych, którzy doświadczają znacznego poziomu objawów rezydualnych (Kuyken i in., 2016). Metaanaliza Williamsa i współpracowników (2014) potwierdziła, że MBCT obniża ryzyko nawrotu depresji o ok. 34% w porównaniu z leczeniem standardowym, co doprowadziło do wpisania tej metody do wytycznych klinicznych m.in. w Wielkiej Brytanii. Jeśli chodzi o zaburzenia lękowe, treningi uważności również okazały się korzystne. Hofmann i in. (2010) w przeglądzie systematycznym 39 badań stwierdzili, że MBIs (MBSR/MBCT) prowadzą do istotnej redukcji objawów lęku (efekt średni Hedges'  $g = 0,63$ ) oraz poprawy nastroju ( $g = 0,59$ ). Co istotne, efekty te utrzymywały się. Mechanizmem zmniejszenia lęku jest prawdopodobnie zarówno wspomniane wyżej obniżenie reaktywności ciała migdałowatego, jak i nabycie przez pacjentów umiejętności innego odnoszenia się do natrętnych myśli czy odczuć fizjologicznych lęku (poprzez akceptację zamiast katastrofizacji).

Redukcja stresu i poprawa jakości życia – zgodnie z pierwotnym celem MBSR – zostały także wielokrotnie potwierdzone. Przykładowo, Goyal i współpracownicy (2014)



przeprowadzili metaanalizę 47 badań RCT dotyczących różnych form medytacji (w tym MBSR) u osób dorosłych z populacji ogólnej i klinicznej. Wykazano, że w porównaniu z grupami kontrolnymi, medytacja uważności wiązała się z niewielką poprawą poziomu odczuwanego stresu oraz jakości życia, a także umiarkowanym zmniejszeniem objawów somatycznych takich jak ból przewlekły. Inne prace wykazały pozytywne efekty MBSR u pacjentów onkologicznych (zmniejszenie stresu związanego z chorobą, poprawa snu), z przewlekłym bólem (redukcja natężenia bólu i cierpienia z nim związanego) czy z chorobami sercowo-naczyniowymi (lepszą kontrolą ciśnienia, obniżenie markerów stanu zapalnego) – przegląd takich badań przedstawili np. Kabat-Zinn (2011) oraz Black i Slavich (2016).

Szczególnie warte podkreślenia jest zastosowanie uważności w profilaktyce zdrowia psychicznego osób zdrowych, odczuwających stres. MBSR bywa oferowane np. pracownikom służby zdrowia, nauczycielom, studentom czy menedżerom w korporacjach jako forma profilaktyki wypalenia i poprawy dobrostanu. Metaanaliza Virgili (2015) dotycząca pracowników wykazała, że interwencje mindfulness istotnie zmniejszają wypalenie zawodowe i objawy stresu oraz poprawiają kompetencje emocjonalne. Również w warunkach wojskowych czy sportowych trening uważności stosuje się dla poprawy koncentracji i radzenia sobie z obciążeniem (Jha i in., 2010). W sumie, jak odnotowują Ma i współautorzy (2023), programy oparte na uważności zyskały ogromną popularność – szacuje się, że ok. 15% dorosłych Brytyjczyków i 5% Amerykanów praktykowało jakąś formę medytacji mindfulness, a elementy uważności pojawiają się w programach korporacyjnych i edukacyjnych na całym świecie.

### 3.2 Terapia MBSR dzieci i młodzieży

Zastosowanie uważności w pracy z dziećmi i nastolatkami budzi coraz większe zainteresowanie badaczy i praktyków. Pojawia się pytanie, na ile techniki i programy rozwinięte pierwotnie dla dorosłych (jak MBSR czy MBCT) mogą być skuteczne i odpowiednie dla młodszych populacji. W podrozdziale tym omówione zostaną specyficzne uwarunkowania rozwojowe praktykowania uważności u dzieci, przykłady adaptacji programów mindfulness do wieku rozwojowego (takich jak MBCT-C czy programy szkolne typu MindUP, .b) oraz przegląd badań oceniających skuteczność treningów uważności u dzieci i młodzieży.

#### 3.2.1. Różnice rozwojowe

Dzieci, zwłaszcza te młodsze, różnią się od dorosłych pod wieloma względami istotnymi dla praktyki uważności. Po pierwsze, rozwój metaświadomości i zdolności introspekcyjnych (czyli umiejętności zauważania własnych procesów myślowych i stanów



umysłu) następuje stopniowo w ciągu dzieciństwa. Młodsze dzieci (np. w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym) mają ograniczoną zdolność do abstrakcyjnej refleksji nad swoimi przeżyciami – wiele ich procesów poznawczych i emocjonalnych przebiega automatycznie, a umiejętność „myślenia o myśleniu” dopiero się kształtuje (Zelazo i Lyons, 2012). Uważność wymaga pewnego poziomu metaświadomości – choćby rozpoznania „teraz moja uwaga odpłynęła” albo „to tylko myśl, a nie fakt” – co dla małych dzieci może być trudne. Po drugie, zdolności językowe i poznawcze dzieci są mniej rozwinięte, co wpływa na sposób prowadzenia instrukcji i omawiania doświadczeń. Dzieci mogą mieć trudność ze zrozumieniem abstrakcyjnych pojęć typu „bycie tu i teraz” czy „nieosądzanie”, dlatego instrukcje muszą być konkretniejsze, osadzone w zrozumiałych dla nich metaforach lub zabawie. Po trzecie, dzieci cechują się krótszym czasem koncentracji i większą potrzebą aktywności ruchowej. O ile dorośli na kursie MBSR potrafią siedzieć w medytacji 30–40 minut, o tyle dziecko (zwłaszcza w wieku poniżej 10–12 lat) prawdopodobnie nie utrzyma uwagi tak długo i znuży się monotonnym zadaniem. Dlatego czas formalnych praktyk musi być dostosowany do wieku – u młodszych dzieci często zaczyna się od 1–3 minut skupienia na oddechu, stopniowo wydłużając, ale nadal raczej do kilkunastu minut niż godzin. Również formuła zajęć powinna uwzględniać naturalną potrzebę dynamiki – np. wplatanie elementów ruchowych, gier, piosenek czy opowiadań, by utrzymać zaangażowanie dziecka.

Innym aspektem jest poziom rozwoju emocjonalnego i samoregulacji u dzieci. Młodsze dzieci dopiero uczą się identyfikować i nazywać swoje emocje, a ich układ nerwowy jest bardziej pobudliwy i mniej dojrzały w zakresie kontroli impulsów niż u dorosłych. Z jednej strony może to oznaczać, że trening uważności jest dla nich wyzwaniem, bo wymaga zatrzymania się i spokoju, co bywa sprzeczne z ich naturalną skłonnością do ciągłej aktywności. Z drugiej strony, właśnie dlatego dzieci mogą odnieść duże korzyści z nauki technik wyciszania i obserwowania swoich uczuć, bo jest to umiejętność, której wciąż się uczą. Ważne jednak, aby uczyć tego w sposób adekwatny rozwojowo – np. poprzez zabawę w „żabkę, która siedzi spokojnie” dla przedszkolaków (Idleman, 2014) czy proste ćwiczenia oddechowe połączone z wyobraźnią (np. nadmuchiwanie balonika w brzuchu).

Badacze wskazują też na różnicę w motywacji i kontekście praktykowania – dorośli często przychodzą na kurs MBSR z własnej woli, szukając ulgi w cierpieniu lub poprawy jakości życia. Dzieci zazwyczaj trafiają na zajęcia mindfulness z inicjatywy dorosłych (rodziców, nauczycieli) i początkowo mogą nie rozumieć celu tych ćwiczeń. Stąd zaleca się, aby trening uważności dla dzieci był maksymalnie angażujący i przyjemny, budując ich ciekawość zamiast narzucać obowiązek. W literaturze podkreśla się, że rozwój uważności u dzieci zaczyna się od rozwijania samoświadomości zmysłowej i emocjonalnej w prostych aktywnościach dnia codziennego (Rempel, 2012). Przykładowo, dzieci mogą ćwiczyć uważność poprzez skupienie się przez chwilę na oddechu, na smaku rodzynek (klasyczne ćwiczenie jedzenia rodzynek uważnie jest adaptowane także dla dzieci), czy na dźwięku



dzwonek – ale wszystko to w formie gry („posłuchajmy jak długo słyszeć dzwonek i pokażcie, kiedy już ucichnie”).

Podsumowując, kluczowe różnice rozwojowe wymagające uwzględnienia to: ograniczona zdolność dzieci do abstrakcyjnej refleksji (więc należy operować konkretem), krótsza uwaga i większa potrzeba ruchu (więc sesje muszą być krótsze i bardziej urozmaicone) oraz odmienna motywacja (stąd ważna rola zabawy i ciekawości). Mimo tych wyzwań, badania sugerują, że nawet kilkuletnie dzieci są w stanie nauczyć się podstaw uważności i czerpać z tego korzyści, o ile program jest odpowiednio dostosowany (Burke, 2010; Zelazo i Lyons, 2012).

### 3.2.2. *Adaptacje programów mindfulness (np. MBCT-C, MindUP, .b)*

W odpowiedzi na powyższe wyzwania, powstały specjalne programy i protokoły mindfulness przeznaczone dla dzieci i młodzieży. Różnią się one często formą, długością i treścią od standardowego MBSR, tak aby pasowały do etapu rozwoju uczestników. Poniżej omówiono kilka wiodących przykładów takich adaptacji.

*Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children* (MBCT-C). Jest to adaptacja terapii poznawczej opartej na uważności stworzona z myślą o dzieciach w wieku szkolnym (ok. 8–12 lat) cierpiących na lęk lub obniżony nastrój (Semple i Lee, 2011). Program MBCT-C trwa zwykle 12 tygodni (nieco dłużej niż MBCT dla dorosłych, aby było więcej czasu na utrwalenie umiejętności) i obejmuje cotygodniowe sesje 60–90 minut z dziećmi oraz kilka sesji z rodzicami osobno. Zajęcia prowadzone są w małych grupach (6–8 dzieci) lub indywidualnie. Zawartość MBCT-C to kombinacja prostych ćwiczeń uważności (skanowanie ciała w wersji „dla dzieci”, uważne oddychanie, ruch i joga dostosowana do dzieci, ćwiczenia uważnego słuchania, jedzenia itp.) oraz elementów terapii poznawczo-behawioralnej (rozmowy o uczuciach, myślach, praca nad rozpoznawaniem negatywnych myśli automatycznych, ale bez wchodzenia w głęboką analizę poznawczą jak u dorosłych). Bardzo ważne jest utrzymanie uwagi dziecka poprzez angażujące formy; MBCT-C wykorzystuje np. rysowanie (dzieci ilustrują swoje doświadczenia), historyjki, zabawne nazwy ćwiczeń (np. „żółwik” jako pozycja przy oddychaniu, „supermoc uwagi” jako metafora koncentracji). Program uczy dzieci kilku kluczowych umiejętności: odróżniania myśli od faktów (myśli to nie „ja” i niekoniecznie prawda), rozpoznawania wczesnych sygnałów stresu lub lęku w ciele, stosowania uważnego oddechu do uspokojenia się oraz rozwijania życzliwości wobec siebie (element samowspółczucia). Badania pilotażowe i wstępne RCT sugerują, że MBCT-C jest bezpieczne i potencjalnie korzystne – np. Semple i współpracownicy (2010) wykazali, że u dzieci z zaburzeniami lękowymi po MBCT-C obniżył się poziom lęku i poprawiła zdolność uwagi w porównaniu z grupą oczekującą. Choć potrzebne są dalsze badania, MBCT-C stanowi obiecujący przykład terapii integrującej uważność z technikami poznawczymi, dostosowanej do rozwoju dziecka.



*MindUP*. Jest to program treningu uważności i kompetencji społeczno-emocjonalnych opracowany z myślą o zastosowaniu w szkołach (od przedszkola do gimnazjum). Powstał przy współpracy psychologów (m.in. Kimberly Schonert-Reichl) oraz inicjatywy Hawn Foundation (założonej przez aktorkę Goldie Hawn), stąd dawniej bywał nazywany programem „*The Hawn Foundation – MindUP*”. *MindUP* to program zajęć lekcyjnych – nauczyciele realizują z uczniami serię około 15 lekcji, wplecionych w plan tygodnia (np. jedna lekcja na tydzień, trwająca ~40 min). Rdzeniem *MindUP* są krótkie ćwiczenia uważności zwane „*Brain Breaks*” – 3 razy dziennie dzieci praktykują skupienie uwagi przez 1–3 minuty (np. wspólnie słuchając dźwięku cymbałów i koncentrując się na oddechu). Oprócz tego program zawiera elementy nauczania o funkcjonowaniu mózgu (dzieci poznają proste fakty o tym, jak stres wpływa na mózg, jak działa kora przedczołowa itp.), ćwiczenia z rozpoznawania emocji, empatii, życzliwości i wdzięczności. Całość ma na celu zarówno poprawę samoregulacji uwagi u dzieci, jak i rozwój ich umiejętności społecznych i emocjonalnych (SEL). Skuteczność *MindUP* została potwierdzona m.in. w badaniu Schonert-Reichl i in. (2015) – w randomizowanym eksperymencie z udziałem czwartoklasistów wykazano, że po 4 miesiącach programu dzieci z grupy *MindUP* w porównaniu z grupą kontrolną poprawiły wyniki w testach funkcji wykonawczych (np. pamięci operacyjnej), zwiększyły prospołeczne zachowania (więcej empatii i życzliwości na podstawie relacji nauczycieli) oraz obniżyły poziom objawów depresyjnych i stresu. Co ciekawe, odnotowano również poprawę wyników w testach z matematyki w grupie *MindUP*, co sugeruje, że lepsza koncentracja i funkcje poznawcze przełożyły się na osiągnięcia szkolne (Schonert-Reichl i in., 2015). Program *MindUP* jest obecnie stosowany w setkach szkół w Ameryce Płn. i innych krajach, a wyniki kolejnych badań (np. maltańskie RCT; See i in., 2020) potwierdzają jego korzystny wpływ na koncentrację i redukcję zachowań problemowych u uczniów.

„*.b*” (*dot-be*) i programy *Mindfulness in Schools Project*. W Wielkiej Brytanii rozwinął się ruch wprowadzania uważności do szkół pod egidą *Mindfulness in Schools Project* (MiSP). Program „*.b*” (czytane jako *dot-be*, od frazy „*Stop and Be*”) to kurs *mindfulness* dla młodzieży w wieku 11–18 lat opracowany przez nauczycieli (Richard Burnett, Chris Cullen i współpracowników) z myślą o szkolnych warunkach. Składa się z ok. 10 lekcji po 40–60 minut, prowadzonych przez certyfikowanego instruktora (często szkolnego nauczyciela po odpowiednim kursie). Program „*.b*” uczy nastolatków podstaw medytacji (skupienie na oddechu, skanowanie ciała), a także stosowania uważności wobec stresu egzaminacyjnego, trudnych emocji, presji rówieśniczej itp. Charakteryzuje się młodzieżowym językiem i atrakcyjnymi ćwiczeniami (np. uważność podczas słuchania muzyki, podczas jedzenia czekolady, obserwacja myśli jak chmur itp.). Wstępne badania wskazywały, że uczestnicy kursu *.b* zgłaszali poprawę samopoczucia i koncentracji, a także redukcję nasilenia objawów depresyjnych (Kuyken i in., 2013). Jednak warto wspomnieć o najnowszych wynikach dużego



projektu badawczego MYRIAD przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii: w randomizowanym badaniu kontrolowanym z udziałem blisko 8000 nastolatków porównano program mindfulness w szkołach (oparty na .b) z normalnym programem zajęć i nie stwierdzono istotnych długotrwałych różnic w zdrowiu psychicznym między grupami (Kuyken i in., 2022). Wynik ten sugeruje, że aby mindfulness w szkołach dla młodzieży przynosił wyraźne efekty, być może potrzebne są dodatkowe czynniki (np. zaangażowanie szkoły w całościowe podejście do dobrostanu, odpowiednie dopasowanie programu do potrzeb nastolatków, wsparcie nauczycieli). Mimo to program .b pozostaje popularny, a kluczowym osiągnięciem MiSP jest wyszkolenie tysięcy nauczycieli w podstawach mindfulness i zwiększenie świadomości znaczenia zdrowia mentalnego uczniów.

Inne programy adaptowane dla dzieci to m.in. „*Paws b*” – kurs uważności dla dzieci 7–11 lat (też od MiSP, krótsze sesje z zabawami), MB-EAT-C (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Children* – skupiony na jedzeniu, stosowany u dzieci z otyłością), czy czysto terapeutyczne protokoły dla dzieci z zaburzeniami (omówione w nast. podrozdziale) jak *MYmind* (Bögels i in.) dla ADHD/ASD. Wiele z nich opiera się na idei, by angażować opiekunów – np. w MBCT-C rodzice uczestniczą w osobnych sesjach, w *MYmind* równolegle szkoleni są rodzice w ramach *mindful parenting*. Adaptacje te generalnie zachowują esencję uważności, ale upraszczają język, skracają medytacje, dodają element zabawy i interakcji. Przykładowo, medytacja „skanowania ciała” dla dzieci może mieć formę „podróży uwagi po ciele z latarką”, uważne chodzenie – „zabawy w superwolnego robota”, a ćwiczenie życzliwości – rysowania komuś laurki z dobrymi życzeniami. Takie dostosowanie sprawia, że dzieci chętniej uczestniczą i uczą się przez doświadczenie, nie czując, że to kolejny szkolny obowiązek.

### 3.2.3. *Badania nad skutecznością*

Skuteczność interwencji mindfulness u dzieci i młodzieży jest przedmiotem rosnącej liczby badań, w tym przeglądów systematycznych i metaanaliz. Ogólnie, wyniki wskazują na pozytywne, choć umiarkowane, efekty takich programów na różne aspekty funkcjonowania młodych osób. Należy jednak zaznaczyć, że efekty bywają mniejsze niż u dorosłych i bardziej zróżnicowane w zależności od kontekstu (Dunning i in., 2019; Zoogman i in., 2015). Poniżej zestawiono główne obszary, w których odnotowano wpływ treningów uważności u dzieci i młodzieży.

Funkcje wykonawcze (EF) i uwaga. Jednym z najczęściej raportowanych wyników interwencji mindfulness u młodych jest poprawa chociaż niektórych aspektów funkcji wykonawczych – takich jak zdolność koncentracji, hamowanie impulsywnych reakcji, pamięć robocza czy przełączanie uwagi. Przykładowo, wspomniane badanie Schonert-Reichl i in. (2015) wykazało, że dzieci uczestniczące w programie MindUP poprawiły się znacząco w teście odroczonej nagrody (pomiar kontroli impulsów) oraz w *flanker task* (pomiar uwagi



selektywnej i hamowania) w porównaniu z grupą kontrolną. Metaanaliza Zenner i in. (2014), obejmująca 24 badania szkolnych programów mindfulness, potwierdziła istotne efekty w zakresie uwagi i poznania – łączna wielkość efektu dla wyników poznawczych (pamięć, uwaga) wyniosła  $d \approx 0,40$ , czyli efekt mały do umiarkowanego. Autorzy zaznaczyli, że szczególnie treningi trwające dłużej niż 8 tygodni i zaangażowanie nauczycieli korelują z lepszymi wynikami (Zenner i in., 2014). Dunning i in. (2019) przeprowadzili metaanalizę 33 RCT z udziałem 3666 dzieci i nastolatków, gdzie również odnotowano niewielką, ale istotną poprawę funkcji wykonawczych i uwagi (średnio  $d \sim 0,20-0,30$ ) w grupach mindfulness. Co ważne, w analizie ograniczonej tylko do badań z grupą aktywnej kontroli (np. innym programem), efekt na obiektywne poznawcze wyniki już się zmniejszał i często stawał się nieistotny statystycznie (Dunning i in., 2019). Sugeruje to, że część popraw może wynikać z efektu oczekiwań lub ogólnej korzyści uczestniczenia w ciekawych zajęciach, a nie samej uważności *per se*. Mimo to, sumarycznie można stwierdzić, że trening mindfulness raczej sprzyja poprawie koncentracji i kontroli poznawczej u dzieci – choć efekty nie są spektakularne i zależą od jakości badania. Wydaje się, że największe korzyści odnoszą dzieci z początkowo słabszą samokontrolą (np. z nadpobudliwością) – tam często obserwuje się większą poprawę (Zelazo i Lyons, 2012).

Regulacja emocji i lęk. Kolejnym obszarem są emocje, gdyż wiele programów mindfulness u dzieci mierzy zmiany w nastroju, poziomie lęku, umiejętnościach radzenia sobie ze stresem. Zoogman i in. (2015) wykonali metaanalizę 20 badań dot. interwencji mindfulness u młodzieży (do 18 r.ż.). Ogólny efekt tych interwencji na psychiczne objawy (np. lęk, depresyjność) w porównaniu z grupami kontrolnymi wyniósł  $g = 0,27$ , czyli niewielki, ale istotny (Zoogman i in., 2015). Co ciekawe, w badaniach z populacją kliniczną (dzieci z zaburzeniami) efekty były większe (około  $g = 0,50$ ), podczas gdy w populacjach ogólnych – bardzo małe. Sugeruje to, że dzieci z podwyższonym poziomem lęku lub stresu mogą szczególnie skorzystać, bo mają „więcej do poprawy”. Przegląd Kallapiran i in. (2015) również wskazał, że MBIs u młodzieży prowadzą do redukcji objawów lękowych i depresyjnych, choć autorzy zastrzegli, że jakość badań bywa ograniczona. Jednym z lepszych jakościowo badań była praca Barnes i in. (2019) – w randomizowanym badaniu wśród nastolatków z wysokim poziomem lęku szkolnego, grupa treningu uważności wykazała istotne zmniejszenie objawów lęku w porównaniu z grupą radzenia sobie ze stresem (inną techniką relaksacyjną). To wskazuje, że mindfulness może mieć specyficzny efekt na redukcję lęku poprzez mechanizm akceptacji i nieunikania objawów lękowych.

W zakresie regulacji emocji pojawiają się też dane neurobiologiczne u młodszych. Na przykład, jedno z badań z użyciem fMRI wskazało, że nastolatki po treningu medytacji wykazywały zmniejszoną reaktywność ciała migdałowatego na zdjęcia emocjonalne i większą aktywację kory przedczołowej w porównaniu z grupą kontrolną – co jest wzorcem sugerującym lepszą regulację emocji (Tang i in., 2012). W relacjach nauczycieli i rodziców, dzieci po



kursach mindfulness bywają opisywane jako „bardziej spokojne”, „mniej impulsywne” i „lepiej radzące sobie ze zdenerwowaniem” (Black i in., 2009). Takie obserwacje jakościowe potwierdzają, że trening uważności może wzmacniać dziecięcą zdolność do samouspokajania się w trudnych emocjonalnie chwilach.

Zachowania społeczne i prospołeczne. Interesującym obszarem są zmiany w zakresie zachowania dzieci – zarówno problemowych (np. agresja, nadpobudliwość), jak i prospołecznych (empatia, życzliwość). Programy takie jak MindUP czy inne uważności w szkołach często mierzą ten wymiar. W badaniu Schonert-Reichl i in. (2015), nauczyciele ocenili, że u dzieci po programie MindUP wzrosła częstotliwość zachowań prospołecznych (dzielenia się, pomocy innym), a zmalała częstość agresji i zachowań antyspołecznych w klasie. Również dzieci zgłaszały większą empatię i pozytywne emocje społeczne. Mechanizmem może tu być zarówno ogólne uspokojenie (mniej reakcji impulsywnej złości), jak i komponent życzliwości często włączany do treningów uważności (np. ćwiczenia „wzbudzania dobrych życzeń dla innych” budują empatię). Metaanaliza Zenner i in. (2014) wykazała wprawdzie niewielki efekt na zachowanie (w ocenie nauczycieli i rodziców  $d \sim 0,20$ ), ale w niektórych badaniach z populacjami problemowymi efekty były większe. Na przykład, w badaniu nad młodzieżą w ośrodku wychowawczym (Barnert i in., 2014) medytacja przyczyniła się do obniżenia częstotliwości aktów przemocy między wychowankami. Ogólnie, mindfulness wydaje się promować rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci, choć nie jest to magiczne panaceum, często potrzebne są także inne działania (trening umiejętności społecznych, dobre wsparcie nauczycieli), aby efekt był trwały.

Objawy nadpobudliwości i inne problemy zachowania również były badane. W programach ogólnoszkolnych zauważano czasem poprawę koncentracji na lekcji i zmniejszenie nadreaktywności u uczniów (na przykład dzieci po mindfulness rzadziej wrywały się bez pytania i były bardziej uważne na polecenia nauczyciela; Napoli i in., 2005). To jednak dotyczy raczej dzieci z łagodniejszymi trudnościami.

Lęk i depresyjność u młodzieży. W okresie dorastania (nastolatku) rośnie ryzyko rozwinięcia zaburzeń nastroju i lękowych. Dlatego testowano, czy trening mindfulness w szkołach średnich może działać profilaktycznie. Wyniki są mieszane. Niektóre badania (Huppert i Johnson, 2010) pokazały, że po kursie uważności uczniowie mieli nieco niższy poziom objawów depresyjnych i stresu. Z drugiej strony, wspomniane duże badanie *MYRIAD* (Kuyken i in., 2022) nie potwierdziło znaczącej redukcji problemów psychicznych w populacji ogólnej nastolatków dzięki uważności – aczkolwiek w tej próbie poziom wyjściowy problemów był dość niski. Tam, gdzie młodzi mają już pewne objawy (np. wysokie napięcie, skłonność do ruminacji), mindfulness może zapobiec pogorszeniu. Tak było w badaniu Raes i in. (2014), gdzie u nastolatków z podwyższonym ryzykiem depresji program





MBCT-S (skrócona wersja MBCT dla szkół) zmniejszył ryzyko nasilenia objawów w ciągu roku.

### **3.3 Terapia MBSR dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi**

Zaburzenia neurorozwojowe (NDD) – takie jak zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) czy zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), charakteryzują się wczesnym początkiem i odmiennym rozwojem funkcji poznawczych, behawioralnych i społecznych. Dzieci z NDD często doświadczają znacznych trudności w zakresie uwagi, samokontroli, regulacji emocji i relacji społecznych. Nic więc dziwnego, że pojawiła się idea wykorzystania technik uważności (które, jak opisano, sprzyjają poprawie uwagi i samoregulacji) właśnie u tych dzieci. Jednak praca z populacją NDD wymaga dodatkowych adaptacji i mierzy się z pewnymi ograniczeniami. W tym podrozdziale omówione zostaną: specyficzne trudności i wyzwania adaptacyjne przy wprowadzaniu mindfulness u dzieci z ADHD i ASD.

#### **3.3.1. Trudności i wyzwania w adaptacji interwencji**

Dzieci z ADHD zasadniczo definiuje problem z utrzymaniem uwagi, nadmierna impulsywność i potrzeba ruchu, czyli cechy, które w oczywisty sposób utrudniają tradycyjne praktyki medytacyjne wymagające siedzenia w skupieniu. Dziecko z ADHD może mieć ogromną trudność, by usiedzieć nieruchomo nawet kilka minut, a jego umysł łatwo „ucieka” do bodźców zewnętrznych lub własnych myśli. Ponadto często występuje niska frustracyjna tolerancja, kiedy coś jest nudne lub trudne, dziecko z ADHD szybko się zniechęca i przerywa. Te cechy sprawiają, że klasyczna formuła MBSR (długie medytacje w ciszy, statyczna pozycja) jest dla takich dzieci niewykonalna bez istotnych modyfikacji. Wyzwaniem jest więc utrzymanie zaangażowania tych dzieci i dopasowanie praktyk do ich potrzeb sensoryczno-motorycznych.

Dzieci ze spektrum autyzmu (ASD) z kolei często mają trudności w sferze komunikacji i rozumienia subtelnych instrukcji, ograniczoną zdolność do uogólniania umiejętności na różne sytuacje, a także specyficzne cechy sensoryczne (np. nadwrażliwość na dźwięki, dotyk). U niektórych z nich występuje wysoki poziom lęku i sztywności zachowania. W kontekście treningu mindfulness, wyzwania obejmują m.in.: abstrakcyjność pojęć (dzieci autystyczne mogą brać rzeczy bardzo dosłownie, przez co metafory medytacyjne trzeba formułować ostrożnie), dyskomfort sensoryczny (np. zamknięcie oczu lub skupienie na doznaniach ciała może być początkowo nieprzyjemne dla dziecka z ASD, zwłaszcza jeśli ma zaburzenia przetwarzania sensorycznego), oraz trudność z uważnością społeczną (wspólna medytacja w grupie wymaga pewnej świadomości innych i zgodności co do reguł – dzieci autystyczne mogą potrzebować jasno określonej struktury i zasad, by czuć się bezpiecznie).



Wspólnym wyzwaniem dla ADHD i ASD bywa także współpraca z rodzicami – często te dzieci mają już za sobą różne terapie, a rodzice mogą być obciążeni stresem opieki nad dzieckiem o specjalnych potrzebach. Włączenie elementów mindfulness może budzić sceptycyzm („jak moje wiecznie wierzące się dziecko ma medytować?”) lub przeciwnie – zbyt wysokie oczekiwania („to uspokoi moje dziecko całkowicie”). Dlatego programy zwykle starają się zaangażować rodziców zarówno po to, by ich edukować i zdobyć wsparcie w treningu (ćwiczenia w domu), jak i by pomóc im samym (często rodzice tych dzieci odczuwają wysoki stres, który można łagodzić technikami uważności).

Adaptacja interwencji mindfulness dla NDD obejmuje szereg strategii. W literaturze (np. van der Oord i in., 2012; Bögels i in., 2008) wymienia się następujące zalecenia:

- Skrócenie i urozmaicenie praktyk formalnych. Dla ADHD standardem jest rozpoczęcie od bardzo krótkich medytacji (1–3 min) i stopniowe wydłużanie do kilkunastu minut maksymalnie. Wprowadza się więcej ruchu – np. uważny taniec, joga, ćwiczenia typu „uważne rzucanie i łapanie piłki”, aby dziecko mogło wykorzystać nadmiar energii w ramach praktyki zamiast walczyć z nim. Częste są też przerwy i zmiany aktywności podczas sesji, aby podtrzymać uwagę (np. 5 minut medytacji – potem krótka dyskusja – potem ćwiczenie oddechowe w ruchu).
- Konkretyzacja języka i instrukcji. Unika się nadmiernie poetyckich czy filozoficznych określeń. Lepiej powiedzieć: „Skup się na tym, jak brzuch się porusza jak balon przy oddychaniu” niż „Poczuj energię oddechu przenikającą ciało”. Dla ASD ważne jest unikanie niejednoznaczności – instrukcje są jasno zdefiniowane, czas trwania określony („poćwiczmy uważne siedzenie przez 2 minuty, ustawię timer”), a zasady spisane. Pomagają wizualne wsparcia: obrazki pokazujące dziecko siedzące spokojnie, karty emocji do wyboru przy dzieleniu się doświadczeniem, itp.
- Więcej terapeutycznej struktury i pomocy w generalizacji. Dzieci z autyzmem szczególnie potrzebują wiedzieć, co po kolei się wydarzy na sesji – stosuje się więc rozkład zajęć (np. tablica „najpierw zrobimy to, potem to...”). Poza tym, by uważność miała sens, trzeba pomóc im przenieść ją na codzienne sytuacje: np. ćwiczyć uważne oddychanie specjalnie wtedy, gdy czują złość lub lęk (czyli w momencie, gdy to naprawdę potrzebne), a nie tylko na spokojnej sali. To wymaga wielu powtórzeń i praktyki w różnych kontekstach – dlatego praca domowa i zaangażowanie opiekunów są tu kluczowe.
- Integracja zainteresowań dziecka. Szczególnie u ASD, warto wykorzystać specjalne zainteresowania – np. jeśli dziecko pasjonuje się pociągami, można metafory w medytacji budować wokół pociągów („myśli jak wagoniki przejeżdżające przez stację” itp.). To zwiększa motywację i zrozumiałość.
- Elastyczność i indywidualizacja. Dzieci NDD są bardzo różnorodne. W grupie mogą być takie, które chętnie uczestniczą, i takie, które ostentacyjnie odmawiają zamknięcia oczu czy siedzenia. Prowadzący musi być elastyczny: pozwolić np. dziecku z ADHD medytować na



stojąco lub kołysząc się, byle nie przeszkadzało innym; dziecku z ASD dać możliwość trzymania w ręku ukochanego przedmiotu dla poczucia bezpieczeństwa podczas ćwiczenia; i tak dalej. Czasem potrzebna jest praca indywidualna lub w dużo mniejszych grupach, by dostosować tempo i styl do uczestnika.

- Łączenie mindfulness z innymi technikami behawioralnymi. Niektórzy autorzy sugerują, że czysta medytacja może nie wystarczyć i skuteczniejsze są programy hybrydowe. Przykładem jest dodawanie elementów treningu rodziców (parents management training) wraz z mindfulness albo łączenie medytacji z technikami CBT dla dzieci (relaksacja, stop-klatka itd.).

Powyższe modyfikacje zostały zastosowane w programach dedykowanych NDD, takich jak *MYmind* – 9-tygodniowy trening uważności dla dzieci z ADHD/ASD i równoległy trening mindful parenting dla rodziców (Bögels i in., 2013), czy w adaptacjach MBCT dla nastolatków z ADHD (Mitchell i in., 2013). W efekcie, mimo początkowych obaw, praktyka mindfulness okazuje się wykonalna nawet dla dzieci nadpobudliwych czy autystycznych, choć nieraz wymaga to dużej cierpliwości i kreatywności ze strony terapeuty. Warto zaznaczyć, że nie każde dziecko polubi medytację i to też trzeba zaakceptować. Celem jest raczej zaoferować im narzędzie do autoregulacji, które mogą (ale nie muszą) podjąć.

### **3.3.2. Efekty interwencji MBI u dzieci z ASD, ADHD – systematyczne przeglądy i metaanalizy**

Choć badań w tej grupie jest mniej niż nad interwencjami u dzieci neurotypowych, w ostatnich latach ukazało się kilka wartościowych przeglądów i metaanaliz oceniających, na ile mindfulness pomaga dzieciom z ADHD i ASD. W 2018 r. ukazał się systematyczny przegląd Evans i in. (2018) analizujący 16 badań wykorzystujących medytację i uważność u dzieci z ADHD. Wnioski były ostrożne: wiele badań miało wysokie ryzyko błędu, brakowało RCT, a uzyskane efekty były niejednorodne. Ogólnie jednak, tam gdzie mierzono objawy ADHD, odnotowywano spadek nasilenia nadpobudliwości i deficytów uwagi według oceny rodziców i nauczycieli, przy czym często były to dane z otwartych badań. Autorzy podkreślili potrzebę lepszych badań przed formułowaniem zaleceń. Z kolei meta-analiza Cairncross i Miller (2020) zebrała 10 badań (z czego większość to małe pilotaże) i obliczyła łączny efekt interwencji uważności na objawy ADHD. Okazało się, że efekty są całkiem znaczące: redukcja objawów nieuwagi –  $d = 0,66$ , a nadaktywności/impulsywności –  $d = 0,53$ . Oznacza to średniej wielkości poprawę, co klinicznie może być istotne (Cairncross i Miller, 2020).

Trzeba zaznaczyć, że w niektórych tych badaniach równolegle szkolono rodziców (co na pewno pomaga w polepszeniu zachowań dziecka), a także że brakowało długoterminowych badań typu *follow-up*, aby kontrolować utrzymywanie się efektu. Niemniej, wyniki sugerują, że dzieci z ADHD po treningu mindfulness bywają bardziej skupione i mniej impulsywne.



Potwierdzają to także randomizowane próby kliniczne: np. van de Weijer-Bergsma i in. (2012) w pilotażowym RCT wykazali spadek objawów ADHD raportowanych przez rodziców po 8-tygodniowym treningu uważności (bez zmian w grupie kontrolnej), a także poprawę w niektórych obiektywnych testach uwagi. Tan i in. (2021) przeprowadzili meta-analizę skupiającą się tylko na dzieciach i nastolatkach z ADHD i również znaleźli, że mindfulness daje statystycznie istotną poprawę objawów ADHD (średnio  $g \sim 0,40-0,50$ ) w porównaniu do kontroli, choć z zastrzeżeniem, że liczba badań jest mała.

W przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu, wiele początkowych badań to studia przypadków lub małe serie. Np. Singh i in. (2011) opisywali, że proste techniki uważności u dzieci z autyzmem zmniejszały częstość zachowań agresywnych lub autoagresywnych, a nawet poprawiały gotowość do interakcji społecznych. Jednak dopiero nowsze przeglądy próbują zbiorczo ocenić dowody. Cachia, Anderson i Moore (2016) wykonali przegląd dziewięciu badań mindfulness u osób z ASD (dzieci i dorosłych) – wyniki były generalnie pozytywne, wskazując na redukcję lęku, agresji i poprawę funkcjonowania adaptacyjnego, choć większość badań nie była kontrolowana. Najbardziej aktualny jest systematyczny przegląd 37 badań (Simione i in., 2024) MBIs w autyzmie. Autorzy ci podsumowują, że interwencje uważności są obiecujące i wydają się użyteczne dla osób z ASD (oraz ich opiekunów), przynosząc m.in. zmniejszenie stresu psychicznego, redukcję problemowych zachowań oraz poprawę niektórych umiejętności poznawczych i społecznych. Dotyczy to zwłaszcza interwencji łączonych – np. trening dziecka + trening rodziców. Jednak Simione i in. podkreślają, że ogólna jakość badań jest niska, brakuje dużych RCT, a w szczególności niewiele jest badań na małych dzieciach z autyzmem (większość dotyczyła nastolatków lub dorosłych z ASD wysokofunkcjonujących). Dlatego zalecają ostrożność. Nie można jeszcze jednoznacznie zarekomendować MBIs jako standardowej terapii w ASD, ale wyniki są na tyle zachęcające, że warto kontynuować poszukiwania i udoskonalać metody.

Jedno z ciekawszych kontrolowanych badań to RCT Ridderinkhof i in. (2018), gdzie program MYmind (uważność dla nastolatka + rodzica) porównano z treningiem relaksacji dla nastolatków z ASD. Obie grupy odniosły pewne korzyści, ale tylko grupa mindfulness wykazała poprawę w zakresie kontroli uwagi oraz zmniejszenia zachowań antyspołecznych według rodziców. Rodzice w grupie mindfulness zanotowali też spadek własnego stresu rodzicielskiego (Ridderinkhof i in., 2018). To ostatnie jest warte uwagi, bo wiele badań pokazuje, że nawet jeśli wpływ na samo dziecko jest umiarkowany, to rodzice tych dzieci bardzo korzystają z mindfulness, co pośrednio oczywiście pomaga całej rodzinie.

Podsumowując, dotychczasowe badania sugerują, że u dzieci z ADHD interwencje mindfulness mogą zmniejszyć nasilenie objawów ADHD (poprawić uwagę, ograniczyć impulsywność) oraz poprawić zdolność samokontroli emocjonalnej. Efekty te potwierdzono w kilku metaanalizach, choć opierają się one głównie na subiektywnych raportach i wciąż



potrzebne są większe RCT. U dzieci i młodzieży z ASD treningi uważności są możliwe do przeprowadzenia i często raportuje się redukcję lęku, stresu oraz agresji/samoszkodzenia, a także niekiedy poprawę funkcji poznawczych (uwagi) i elementów społecznych (np. zwiększona świadomość emocji). Jednak brak jeszcze wystarczających danych z dużych badań, by określić wielkość tych efektów. Konieczne są dalsze badania z udziałem młodszych dzieci, bo dotąd większość prac dotyczy nastolatków lub wręcz dorosłych z ASD. Warto także wspomnieć, że interwencje mindfulness mogą nie tylko wpływać na objawy „rdzenne” NDD, ale również na współwystępujące problemy. A wiadomo, że ADHD i ASD często współwystępują z lękiem, depresyjnością, zaburzeniami snu, tikami, itp. Mindfulness bywa tu pomocny; np. badania wykazały, że medytacja poprawiła sen u dzieci z ADHD, zmniejszyła lęk społeczny u nastolatków z ASD czy ograniczyła objawy opozycyjno-buntownicze (Viafora i in., 2015). To czyni z mindfulness narzędzie dość uniwersalne, które może uzupełniać inne terapie (np. farmakoterapię, trening umiejętności społecznych). Zwykle nie jest to alternatywa zamiast leków czy intensywnych terapii behawioralnych, ale raczej komponent uzupełniający, wspierający ogólny rozwój umiejętności samoregulacji.

### ***3.3.3. Rekomendacje praktyczne: struktura zajęć, wsparcie rodziny, środowisko szkolne***

Na podstawie powyższych ustaleń, można sformułować kilka praktycznych wskazówek dla wdrażania uważności u dzieci – szczególnie tych z zaburzeniami neurorozwojowymi, ale w dużej mierze odnoszących się też do dzieci neurotypowych.

Struktura zajęć i forma ćwiczeń. Zajęcia mindfulness z dziećmi powinny mieć jasną, przewidywalną strukturę, gdyż dzieci (a zwłaszcza te z ADHD/ASD) lepiej funkcjonują, gdy wiedzą, co je czeka. Zaleca się rozpoczynać każdą sesję w podobny sposób (np. krótkie przypomnienie ostatnich zajęć, „rozgrzewka” w formie kilku świadomych oddechów), następnie wprowadzać nowe ćwiczenie, dyskutować o doświadczeniach i kończyć pozytywnym akcentem (np. ćwiczeniem życzliwości czy rundką podzielenia się, co się podobało). Powtarzalność struktury buduje poczucie bezpieczeństwa (; 2025). Ćwiczenia powinny być krótkie i dostosowane – dla młodszych dzieci lepiej więcej krótkich aktywności niż jedna długa. W przypadku NDD warto przeplatać segmenty statyczne i dynamiczne: np. po 5 minutach siedzenia zrobić 5 minut „uważnego rozciągania” albo zabawę ruchową, żeby rozładować napięcie. Niektóre programy sugerują konkretny harmonogram sesji (np. w MindChamp dla ADHD: 10 min psychoedukacji, 20 min ćwiczeń mindfulness w tym trochę ruchu, 10 min rozmowy) – ważne, by dostosować go do grupy.

Wsparcie rodziny. Zaangażowanie rodziców i opiekunów jest kluczowe. W idealnym przypadku rodzice powinni uczestniczyć w niektórych sesjach lub mieć własne spotkania. Dzięki temu rozumieją, czego dziecko się uczy i mogą ćwiczyć razem z nim w domu. Badania pokazują, że gdy rodzice sami praktykują uważność, zmniejsza się ich stres i poprawia relacja z dzieckiem (Bögels i in., 2014). W praktyce, na koniec zajęć warto dać



dzieciom „zadanie domowe” – np. codziennie przed snem 5 spokojnych oddechów – i poprosić rodzica o przypominanie i ewentualnie wykonywanie razem. Dla dzieci z ASD/ADHD konieczna jest generalizacja do środowiska domowego, inaczej umiejętność zostaje w gabinecie. Dlatego programy takie jak MYmind wprost wymagają udziału rodzica równolegle – rodzice uczą się mindful parentingu, co potem wspiera dziecko (de Bruin i in., 2015). Jeśli rodzice nie mogą być obecni, przynajmniej przekazuje się im materiały (opisy ćwiczeń, nagrania medytacji) i zachęca do współpracy.

Współpraca ze szkołą/otoczeniem. Podobnie jak rodzina, środowisko szkolne odgrywa ogromną rolę w życiu dziecka. Aby trening uważności miał pełny efekt, dobrze jest, gdy szkoła jest przychylna i spójna z tym podejściem. Przykładowo nauczyciel, wiedząc że dziecko chodzi na trening mindfulness, może w klasie praktykować wspólnie krótkie przerwy na oddech lub przypominać dziecku techniki wyciszenia przed testem. W przypadku programów realizowanych w szkołach (MindUP, .b) najlepsze rezultaty są tam, gdzie cała szkoła wdraża elementy uważności i społeczno-emocjonalnego nauczania (Weare, 2013). W kontekście dzieci z NDD, adaptacje środowiskowe są równie ważne – np. dziecko z ADHD może potrzebować więcej przestrzeni ruchowej (pozwolenia na wstanie w trakcie pracy co jakiś czas), a dziecko z ASD – spokojnego kącika sensorycznego. Uważność może być elementem takiego przyjaznego środowiska (np. kącik spokoju w klasie z poduszką do wyciszenia, gdzie dziecko idzie i stosuje technikę oddechową zamiast wpadać w frustrację). Specjaliści zalecają też szkolenie nauczycieli i terapeutów z podstaw mindfulness, aby modelowali oni tę postawę w codziennym kontakcie z dziećmi. Nauczyciel reagujący na trudne zachowanie ucznia w sposób spokojny i uważny (zamiast impulsywnie karcący) może sam wprowadzać element uważności do klasy.

Realistyczne cele i integracja z innymi terapiami. Ważne, by traktować mindfulness nie jako cudowny lek, który wyleczy ADHD czy autyzm, ale jako jedno z narzędzi wspierających dziecko. Cele należy stawiać realistycznie, np. poprawa zdolności wyciszenia się o kilka minut, nauczenie dziecka 1-2 technik, które pomogą mu w stresie. To już dużo. Często mindfulness jest najskuteczniejsze, gdy idzie w parze z innymi interwencjami: treningiem umiejętności społecznych, terapią behawioralną, lekami (jeśli są wskazane). Przykładowo, w ADHD medytacja może pomóc lepiej wykorzystać leki (dziecko świadomiej praktykuje techniki koncentracji, co wraz z lekami stymulującymi daje lepsze efekty szkolne). W autyzmie, uważność może iść w parze z terapią poznawczo-behawioralną lęku, ucząc akceptacji doznań lękowych obok strategii poznawczych.

Ocenianie postępów i elastyczność. Warto monitorować, jak dziecko reaguje na trening. Czy chętnie uczestniczy? Czy w domu czegoś używa? Jeśli coś wyraźnie nie działa (np. dziecko z ASD odmawia zamknięcia oczu – nie upierać się przy tym ćwiczeniu, raczej zaoferować inne podejście, np. medytację otwartych oczu z patrzeniem na świecę). Każde dziecko jest inne:



jeden chłopiec z ADHD może pokochać ćwiczenie z oddechem i używać go przed sprawdzianem, inny uzna to za nudne ale polubi jogę z elementem rywalizacji (kto dłużej postoi jak drzewo). Świątowanie drobnych sukcesów jest ważne – np. jeśli dziecko kiedyś wybuchło w gniewie codziennie, a teraz zdarza mu się to co drugi dzień, to już poprawa. Warto to zauważyć i przypisać też zasłudze dziecka w nauczaniu się uspokajania.

Podsumowując, dostosowanie formy (krócej, konkretniej, bardziej dynamicznie), włączenie rodziców, wsparcie szkolne, oraz łączenie mindfulness z innymi strategiami – to kluczowe elementy udanej interwencji uważnościowej dla dzieci, zwłaszcza tych z dodatkowymi wyzwaniami neurorozwojowymi. W literaturze podkreśla się też znaczenie prowadzącego – powinien on mieć doświadczenie zarówno w mindfulness, jak i w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach. Empatia, poczucie humoru, umiejętność zabawy, to cechy dobrego terapeuty dziecięcego, które w połączeniu z uważną postawą mogą stworzyć naprawdę wspierającą atmosferę na zajęciach. Na zakończenie warto zaznaczyć, że choć mindfulness nie zastąpi specjalistycznych terapii pedagogicznych czy behawioralnych, to może dodać wartościowy wymiar, nauczyć dzieci (i ich rodziców) innego sposobu bycia ze sobą, bardziej spokojnego i akceptującego. Nawet pojedyncze „zasiane ziarno” w postaci prostej techniki oddechowej może w przyszłości kiełkować, pomagając młodemu człowiekowi radzić sobie z wyzwaniami życia. Dlatego integracja uważności w obszar pracy z dziećmi, w tym z NDD, jest kierunkiem, który, jak pokazują obecne dowody, warto dalej rozwijać i doskonalić (Simione i in., 2024).



## Rozdział 4. Metodologia badań własnych

### 4.1. Problem badawczy

Rozwój metod mindfulness, takich jak trening redukcji stresu oparty na uważności (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), stwarza nowe możliwości wsparcia dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi (NDD, ang. neurodevelopmental disorders). Zaburzenia te, w tym m.in. ADHD i ASD, wiążą się z licznymi trudnościami w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym, co negatywnie wpływa na jakość życia dzieci (Błaszczak, 2022). Dzieci z ADHD często przejawiają deficyty uwagi, nadruchliwość i impulsywność, którym towarzyszą problemy z regulacją emocji (np. wysoki poziom lęku czy frustracji; Błaszczak, 2022). Z kolei u dzieci ze spektrum autyzmu obserwuje się trudności społeczne, sztywność zachowań oraz nadmierny stres w sytuacjach społecznych. Trening uważności MBSR, pierwotnie opracowany przez Kabat-Zinna (2003) jako 8-tygodniowy program redukcji stresu dla dorosłych, zakłada kształtowanie umiejętności skupienia uwagi na bieżącej chwili oraz akceptującej postawy wobec własnych doświadczeń (Simione, Frolli, Sciattella i Chiarella, 2024). Dotychczasowe badania sugerują, że praktyka mindfulness może przynosić korzyści także młodszym populacjom, np. poprawiać koncentrację, samokontrolę i zmniejszać nasilenie negatywnych emocji (Simione i in., 2024). Wstępne wyniki badań wskazują, że interwencje oparte na uważności (MBI) mogą redukować objawy ADHD zarówno u dorosłych, jak i u dzieci (Oliva i in., 2021), a u osób z ASD prowadzić do zmniejszenia dystresu psychologicznego, redukcji problemów behawioralnych oraz poprawy funkcji poznawczych i społecznych (Simione i in., 2024). Mimo takich obiecujących rezultatów, w literaturze podkreśla się niedostatek badań nad MBI u dzieci i młodzieży, zwłaszcza z zaburzeniami rozwojowymi, co wymaga ostrożności w formułowaniu jednoznacznych wniosków. W Polsce trening uważności nadal nie należy do standardowych form pomocy psychologicznej dla dzieci z ADHD czy ASD (Błaszczak, 2022), co oznacza lukę między rosnącym zainteresowaniem tą metodą w krajach zachodnich a praktyką krajową.

Główny problem badawczy podjęty w niniejszej pracy dotyczy określenia wpływu udziału w treningu MBSR na funkcjonowanie dzieci z NDD w kluczowych obszarach. Innymi słowy, badanie ma zbadać, czy udział w 8-tygodniowym treningu uważności przynosi u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi poprawę w zakresie poziomu uważności, funkcji poznawczych (uwagi i koncentracji) oraz regulacji emocji, a także jakie czynniki indywidualne i elementy przebiegu treningu warunkują te efekty. Istotne jest również uwzględnienie perspektywy rodziców i terapeutów, w tym ich obserwacji postępów dziecka oraz roli cech osobowości dziecka jako potencjalnych predyktorów zaangażowania w trening. Taki sformułowany problem badawczy wynika z zidentyfikowanych luk w literaturze oraz potrzeb





praktyki psychologicznej, poszukującej skutecznych, holistycznych form terapii dla dzieci z ADHD i ASD.

#### 4.2. Cele i pytania badawcze

Celem głównym badania jest ocena efektywności treningu MBSR u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi oraz pogłębione zrozumienie mechanizmów jego wpływu na funkcjonowanie dziecka. Cel ten rozbija się na kilka szczegółowych aspektów, obejmujących zarówno oczekiwane zmiany w zachowaniu i stanie psychicznym dziecka, jak i czynniki warunkujące przebieg interwencji. Sformułowano następujące eksploracyjne pytania badawcze, które odpowiadają poszczególnym celom szczegółowym:

Pytanie 1. Czy udział w treningu MBSR powoduje u dzieci z NDD wzrost poziomu uważności? – Innymi słowy, czy praktykowanie uważności przez 8 tygodni przekłada się na większą zdolność dziecka do bycia obecnym tu i teraz oraz świadomego kierowania uwagą? Poziom uważności będzie oceniany m.in. na podstawie obserwacji i samoopisu dziecka.

Pytanie 2. Czy w wyniku treningu poprawiają się funkcje poznawcze dzieci (uwaga, koncentracja)? – Pytanie to dotyczy zmian w zdolności skupiania uwagi i utrzymywania koncentracji po zakończeniu interwencji. Sprawdzane będzie, czy dzieci wykazują lepsze funkcje wykonawcze, np. dłuższe utrzymanie uwagi lub mniejszą impulsywność poznawczą, co może przełożyć się na funkcjonowanie szkolne.

Pytanie 3. Czy udział w treningu poprawia regulację emocji u dzieci (redukcja stresu i lęku)? – Tutaj celem jest ustalenie, czy po MBSR dzieci lepiej radzą sobie z emocjami, zwłaszcza w obszarze obniżenia poziomu odczuwanego stresu, napięcia czy lęku. Ocenie podlegać będzie np. częstotliwość zgłaszanych objawów lękowych lub obserwowana przez rodziców/terapeutę reakcja na stresujące bodźce.

Pytanie 4. Czy wyjściowe cechy osobowości dziecka przewidują jego funkcjonowanie i zaangażowanie podczas terapii MBSR? – To pytanie bada, na ile indywidualne różnice temperamentalne i osobowościowe (np. poziom impulsywności, otwartości, neurotyczności) wpływają na przebieg treningu. Czy dzieci o określonych cechach łatwiej angażują się w ćwiczenia uważności i osiągają lepsze rezultaty, czy też przeciwnie, pewne cechy stanowią czynnik utrudniający pełne skorzystanie z interwencji?

Pytanie 5. Jakie postępy w funkcjonowaniu dziecka zauważają jego rodzice oraz terapeutka prowadząca trening? – Pytanie to dotyczy subiektywnej oceny efektów terapii. Rodzice i terapeutka mogą dostarczyć cennych spostrzeżeń na temat zmian w zachowaniu dziecka na co dzień (w domu, szkole) oraz podczas sesji MBSR. Interesujące jest, które obszary (np. koncentracja, samokontrola, relacje z rówieśnikami) uległy poprawie z ich perspektywy.



Pytanie 6. Jakie elementy i metody stosowane w treningu MBSR najbardziej wspierają, a jakie potencjalnie zakłócają proces terapeutyczny? – To jakościowe pytanie ma na celu identyfikację szczególnie skutecznych technik uważności (np. ćwiczenia oddechowe, skanowanie ciała, medytacja ruchu) w kontekście pracy z dziećmi NDD, a także ewentualnych trudności czy barier (np. długość sesji, zrozumiałość instrukcji, czynniki rozpraszające uwagę dzieci). Odpowiedź pozwoli na sformułowanie praktycznych rekomendacji dotyczących adaptacji programu MBSR do potrzeb dzieci z ADHD/ASD.

### **4.3. Metody i narzędzia badawcze**

#### **4.3.1. Dobór próby**

Badanie ma charakter jakościowy i zostało zaprojektowane jako wieloprzypadkowe studium przypadku. W badaniu wzięło udział 5 dzieci w wieku 8-11 lat, u których zdiagnozowano zaburzenia neurorozwojowe: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) lub podejrzenie mieszanych zaburzeń neurorozwojowych. Kryterium włączenia do badania było posiadanie przez dziecko rozpoznania ADHD lub ASD (ew. cech wskazujących na NDD, potwierdzonych opinią psychologiczną/pedagogiczną), wiek szkolny w przedziale młodszych klas podstawowych (8–11 lat) oraz możliwość uczestniczenia w zajęciach grupowych. Grupa badana była zróżnicowana pod względem płci (wśród uczestników znalazły się zarówno dziewczynki, jak i chłopcy) oraz poziomu funkcjonowania poznawczego i społecznego. Każde dziecko uczestniczyło w terapii psychologicznej lub pedagogicznej przed rozpoczęciem treningu uważności, co zapewniło dostęp do wstępnej dokumentacji diagnostycznej, czyli orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii psychologicznych. Przed rozpoczęciem badania uzyskano świadomą zgodę rodziców na udział dzieci w treningu MBSR oraz w badaniu (zgody na zbieranie danych w postaci wywiadów, obserwacji i kwestionariuszy). Zapewniono uczestnikom anonimowość i możliwość wycofania się z badań na każdym etapie. Dzieciom nadano pseudonimy.

#### **4.3.2. Metody zbierania danych**

Zastosowano zróżnicowane metody i narzędzia badawcze, łącząc podejście jakościowe, takie jak wywiady, obserwacje, analiza dokumentów z elementami kwestionariuszowymi dla uzyskania pełniejszego obrazu funkcjonowania dzieci. Poniżej przedstawiono wykorzystane metody oraz narzędzia badawcze:

Wywiad częściowo ustrukturyzowany – Przeprowadzono indywidualne wywiady z dziećmi oraz odrębnie z ich rodzicami (opiekunami) po zakończeniu treningu MBSR. Scenariusz wywiadu zawierał kluczowe pytania dotyczące odczuć i refleksji uczestników na temat treningu (dla dzieci pytania sformułowano w prosty, obrazowy sposób, np. „Co najbardziej ci się podobało na zajęciach uważności?”, „Czy zauważyłeś u siebie jakieś zmiany, np. łatwiej ci się skupić w szkole?”). Wywiady z rodzicami koncentrowały się na ich



obserwacjach potencjalnych zmian w zachowaniu dziecka w codziennym życiu (np. radzenia sobie ze stresem, regulacji emocji, uwagi) oraz na ocenie przydatności treningu z perspektywy opiekuna. Każdy wywiad trwał kilkanaście minut, był nagrywany (za zgodą rozmówców), a następnie dokonano transkrypcji w celu analizy jakościowej (analiza tematyczna w ramach rozdziału wyników).

**Obserwacja** – Podczas każdej z sesji treningu MBSR prowadzono systematyczną obserwację uczestników. Obserwacja uczestnicząca umożliwiała terapeutę badaczowi notowanie na bieżąco zachowań dzieci w trakcie ćwiczeń uważności. Szczególną uwagę zwracano na oznaki zaangażowania (np. udział w ćwiczeniach, skupienie, ciekawość), trudności (rozproszenie uwagi, znużenie, pobudzenie) oraz reakcje emocjonalne dzieci (wyciszenie vs frustracja, niepokój). Obserwacje te miały charakter nieinwazyjny. Odbywały się w naturalnym kontekście zajęć, bez ingerencji w przebieg ćwiczeń. Notatki z obserwacji posłużyły później do uzupełnienia danych jakościowych (pomogły w interpretacji wyników wywiadów oraz kwestionariuszy).

**Analiza dokumentacji** – Wykorzystano dostępne notatki terapeutyczne prowadzone przez terapeutkę w trakcie cyklu zajęć MBSR oraz analizę orzeczeń i opinii psychologiczno-pedagogicznych dotyczących każdego dziecka. Notatki terapeutyczne obejmowały spostrzeżenia prowadzącej z każdej sesji (np. opis nastroju grupy, dynamiki, istotnych wydarzeń jak przełamanie oporu przez któreś z dzieci, czy epizody wycofania). Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinie psychologiczne (wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną) dostarczyły informacji o wcześniejszym funkcjonowaniu dziecka, diagnozach, wynikach testów inteligencji, profilu funkcji poznawczych, zaleceniach terapeutycznych. Analiza tej dokumentacji pomogła scharakteryzować przypadki (przedstawione szerzej w rozdziale wyników) oraz zinterpretować wyniki interwencji w kontekście indywidualnej historii każdego dziecka.

**Kwestionariusze psychologiczne** – W celu ilościowego uzupełnienia danych o funkcjonowaniu dzieci zastosowano zestaw wystandaryzowanych testów psychologicznych, które oceniały kluczowe dla badania zmienne. Baterię testów dobrano tak, by objąć pomiar cech osobowości, funkcjonowania emocjonalno-behawioralnego, zachowań adaptacyjnych oraz subiektywnej uważności dziecka. Wykorzystano następujące narzędzia:

**Test Zdań Niedokończonych Rottera (RISB)** – półustrukturyzowany test projekcyjny służący do oceny przystosowania społeczno-emocjonalnego dziecka. Narzędzie to składa się z 40 początków zdań, które dziecko ma samodzielnie dokończyć, co umożliwia jakościową analizę jego myśli i uczuć. Wersja dla dzieci pozwala wychwycić ewentualne przejawy stresu, lęków czy trudności w relacjach w sposób pośredni, poprzez interpretację wypowiedzi badanego. Test jest znormalizowany i posiada polską adaptację (Rotter, Lah i Rafferty, 1992; polska normalizacja: Jaworowska i Matczak, 2012).



Kwestionariusz Temperamentu EAS-C (Emotionality, Activity, Sociability – Children) – narzędzie opracowane przez Bussa i Plomina (1984) służące do oceny czterech podstawowych wymiarów temperamentu dziecka: emocjonalności, aktywności, towarzyskości oraz nieśmiałości. Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń ocenianych przez rodzica w skali pięciostopniowej, a każda z czterech skal obejmuje pięć pozycji (zakres wyników: 5–25 punktów). Temperament w ujęciu autorów narzędzia rozumiany jest jako względnie stałe, biologicznie uwarunkowane cechy reagowania emocjonalnego i zachowania, które ujawniają się we wczesnym dzieciństwie i stanowią podłoże późniejszego funkcjonowania osobowościowego. W niniejszym badaniu kwestionariusz EAS-C został wypełniony przez rodzica każdego dziecka przed rozpoczęciem treningu uważności. Uzyskane dane posłużyły do opisu indywidualnego profilu temperamentalnego uczestników oraz do analizy pytania badawczego dotyczącego związku cech temperamentalnych z przebiegiem i efektami interwencji. Nie planowano ponownego pomiaru EAS-C po interwencji, gdyż cechy temperamentalne są względnie stałe w krótkim okresie; kwestionariusz służył głównie jako źródło danych wyjściowych i do różnicowania profili uczestników.

SENA – System Diagnozy Dzieci i Młodzieży – zestaw kwestionariuszy klinicznych służących do wielowymiarowej oceny funkcjonowania psychospołecznego dziecka. Narzędzie to obejmuje wersje dla różnych grup wiekowych (w badaniu wykorzystano wersje dla dzieci w wieku szkolnym) oraz różne perspektywy oceny: formularz dla rodzica i nauczyciela, a także (dla starszych dzieci) samoopis. SENA pozwala na identyfikację szerokiego spektrum trudności emocjonalnych i behawioralnych, m.in. objawów lękowych, depresyjnych, problemów z uwagą, nadaktywności, problemów rówieśniczych czy zaburzeń zachowania. Charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością diagnostyczną potwierdzoną w populacji polskiej (Fernández-Pinto i in., 2015; polska adaptacja: Niedziela i in., 2018). W niniejszym badaniu wykorzystano formularz SENA dla rodzica (odpowiedni dla wieku dziecka) przed i po interwencji, aby ocenić ewentualne zmiany w zakresie problemów emocjonalno-behawioralnych z perspektywy domowej. Rodzice wypełniali kwestionariusz SENA, oceniając nasilenie objawów u dziecka w ostatnich tygodniach. Porównanie wyników przed vs. po treningu MBSR pozwoliło w sposób obiektywny sprawdzić, czy zaszły pożądane zmiany, np. spadek poziomu lęku, agresji czy problemów z koncentracją.

#### **4.3.4. Plan analizy danych**

Zebrane dane poddano analizie mieszanej, z przewagą metod jakościowych. Transkrypty wywiadów z dziećmi i rodzicami oraz notatki z obserwacji analizowano metodą analizy tematycznej, wyodrębniając powtarzające się motywy i wątki związane z pytaniami badawczymi. Dla każdego z pięciu przypadków (dzieci) sporządzono szczegółowy opis, studium przypadku uwzględniający jego profil. Takie podejście jest zgodne z eksploracyjnym



celem badania, gdyż celem nie była weryfikacja hipotez statystycznych, lecz bogaty opis zjawiska.

Metodologia badania została dobrana tak, by kompleksowo uchwycić wielowymiarowy wpływ treningu MBSR na dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi. Triangulacja metod (wywiady, obserwacje, kwestionariusze) zwiększa rzetelność uzyskanych wyników, pozwalając spojrzeć na zmiany w funkcjonowaniu dziecka z różnych perspektyw (samego dziecka, rodzica, terapeuty oraz pomiaru testowego). Tak zaplanowane badanie jakościowe stanowi innowacyjny wkład w obszar psychologii klinicznej dziecka oraz odpowiada na zidentyfikowaną lukę badawczą, dostarczając praktycznych wniosków co do efektywności i optymalizacji programu mindfulness dla dzieci z ADHD i ASD. Wszystkie zastosowane metody były przeprowadzone zgodnie z etyką badań z udziałem dzieci; rezultaty analiz zostaną przedstawione w kolejnych rozdziałach wraz z ich omówieniem w kontekście literatury przedmiotu.



## Rozdział 5. Wyniki badań własnych

### 5.1. Procedura badawcza

Badanie zostało przeprowadzone w formule jakościowego studium wielokrotnego przypadku, z uwzględnieniem elementów pomiaru kwestionariuszowego. Procedura badawcza obejmowała realizację autorskiego, ośmiotygodniowego treningu uważności inspirowanego programem MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), zaadaptowanego do potrzeb rozwojowych dzieci w wieku wczesnoszkolnym i do specyfiki ich funkcjonowania emocjonalno-społecznego. W badaniu uczestniczyło pięcioro dzieci: Zosia, Janek, Jaś, Oliwier oraz Leon (pseudonimy). Dobór uczestników miał charakter celowy i był związany z występowaniem u dzieci trudności w obszarze samoregulacji, koncentracji uwagi, funkcjonowania emocjonalnego lub społecznego.

Zajęcia odbywały się raz w tygodniu i były prowadzone w małej grupie przez autorkę pracy. Każde spotkanie trwało około 60 minut i obejmowało ćwiczenia rozwijające uważność, świadomość ciała, koncentrację uwagi oraz zdolność rozpoznawania i regulowania stanów emocjonalnych. Struktura spotkań była powtarzalna i dostosowana do możliwości dzieci. Zajęcia rozpoczynały się krótkim zatrzymaniem i wprowadzeniem do aktualnego doświadczenia, następnie realizowano główne ćwiczenia uważnościowe, takie jak trening oddechu, krótkie medytacje prowadzone, ćwiczenia skanowania ciała, elementy uważnego ruchu oraz aktywności psychoedukacyjne dotyczące emocji. Końcowa część spotkania miała charakter podsumowujący i refleksyjny.

Przed rozpoczęciem interwencji oraz częściowo po jej zakończeniu zastosowano zestaw metod i narzędzi badawczych pozwalających uchwycić zmiany w funkcjonowaniu dzieci. Wykorzystano kwestionariusze dotyczące funkcjonowania emocjonalno-behawioralnego i temperamentu, a także wywiady z dzieckiem i rodzicem oraz systematyczną obserwację uczestniczącą prowadzoną podczas zajęć. Tak zaplanowana procedura umożliwiła uzyskanie danych z kilku źródeł, co zwiększyło rzetelność opisu zmian zachodzących w toku oddziaływania.

Szczególne znaczenie w procedurze badawczej miała obserwacja przebiegu udziału każdego dziecka w treningu. Analizie poddano nie tylko wyniki uzyskane w narzędziach badawczych, ale również sposób reagowania dziecka na proponowane ćwiczenia, poziom jego zaangażowania, gotowość do autorefleksji, umiejętność opisywania przeżyć wewnętrznych, a także jakość kontaktu z grupą i prowadzącą. Pozwoliło to potraktować każde dziecko jako odrębny, indywidualny przypadek kliniczno-rozwojowy. Ze względu na jakościowy charakter badania oraz niewielką liczebność próby analiza wyników nie miała na celu statystycznej weryfikacji hipotez, lecz pogłębione opisanie przebiegu i efektów interwencji uważnościowej u dzieci o zróżnicowanych profilach funkcjonowania. W dalszej części rozdziału przedstawiono szczegółową analizę pięciu przypadków, z uwzględnieniem danych z wywiadu,



obserwacji, wyników narzędzi badawczych oraz indywidualnej reakcji dziecka na trening uważności.

## **5.2. Studium przypadku – Zosia (9 lat)**

### **5.2.1. Charakterystyka uczestniczki i powód zgłoszenia**

Zosia jest dziewięcioletnią dziewczynką, która uczestniczyła w treningu uważności realizowanym w ramach niniejszego badania. Dane dotyczące funkcjonowania dziecka zostały zebrane na podstawie wywiadu z matką, rozmowy indywidualnej z dziewczynką oraz wyników zastosowanych narzędzi diagnostycznych.

Zosia została zgłoszona do udziału w treningu przez matkę, która obserwowała u córki trudności związane z regulacją emocji, zwiększoną wrażliwością emocjonalną oraz pewnymi trudnościami w relacjach rówieśniczych. W wywiadzie matka podkreślała silną więź emocjonalną z córką oraz fakt, że dziewczynka często poszukuje u niej wsparcia i poczucia bezpieczeństwa w sytuacjach trudnych. Jednocześnie matka wskazywała, że Zosia bywa nieśmiała w nowych sytuacjach społecznych oraz potrzebuje więcej czasu, aby poczuć się komfortowo w nowym środowisku.

### **5.2.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne**

Podczas pierwszego kontaktu z badaczką Zosia prezentowała postawę ostrożną i zdystansowaną. W początkowej fazie spotkań obserwowano u niej tendencję do uważnego obserwowania otoczenia oraz badania nowej sytuacji, zanim w pełni się w nią zaangażowała. Dziewczynka chętnie odpowiadała na pytania, jednak jej wypowiedzi były przemyślane i ostrożne. Kontakt wzrokowy był dobry, choć kilkakrotnie dziewczynka szukała wzrokiem matki – co wskazywało na korzystanie z relacji macierzyńskiej jako zasobu regulacyjnego w nowej sytuacji. Tego rodzaju zachowanie można interpretować jako strategię adaptacyjną polegającą na stopniowym oswajaniu nowej sytuacji i budowaniu poczucia bezpieczeństwa.

### **5.2.3. Wywiad z rodzicem**

Wywiad z matką Zosi ujawnił kilka istotnych obszarów funkcjonowania dziewczynki. Matka opisywała córkę jako dziecko o dużej wrażliwości emocjonalnej, które intensywnie przeżywa zarówno radości, jak i trudności. Wskazywała, że Zosia w sytuacjach stresujących może reagować napięciem emocjonalnym oraz objawami somatycznymi, takimi jak bóle brzucha czy przyspieszone bicie serca. Jednocześnie podkreślała pozytywne cechy córki: sumienność, empatię, rozwiniętą wyobraźnię i dobre funkcjonowanie szkolne.

W zakresie relacji rówieśniczych matka wskazywała, że Zosia ma trudności z inicjowaniem nowych kontaktów i potrzebuje dużo czasu na adaptację do grupy. W środowisku domowym dziewczynka jest otwarta i spontaniczna, natomiast w nowych



sytuacjach społecznych wyraźnie hamuje ekspresję. Matka pełni dla dziewczynki ważną funkcję regulacyjną – Zosia często zwraca się do niej po wsparcie emocjonalne w sytuacjach trudnych, co wskazuje na bezpieczną, choć zależną regulację emocjonalną.

#### 5.2.4. Wyniki badań diagnostycznych

##### EAS-C

**Tabela 1**

*Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Zosia*

| Skala EAS-C   | Wynik surowy | Poziom nasilenia | Interpretacja kliniczna                                                                                                          |
|---------------|--------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Emocjonalność | 17           | podwyższona      | Intensywne przeżywanie emocji; większa reaktywność na sytuacje stresujące; trudność w szybkim powrocie do równowagi emocjonalnej |
| Aktywność     | 24           | bardzo wysoka    | Duża dynamika zachowania i potrzeba ruchu; może utrudniać dłuższe skupienie na jednej aktywności                                 |
| Towarzyskość  | 11           | obniżona         | Mniejsza potrzeba częstych kontaktów społecznych; preferencja aktywności indywidualnych; potrzeba bezpieczeństwa w relacjach     |
| Nieśmiałość   | 17           | podwyższona      | Ostrożność i tendencja do wycofania w nowych sytuacjach społecznych; potrzeba więcej czasu na adaptację interpersonalną          |

*Źródło: opracowanie własne. Skala wyników: 5–25 pkt. Kwestionariusz wypełniła matka dziewczynki przed rozpoczęciem treningu uważności.*

Uzyskany profil temperamentalny wskazuje na dziecko o bardzo wysokiej aktywności i podwyższonej emocjonalności, które jednocześnie charakteryzuje się obniżoną towarzyskością i zwiększoną nieśmiałością. Taka konfiguracja cech temperamentalnych sprzyja intensywnemu przeżywaniu emocji i większej wrażliwości na sytuacje stresujące, a jednocześnie wiąże się z większą ostrożnością w kontaktach społecznych. Jest to profil obserwowany u dzieci o tzw. wrażliwym temperamencie społecznym, które posiadają duże zasoby energetyczne, lecz potrzebują bezpiecznego środowiska do ich wyrażania.

Kwestionariusz SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes) w wersji dla rodzica wypełniła matka Zosi dwukrotnie – przed rozpoczęciem interwencji i po jej zakończeniu. Skale kontrolne w obu pomiarach mieściły się w normie, co pozwala uznać odpowiedzi za rzetelne i spójne.





## SENA

### Tabela 2

Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Zosia, pomiar przed i po treningu

| Skala                                   | Przed (T) | Po (T) | Zmiana / interpretacja                                            |
|-----------------------------------------|-----------|--------|-------------------------------------------------------------------|
| WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności | 80        | 66     | Wyraźna poprawa (↓14 pkt); poziom kliniczny → podwyższony         |
| WPE – Problemy Emocjonalne              | 80        | 61     | Wyraźna poprawa (↓19 pkt); poziom kliniczny → górna granica normy |
| WPB – Problemy Behawioralne             | 78        | 59     | Wyraźna poprawa (↓19 pkt); poziom kliniczny → norma               |
| WFW – Funkcje Wykonawcze                | 79        | 77     | Minimalna poprawa; poziom podwyższony utrzymany                   |
| WZO – Zasoby Osobiste                   | 57        | 35     | Spadek; wymaga interpretacji w kontekście klinicznym              |
| Lęk                                     | 71        | 62     | Poprawa (↓9 pkt); poziom podwyższony → górna norma                |
| Lęk społeczny                           | 81        | 75     | Niewielka poprawa; wynik nadal klinicznie podwyższony             |
| Objawy somatyczne                       | 61        | 55     | Poprawa; poziom podwyższony → norma                               |
| Nadaktywność-impulsywność               | 74        | 72     | Stabilizacja; poziom podwyższony w obu pomiarach                  |
| Kontrola złości                         | 71        | 64     | Poprawa (↓7 pkt); poziom kliniczny → podwyższony                  |
| Chwiejność emocjonalna                  | 81        | 72     | Poprawa (↓9 pkt); nadal klinicznie podwyższona                    |
| Sztywność zachowania                    | 90        | 90     | Brak zmiany; poziom kliniczny w obu pomiarach                     |
| Unikanie kontaktów społecznych          | 82        | 86     | Minimalny wzrost; wynik wysoki utrzymany                          |

Źródło: opracowanie własne.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny;  $T 60-69$  = podwyższony;  $T < 60$  = norma. Skróty: WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności, WPE – Wskaźnik Problemów Emocjonalnych, WPB – Wskaźnik Problemów Behawioralnych, WFW – Wskaźnik Trudności w zakresie Funkcji Wykonawczych, WZO – Wskaźnik Zasobów Osobistych.



Analiza wyników przed interwencją wskazuje na znaczące trudności Zosi w obszarze emocjonalnym i behawioralnym. Szczególnie wysokie wyniki odnotowano w skalach lęku społecznego ( $T = 81$ ), chwiejności emocjonalnej ( $T = 81$ ) i sztywności zachowania ( $T = 90$ ), a także unikania kontaktów społecznych ( $T = 82$ ). Profil ten jest spójny z obserwowaną u dziewczynki nieśmiałością, ostrożnością w relacjach i intensywnym przeżywaniem emocji – i koresponduje z profilem temperamentalnym uzyskanym w EAS-C.

Po zakończeniu treningu uważności zaobserwowano wyraźną poprawę w zakresie ogólnego wskaźnika trudności (WDT:  $80 \rightarrow 66$ ) oraz problemów emocjonalnych (WPE:  $80 \rightarrow 61$ ). Istotna poprawa nastąpiła również w obszarze lęku ( $T: 71 \rightarrow 62$ ), kontroli złości ( $T: 71 \rightarrow 64$ ), objawów somatycznych ( $T: 61 \rightarrow 55$ ) i chwiejności emocjonalnej ( $T: 81 \rightarrow 72$ ). Wyniki wskaźnika sztywności zachowania ( $T = 90$ ) oraz unikania kontaktów społecznych pozostały podwyższone, co wskazuje, że te obszary wymagają dłuższej i bardziej ukierunkowanej pracy terapeutycznej.

### ***Analiza materiału projekcyjnego – Test Zdań Niedokończonych Rottera***

Uzupełnieniem diagnozy funkcjonowania emocjonalnego Zosi była analiza materiału uzyskanego w Teście Zdań Niedokończonych Rottera. Narzędzie to pozwala na jakościową ocenę sposobu postrzegania siebie, relacji z innymi ludźmi oraz ogólnego nastawienia emocjonalnego dziecka. Analiza wypowiedzi dziewczynki wskazuje na obecność silnej potrzeby akceptacji oraz pozytywnych relacji z innymi osobami. W wypowiedziach pojawiają się odniesienia do relacji rodzinnych oraz do znaczenia przyjaźni i kontaktów z rówieśnikami. Jednocześnie w niektórych odpowiedziach zauważalne są elementy niepewności oraz obawy przed negatywną oceną ze strony innych. Treści zawarte w odpowiedziach Zosi wskazują również na stosunkowo dobrą zdolność refleksji nad własnymi doświadczeniami oraz na rozwiniętą wrażliwość emocjonalną. Dziewczynka potrafi w sposób adekwatny opisywać sytuacje wywołujące radość, smutek czy napięcie, co może sprzyjać rozwijaniu umiejętności uważnej obserwacji własnych stanów emocjonalnych.

### ***5.2.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne***

W miarę trwania zajęć i budowania relacji terapeutycznej Zosia stopniowo stawała się bardziej otwarta i zaangażowana. Szczególnie dobrze reagowała na ćwiczenia relaksacyjne oraz medytacje prowadzone. Z czasem zaczęła chętnie wykonywać ćwiczenia oddechowe i angażowała się w zadania plastyczne związane z rozpoznawaniem i nazywaniem emocji. Podczas tych aktywności potrafiła wskazywać, w jakich częściach ciała odczuwa różne stany emocjonalne, co świadczyło o rozwijającej się świadomości własnych doświadczeń emocjonalnych i cielesnych.

W sytuacjach grupowych Zosia była postrzegana jako dziewczynka spokojna, dość pewna siebie w wypowiedziach, jednak niezbyt aktywnie poszukująca kontaktów

z rówieśnikami. Po uzyskaniu poczucia bezpieczeństwa w grupie potrafiła opowiadać o swoich przeżyciach i wewnętrznych doświadczeniach w sposób uporządkowany i refleksyjny. Jej wypowiedzi wskazywały na rozwiniętą zdolność do introspekcji oraz obserwowania własnych stanów emocjonalnych.

W kolejnych spotkaniach dziewczynka była coraz bardziej zaangażowana w proponowane aktywności i chętniej dzieliła się swoimi obserwacjami dotyczącymi oddechu, napięcia w ciele oraz przeżywanych emocji. Terapeutka odnotowywała postępujący wzrost zdolności Zosi do świadomego kontaktu z własnymi stanami wewnętrznymi i coraz większą gotowość do otwartego wyrażania ich w grupie.

#### **5.2.6. Podsumowanie przypadku**

Przypadek Zosi ilustruje profil dziecka o podwyższonej wrażliwości emocjonalnej i temperamentalnej nieśmiałości, które z powodzeniem skorzystało z interwencji opartej na uważności. Wyraźna poprawa w zakresie wskaźników emocjonalnych i behawioralnych mierzona kwestionariuszem SENA jest spójna z obserwowanymi podczas zajęć zmianami jakościowymi: wzrostem otwartości, gotowości do ekspresji emocjonalnej i umiejętności interocepcji. Utrzymujące się trudności w zakresie unikania kontaktów społecznych i sztywności zachowania wskazują na obszary wymagające kontynuacji pracy terapeutycznej, być może w formie ukierunkowanego treningu umiejętności społecznych połączonego z praktykami uważnościowymi.

### **5.3. Studium przypadku – Janek (10 lat)**

#### **5.3.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia**

Janek jest chłopcem w wieku 10 lat, uczniem szkoły podstawowej. Do udziału w treningu uważności został zakwalifikowany na podstawie zgłoszenia rodzica, który obserwował u dziecka trudności związane z impulsywnością, nadmierną ruchliwością oraz pojawiającymi się konfliktami w relacjach rówieśniczych. Z informacji uzyskanych w wywiadzie z matką wynika, że Janek jest dzieckiem o bardzo dużej potrzebie aktywności i działania – od najmłodszych lat charakteryzował się wysokim poziomem energii oraz silną potrzebą ruchu.

W środowisku szkolnym pojawiają się trudności związane z koncentracją uwagi oraz reagowaniem emocjonalnym w sytuacjach rywalizacji i konfliktów z rówieśnikami. Relacje rodzinne są opisywane jako dobre i wspierające – w kontakcie z matką widoczna jest bliska i swobodna relacja oparta na poczuciu humoru i spontaniczności. Chłopiec interesuje się aktywnościami sportowymi oraz wszelkimi formami działania wymagającymi ruchu i rywalizacji; w rozmowie podkreśla znaczenie osiągnięć i potrzebę bycia zauważonym oraz docenionym.



### 5.3.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne

Już w pierwszym kontakcie Janek sprawiał wrażenie osoby bardzo pewnej siebie, otwartej i chętnie wchodzącej w interakcję z otoczeniem. W relacji z matką widoczna była swobodna i partnerska dynamika – matka zwracała się do syna w sposób żartobliwy ("Cześć stary"), często klepała go po ramieniu, co sugerowało relację opartą na bliskości i dużej akceptacji. Podczas rozmowy Janek był bardzo ruchliwy i aktywny: często zmieniał pozycję ciała, poruszał się po pomieszczeniu oraz spontanicznie komentował pojawiające się tematy. W kontakcie z badaczką początkowo przyjmował postawę obserwującą i testującą, z czasem jednak nawiązał swobodny kontakt i zaczął spontanicznie opowiadać o swoich zainteresowaniach i doświadczeniach.

### 5.3.3. Wywiad z rodzicem

Matka opisywała syna jako dziecko wrażliwe emocjonalnie, reagujące intensywnie na sytuacje trudne, zwłaszcza związane z relacjami interpersonalnymi oraz poczuciem niesprawiedliwości. W sytuacjach obciążających emocjonalnie obserwuje się u niego tendencję do szybkiego wzrostu napięcia, które może prowadzić do reakcji impulsywnych – wybuchów złości, podniesionego tonu głosu czy trudności w zatrzymaniu reakcji. Jednocześnie matka podkreślała, że po czasie Janek jest zdolny do refleksji nad swoim zachowaniem, co wskazuje na rozwijający się wgląd emocjonalny.

W wypowiedziach matki wyraźnie zarysowała się dynamika relacji rodzeństwa jako potencjalnego obszaru napięć emocjonalnych: obecność siostry wzmacnia zarówno potrzebę rywalizacji Janka, jak i potrzebę uznania i bycia zauważonym – cechy wyraźnie widoczne w jego funkcjonowaniu grupowym. Matka wskazywała również, że w środowisku szkolnym trudności nasilają się, natomiast w domu, przy odpowiednim strukturyzowaniu sytuacji, Janek funkcjonuje lepiej.

### 5.3.4. Wyniki badań diagnostycznych

#### *Profil temperamentu – Kwestionariusz EAS-C*

**Tabela 3**

*Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Janek*

| Skala EAS-C   | Wynik surowy | Poziom nasilenia    | Interpretacja kliniczna                                                                                                                                   |
|---------------|--------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Emocjonalność | 11           | niska / umiarkowana | Względna stabilność emocjonalna na poziomie temperamentalnym; reaktywność pojawia się głównie sytuacyjnie, w kontekstach rywalizacji i niesprawiedliwości |
| Aktywność     | 21           | wysoka              | Duża potrzeba ruchu i stymulacji; preferowanie aktywności fizycznych i zadaniowych; trudność z dłuższym bezruchem                                         |
| Towarzyskość  | 18           | wysoka              | Chętne wchodzenie w interakcje społeczne; potrzeba kontaktu i                                                                                             |



|             |    |             |                                                                                                                                                          |
|-------------|----|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nieśmiałość | 12 | umiarkowana | uznania ze strony grupy rówieśniczej<br>Pewna ostrożność w całkowicie nowych sytuacjach, ustępująca po krótkim czasie adaptacji; bez wyraźnego wycofania |
|-------------|----|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Źródło: opracowanie własne. Skala wyników: 5–25 pkt.

Profil temperamentalny Janka wskazuje na dominację aktywności przy jednocześnie umiarkowanej emocjonalności. Interpretacja kliniczna wskazuje, że trudności regulacyjne chłopca mają charakter raczej behawioralny – problemy z hamowaniem reakcji i deficyty funkcji wykonawczych – niż czysto temperamentalno-emocjonalny. Obserwowana reaktywność emocjonalna pojawia się przede wszystkim w specyficznych kontekstach: rywalizacji i poczucia niesprawiedliwości, a nie jako stała cecha reagowania.

### ***Kwestionariusz SENA – wyniki przed i po treningu uważności***

Skale kontrolne obu pomiarów mieściły się w normie, co potwierdza rzetelność i spójność odpowiedzi udzielonych przez matkę.

#### **Tabela 4**

*Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Janek, pomiar przed i po treningu*

| Skala                                   | Przed (T) | Po (T) | Zmiana / interpretacja                                  |
|-----------------------------------------|-----------|--------|---------------------------------------------------------|
| WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności | 74        | 71     | Minimalna poprawa; poziom kliniczny utrzymany           |
| WPE – Problemy Emocjonalne              | 56        | 52     | Stabilizacja; norma w obu pomiarach                     |
| WPB – Problemy Behawioralne             | 85        | 72     | Pewna poprawa (↓13 pkt); kliniczny → podwyższony        |
| WFW – Funkcje Wykonawcze                | 82        | 87     | Wzrost; poziom kliniczny; trudności utrwalone           |
| WZO – Zasoby Osobiste                   | 46        | 46     | Bez zmian; dolna granica normy                          |
| Problemy z uwagą                        | 100       | 100    | Brak zmiany; ekstremalnie wysoki poziom w obu pomiarach |
| Nadaktywność-impulsywność               | 85        | 87     | Brak istotnej poprawy; poziom kliniczny                 |
| Kontrola złości                         | 80        | 69     | Poprawa (↓11 pkt); kliniczny → podwyższony              |
| Agresja                                 | 88        | 75     | Wyraźna poprawa (↓13 pkt); kliniczny → podwyższony      |
| Nieposłuszeństwo                        | 70        | 63     | Poprawa (↓7 pkt); zmniejszenie trudności                |
| Chwiejność emocjonalna                  | 87        | 66     | Wyraźna poprawa (↓21 pkt); kliniczny → podwyższony      |
| Sztywność zachowania                    | 71        | 69     | Minimalna poprawa; nadal podwyższony                    |

Źródło: opracowanie własne.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny;  $T 60-69$  = podwyższony;  $T < 60$  = norma.



Wyniki przed interwencją wskazują na bardzo nasilony profil trudności behawioralnych, ze szczególnym nasileniem w obszarach uwagi ( $T = 100$ ), agresji ( $T = 88$ ), impulsywności ( $T = 85$ ) i chwiejności emocjonalnej ( $T = 87$ ) – spójny z obrazem klinicznym ADHD. Problemy emocjonalne o charakterze internalizacyjnym (lęk, depresja) pozostają w zakresie normy, co różnicuje Janka od dzieci z dominującym profilem lękowym.

Po zakończeniu treningu wyniki wskazują na selektywną, ale klinicznie istotną poprawę w obszarach regulacji emocjonalnej. Wyraźnie zmniejszyła się chwiejność emocjonalna ( $T: 87 \rightarrow 66$ ) – co stanowi największą zmianę w profilu – a także nasilenie agresji ( $T: 88 \rightarrow 75$ ), kontrola złości ( $T: 80 \rightarrow 69$ ) i nieposłuszeństwo ( $T: 70 \rightarrow 63$ ). Podstawowe trudności neurorozwojowe – uwaga i nadaktywność – pozostały niezmienione, co jest spójne z danymi literaturowymi dotyczącymi ograniczeń krótkich interwencji uważnościowych w redukcji rdzeniowych objawów ADHD.

### ***Analiza materiału projekcyjnego – Test Zdań Niedokończonych Rottera***

Analiza materiału uzyskanego w Teście Zdań Niedokończonych Rottera wskazuje, że Janek postrzega siebie jako osobę aktywną i poszukującą działania. W wypowiedziach chłopca pojawiają się odniesienia do aktywności, zabawy oraz kontaktów z rówieśnikami. Jednocześnie w niektórych odpowiedziach zauważalne są elementy związane z trudnością w radzeniu sobie z frustracją. W sytuacjach, które chłopiec postrzega jako niesprawiedliwe lub ograniczające jego swobodę działania, pojawia się tendencja do reagowania emocjonalnego.

Wypowiedzi Janka wskazują jednak również na obecność pozytywnego obrazu relacji rodzinnych oraz poczucia bezpieczeństwa w środowisku domowym. Chłopiec odnosi się do swojej rodziny w sposób pozytywny i podkreśla znaczenie wspólnych doświadczeń. Analiza jakościowa materiału projekcyjnego sugeruje, że Janek posiada potencjał do rozwijania refleksji nad własnymi doświadczeniami emocjonalnymi, choć w codziennym funkcjonowaniu reaguje raczej spontanicznie i impulsywnie.

### ***5.3.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne***

W początkowej fazie treningu Janek wykazywał trudności w angażowaniu się w ćwiczenia wymagające zatrzymania i skierowania uwagi do wewnątrz. Szczególnie widoczne było to podczas praktyk oddechowych oraz ćwiczeń opartych na bezruchu – chłopiec miał trudność z pozostawianiem w ciszy, co można interpretować jako przejaw niskiej tolerancji na kontakt z własnym doświadczeniem wewnętrznym oraz dominację reaktywnego stylu radzenia sobie.

Z czasem obserwowano stopniowe zmiany. Janek zaczął wykazywać większą gotowość do podejmowania proponowanych ćwiczeń, a jego zdolność do pozostawiania w zadaniu wydłużała się. Szczególnie zaangażował się w ćwiczenia o charakterze wyobrażeniowym oraz zadania plastyczne związane z obrazowaniem emocji. Tworzył



rozbudowane prace, w których przedstawiał m.in. wulkany złości oraz sielskie polany spokoju – prace te wskazywały na bogatą wyobraźnię oraz zdolność symbolicznego przedstawiania własnych stanów emocjonalnych.

Istotnym obszarem zmiany była rozwijająca się zdolność Janka do zauważania własnych stanów wewnętrznych. Pojawiały się momenty, w których potrafił zatrzymać się i odnieść do własnego doświadczenia. Można było zaobserwować krótkie pauzy między bodźcem a reakcją, które stanowią wczesne przejawy kształtowania się zdolności do samoregulacji opartej na uważności. Chłopiec coraz częściej potrafił zatrzymać się na moment i nazwać pojawiające się emocje, a jego gotowość do słuchania wypowiedzi innych uczestników stopniowo wzrastała.

### **5.3.6. Podsumowanie przypadku**

Przypadek Janka ilustruje profil dziecka z nasilonymi trudnościami neurorozwojowymi (ADHD), u którego ośmiotygodniowa interwencja uważnościowa przyniosła selektywne, ale klinicznie istotne efekty. Poprawa dotyczyła przede wszystkim obszarów regulacji emocjonalnej – chwiejności emocjonalnej, kontroli złości i agresji – natomiast rdzeniowe deficyty uwagowe pozostały niezmienione. Obserwacje kliniczne wskazują jednocześnie na jakościowe zmiany: chłopiec rozwinął zdolność do refleksji nad własnymi emocjami i wczesnego hamowania reaktywnych odpowiedzi. Zmiany te – choć nie są w pełni uchwytne w pomiarze kwestionariuszowym – stanowią istotny krok w kierunku rozwijania kompetencji samoregulacyjnych.

## **5.4. Studium przypadku – Jaś (11 lat)**

### **5.4.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia**

Jaś jest chłopcem w wieku 11 lat, u którego rozpoznano zaburzenia koncentracji uwagi i nadmiernej aktywności psychoruchowej (ADHD). Funkcjonowanie intelektualne chłopca mieści się powyżej przeciętnej, jednak jego profil zdolności ma charakter nieharmonijny. Szczególnie dobrze rozwinięte są kompetencje w zakresie rozumowania werbalnego i ilościowego – Jaś sprawnie posługuje się pojęciami matematycznymi i wykazuje szeroki zakres wiedzy ogólnej. Jednocześnie obserwowane są trudności w zakresie pamięci wzrokowej długotrwałej i niektórych procesów językowych, a poziom sprawności grafomotorycznej jest obniżony.

Chłopiec uczestniczył w treningu na wniosek matki, która zgłaszała trudności z koncentracją uwagi, impulsywność oraz trudności w funkcjonowaniu szkolnym. Matka opisywała syna jako pogodnego, ciekawego świata i chętnego do kontaktu z innymi, jednak wskazywała, że jego wysoki poziom energii i impulsywność mogą utrudniać funkcjonowanie w sytuacjach wymagających dłuższego skupienia i samokontroli.



#### 5.4.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne

Już podczas pierwszego kontaktu Jaś sprawiał wrażenie chłopca pogodnego, otwartego i chętnego do nawiązywania relacji. Szybko nawiązał kontakt z prowadzącą, z zainteresowaniem obserwował otoczenie oraz spontanicznie reagował na pojawiające się bodźce. Jednocześnie w jego zachowaniu widoczna była wysoka potrzeba ruchu i podwyższony poziom aktywności psychoruchowej. W trakcie rozmowy Jaś często zmieniał pozycję ciała, poruszał się po pomieszczeniu i sięgał po znajdujące się w jego zasięgu przedmioty. Pomimo tego pozostawał w dobrym kontakcie emocjonalnym i adekwatnie odpowiadał na zadawane pytania.

#### 5.4.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem

W wywiadzie matka opisywała syna jako dziecko pogodne i pełne energii. Wskazywała, że Jaś lubi inne dzieci i chętnie się z nimi bawi, jednak bywa zbyt ruchliwy i impulsywny w relacjach grupowych. Największy problem stanowi koncentracja – chłopiec łatwo się rozprasza i trudno mu długo siedzieć w jednym miejscu. Na pytanie o sposoby radzenia sobie z emocjami wskazała, że rozmowa lub chwila przerwy zwykle pomagają mu się uspokoić. Matka wyraziła przekonanie, że trening uważności może pomóc synowi poprawić koncentrację i łatwiej radzić sobie z emocjami.

W rozmowie z Jasiem chłopiec otwarcie mówił o swoich trudnościach. Zapytany o to, co sprawia mu trudność w szkole, odpowiedział: "Czasami trudno mi siedzieć długo w ławce. Jak jest długo lekcja, to się trochę nudzę". Na pytanie o skupienie przyznał: "Nie zawsze. Jak coś jest ciekawe, to tak. Jak nie, to trudniej". Pytany o emocje potrafił je opisać w kategoriach fizycznych: "Jak się złościę, to się ruszam dużo albo mówię coś szybko". Wyraził też własną gotowość do pracy: "Chciałbym nauczyć się sposobów, żeby mi było łatwiej się skupić w szkole". Ta ostatnia wypowiedź wskazuje na ważny zasób: wewnętrzną motywację do zmiany.

#### 5.4.4. Wyniki badań diagnostycznych

##### *Profil temperamentu – Kwestionariusz EAS-C*

**Tabela 5**

*Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Jaś*

| Skala EAS-C                      | Wynik surowy | Poziom nasilenia         | Interpretacja kliniczna                                                           |
|----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Emocjonalność (złość/frustracja) | 10           | umiarkowanie podwyższona | Stosunkowo intensywna reakcja w sytuacjach frustracji; szybki powrót do równowagi |
| Emocjonalność (lęk)              | 6            | umiarkowana              | Brak dominujących tendencji lękowych w profilu temperamentalnym                   |
| Aktywność                        | 17           | bardzo wysoka            | Silna potrzeba ruchu i działania; trudność z zatrzymaniem i dłuższym bezruchem    |





|              |    |        |                                                                              |
|--------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| Towarzyskość | 22 | wysoka | Duża otwartość społeczna; chętnie inicjowanie kontaktów; swoboda w relacjach |
| Nieśmiałość  | 4  | niska  | Łatwe i spontaniczne wchodzenie w kontakt; brak tendencji do wycofywania się |

Źródło: opracowanie własne. EAS-C w wersji rozszerzonej zawiera dwa komponenty emocjonalności.

Profil temperamentalny Jasia jest spójny z obrazem klinicznym ADHD: bardzo wysoka aktywność, niska nieśmiałość i wysoka towarzyskość wskazują na dziecko impulsywnie i spontanicznie wchodzące w interakcje z otoczeniem. Jednocześnie umiarkowana emocjonalność sugeruje, że podłożem trudności regulacyjnych jest przede wszystkim komponent uwagowo-behawioralny, a nie wysoka reaktywność emocjonalna jako taka. Jest to istotna informacja kliniczna: interwencja powinna koncentrować się na rozwijaniu umiejętności kierowania uwagą i hamowania reakcji, a nie na redukcji pobudzenia emocjonalnego.

### ***Kwestionariusz SENA – wyniki przed i po treningu uważności***

Skale kontrolne obu pomiarów potwierdzają rzetelność i spójność ocen udzielonych przez matkę.

**Tabela 6**

*Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Jaś, pomiar przed i po treningu*

| Skala                                   | Przed (T) | Po (T) | Zmiana / interpretacja                                |
|-----------------------------------------|-----------|--------|-------------------------------------------------------|
| WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności | 50        | 52     | Norma w obu pomiarach; stabilizacja                   |
| WPE – Problemy Emocjonalne              | 37        | 39     | Niski poziom trudności emocjonalnych; utrzymany       |
| WPB – Problemy Behawioralne             | 56        | 57     | Górna granica normy; stabilizacja                     |
| WFW – Funkcje Wykonawcze                | 61        | 65     | Podwyższony poziom utrzymany                          |
| WZO – Zasoby Osobiste                   | 41        | 41     | Poniżej przeciętnej; bez zmian                        |
| Problemy z uwagą                        | 63        | 71     | Wzrost (↑8 pkt); podwyższony → kliniczny              |
| Nadaktywność-impulsywność               | 70        | 74     | Poziom kliniczny w obu pomiarach; minimalny wzrost    |
| Kontrola złości                         | 51        | 55     | Norma; stabilizacja                                   |
| Agresja                                 | 64        | 59     | Niewielka poprawa; norma po interwencji               |
| Chwiejność emocjonalna                  | 57        | 64     | Wzrost; górna granica normy                           |
| Unikanie kontaktów                      | 38        | 38     | Niskie; bez zmian – Jaś nie unika relacji społecznych |

Źródło: opracowanie własne.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny.



Wyniki Jasia przed treningiem lokują się w znacznie bardziej umiarkowanym obszarze niż u Janka – wskaźniki złożone mieszczą się w normie lub na jej granicy, natomiast nasilenie problemów w zakresie uwagi i nadaktywności jest podwyższone lub na granicy klinicznej. Po zakończeniu interwencji obraz jest stabilny, z niewielką tendencją wzrostową w obszarach uwagi i nadaktywności. W interpretacji należy zachować ostrożność: w badaniu jakościowym takie zmiany mogą odzwierciedlać zwiększoną wrażliwość obserwacyjną rodzica (efekt uwrażliwienia) lub naturalne fluktuacje, a nie rzeczywiste pogorszenie. Obserwacje kliniczne z zajęć – omówione poniżej – prezentują wyraźnie korzystniejszy obraz.

### ***Analiza Testu Zdań Niedokończonych Rottera***

Analiza odpowiedzi udzielonych przez Jasia w Teście Zdań Niedokończonych Rottera wskazuje na stosunkowo dobrą zdolność do refleksji nad własnymi doświadczeniami. W wypowiedziach chłopca pojawiają się odniesienia do relacji z innymi ludźmi, przeżyć emocjonalnych oraz sytuacji codziennych. W niektórych odpowiedziach można zauważyć elementy napięcia związanego z relacjami rówieśniczymi oraz potrzebą uzyskania akceptacji ze strony otoczenia. Jednocześnie chłopiec prezentuje pozytywny obraz relacji rodzinnych oraz poczucie bezpieczeństwa w środowisku domowym.

#### ***5.4.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne***

Jaś szybko zaadaptował się do struktury zajęć. Choć początkowo – zgodnie z profilem ADHD – przejawiał trudności z utrzymaniem uwagi w ćwiczeniach statycznych, stosunkowo szybko zaczął angażować się w krótkie medytacje i ćwiczenia oddechowe. Terapeutka odnotowywała u niego wyjątkowo dobrą interocepcję: Jaś potrafił precyzyjnie opisywać doznania z ciała i lokalizować napięcie emocjonalne. W grupie chętnie dzielił się swoimi obserwacjami i w naturalny sposób stawał się przykładem dla innych uczestników.

Szczególnie wartościowe okazały się ćwiczenia wyobrażeniowe. Chłopiec często opisywał swoje wewnętrzne doświadczenia za pomocą obrazu spokojnej przestrzeni w głębi oceanu – metafory, do której powracał w kolejnych sesjach. Wskazuje to na rozwiniętą zdolność do symbolicznego przetwarzania doświadczeń emocjonalnych, będącą ważnym zasobem w pracy opartej na uważności.

Jednocześnie w zachowaniu Jasia widoczna była pewna ambiwalencja wobec emocji – chłopiec wykazywał dużą zdolność ich rozpoznawania i nazywania, a jednocześnie ujawniał przekonanie, że emocje należy ukrywać. W bezpiecznej atmosferze treningu stopniowo odsłaniał swój bogaty świat wewnętrzny. Terapeutka oceniała Jasia jako uczestnika, który w największym stopniu zaangażował się w praktykę uważności spośród wszystkich dzieci w grupie – zarówno pod względem regularności ćwiczeń, jak i refleksyjności w rozmowach podsumowujących zajęcia.



#### **5.4.6. Podsumowanie przypadku**

Przypadek Jasia wyróżnia się na tle grupy przede wszystkim ze względu na wyraźnie rozwinięte zasoby – zdolność do introspekcji, otwartość emocjonalną i wyjątkową interocepcję – które stanowiły sprzyjające warunki dla korzystania z interwencji uważnościowej. Obraz kwestionariuszowy pozostał stosunkowo stabilny (wyjściowe wyniki Jasia nie były silnie podwyższone), natomiast zmiany jakościowe obserwowane przez terapeutkę były wyraźne. Przypadek ten sugeruje, że efekty treningu uważności mogą przejawiać się nie tylko w redukcji nasilenia objawów, ale również w jakościowym pogłębieniu świadomości emocjonalnej i zasobów regulacyjnych – co jest szczególnie wartościowe z perspektywy długofalowego rozwoju kompetencji.

### **5.5. Studium przypadku – Oliwier (10 lat)**

#### **5.5.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia**

Oliwier jest chłopcem w wieku 10 lat, u którego na podstawie badania diagnostycznego ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule*, 2. edycja) potwierdzono obecność spektrum autyzmu. Wynik całkowity wyniósł 16 punktów (próg diagnostyczny:  $\geq 7$  pkt dla spektrum autyzmu), przy czym trudności chłopca koncentrują się przede wszystkim w sferze społecznej (wynik w skali SA = 13) i w mniejszym stopniu dotyczą zachowań stereotypowych i powtarzalnych (RRB = 3).

Chłopiec został zgłoszony do udziału w treningu na wniosek matki, po tym jak nauczyciel ze szkoły zwrócił uwagę na trudności w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Matka opisywała Oliwiera jako spokojne, ciche dziecko, które nie sprawia problemów wychowawczych, jednak ma trudności w sytuacjach konfliktowych w grupie rówieśniczej – nie wie, jak reagować na napięcie interpersonalne i często wycofuje się z sytuacji społecznych.

#### **5.5.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne**

Oliwier podczas pierwszego kontaktu sprawiał wrażenie dziecka bardzo wycofanego i cichego. Siedział z lekko opuszczoną głową, a twarz w dużej mierze przysłaniała długa, jasna grzywka. Dopiero gdy podniósł wzrok, możliwe było nawiązanie pełniejszego kontaktu wzrokowego. Jego ekspresja emocjonalna była stonowana, a wypowiedzi – rzeczowe, lecz krótkie i ograniczone do niezbędnych informacji. Chłopiec nie przejawiał spontanicznej potrzeby rozwijania tematów ani inicjowania rozmowy. W trakcie wypełniania arkusza zwróciła uwagę bardzo staranna forma pisma, co może wskazywać na dużą dbałość o szczegóły i wysoki poziom sumienności.

Obserwacje diagnostyczne z pierwszego spotkania były w pełni spójne z późniejszymi wynikami ADOS-2: ograniczona wzajemność społeczna, słaba modulacja kontaktu wzrokowego, ograniczona ekspresja emocji, trudności w rozumieniu i opisywaniu stanów emocjonalnych własnych i innych osób.



### **5.5.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem**

Matka w wywiadzie opisywała syna jako dziecko, które od zawsze było raczej spokojne i wycofane. Wskazywała, że Oliwier nie sprawia problemów wychowawczych w domu, natomiast trudności ujawniają się przede wszystkim w kontaktach rówieśniczych. Opisała, że chłopiec ma szczególną pasję – piłkę nożną: zbiera karty z piłkarzami i chętnie ogląda mecze, a temat piłki nożnej jest głównym tematem jego rozmów z rówieśnikami.

W rozmowie indywidualnej z chłopcem wyraźnie widoczna była ta sama prawidłowość. Na pytania ogólne Oliwier odpowiadał lakonicznie i potrzebował pytań pomocniczych. Pytany o przyjaciół w szkole odpowiedział: "Czasami. Rozmawiamy o piłce nożnej". Gdy zapytano, co robi, kiedy jest zdenerwowany, powiedział: "Nie wiem. Raczej nie", co wskazuje na ograniczoną świadomość własnych strategii regulacji emocjonalnej. Pytany o to, co pomaga mu się uspokoić, wskazał: "Czasami rysowanie albo siedzenie samemu". Odpowiedzi te są charakterystyczne dla profilu ASD: ograniczona mentalizacja własnych stanów emocjonalnych przy zachowanym indywidualnym stylu regulacji.

### **5.5.4. Wyniki badań diagnostycznych**

#### ***Profil temperamentu – Kwestionariusz EAS-C***

W kwestionariuszu EAS-C, wypełnionym przez matkę przed rozpoczęciem treningu, Oliwier uzyskał profil wskazujący na wysoką towarzyskość przy jednocześnie umiarkowanej aktywności i emocjonalności oraz niskiej nieśmiałości. Profil ten jest o tyle interesujący, że zewnętrzne zachowanie chłopca mogłoby sugerować wycofanie społeczne. Wyniki EAS-C wskazują jednak, że na poziomie temperamentalnym Oliwier nie wykazuje tendencji do unikania kontaktów. Wynika stąd, że obserwowane wycofanie ma charakter raczej funkcjonalny – związany z trudnościami w przetwarzaniu i interpretowaniu sygnałów społecznych, charakterystycznymi dla ASD – niż temperamentalny.

Matka wskazywała, że Oliwier lubi przebywać z innymi dziećmi i preferuje zabawy grupowe, jednak jego wysoki poziom towarzyskości nie przekłada się bezpośrednio na efektywne funkcjonowanie społeczne. Chłopiec ma trudności z budowaniem relacji wykraczających poza wspólne zainteresowanie piłką nożną, co jest spójne z charakterystycznym dla ASD ograniczeniem komunikacji społecznej.

#### ***Kwestionariusz SENA – wyniki przed i po treningu uważności***

Ze względu na specyfikę funkcjonowania Oliwiera jako dziecka z ASD, interpretacja wyników SENA wymaga szczególnej ostrożności. Profil kwestionariuszowy jest zdominowany przez trudności internalizacyjne, co jest spójne z obrazem klinicznym spektrum autyzmu z komponentem lękowym.



**Tabela 7**

*Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Oliwier, pomiar przed i po treningu*

| Skala                                   | Przed (T) | Po (T) | Zmiana / interpretacja                           |
|-----------------------------------------|-----------|--------|--------------------------------------------------|
| WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności | 51        | 53     | Poziom przeciętny w obu pomiarach; stabilizacja  |
| WPE – Problemy Emocjonalne              | 70        | 64     | Poprawa (↓6 pkt); poziom kliniczny → podwyższony |
| WPB – Problemy Behawioralne             | 41        | 41     | Norma; brak zmian – profil nieeksternalizacyjny  |
| WFW – Funkcje Wykonawcze                | 56        | 56     | Norma; stabilizacja                              |
| Depresja (centyl)                       | 99        | 96     | Poziom kliniczny utrzymany; niewielka poprawa    |
| Lęk (centyl)                            | 92        | 84     | Poprawa; poziom kliniczny → podwyższony          |
| Lęk społeczny (centyl)                  | 98        | 82     | Poprawa; poziom kliniczny → podwyższony          |
| Sztywność zachowania (centyl)           | 100       | 100    | Brak zmiany; poziom kliniczny                    |
| Unikanie kontaktów społecznych (centyl) | 100       | 98     | Minimalna poprawa; poziom kliniczny utrzymany    |

*Źródło: opracowanie własne.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny. Dla niektórych skal podano centyle ze względu na dostępność danych.*

Wyniki przed interwencją ujawniają wyraźny profil internalizacyjny typowy dla ASD z komponentem lękowym: bardzo wysokie wartości w skalach depresji (centyl 99), lęku (centyl 92) i lęku społecznego (centyl 98) przy niskich wynikach w obszarze problemów behawioralnych (eksternalizacyjnych). Szczególnie wysokie wartości unikania kontaktów społecznych (centyl 100) i sztywności zachowania (centyl 100) są bezpośrednio związane ze strukturalnymi cechami ASD.

Po zakończeniu interwencji zaobserwowano umiarkowane obniżenie wyników w obszarze lęku (centyl: 92→84) i lęku społecznego (centyl: 98→82). Sztywność zachowania i unikanie kontaktów społecznych nie uległy zmianie, co jest spójne z głęboko strukturalnym charakterem tych trudności w ASD. Ogólny wskaźnik doświadczanych trudności (WDT) pozostał stabilny.

### ***Analiza Testu Zdań Niedokończonych Rottera***

Analiza odpowiedzi udzielonych przez Oliwiera w Teście Zdań Niedokończonych Rottera wskazuje na pozytywny obraz relacji rodzinnych oraz stosunkowo stabilne poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego. W wypowiedziach chłopca pojawiają się odniesienia do codziennych doświadczeń szkolnych, zainteresowań oraz relacji z rówieśnikami. Odpowiedzi mają charakter spokojny i zrównoważony, a w treściach nie pojawiają się wyraźne oznaki silnego napięcia emocjonalnego.



#### **5.5.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne**

Przebieg treningu Oliwiera był odmienny od pozostałych uczestników. Chłopiec od początku uczestniczył w zajęciach spokojnie i bez oporu, jednak jego zaangażowanie miało specyficzny charakter: Oliwier wykonywał polecenia starannie i dokładnie, jednak rzadko spontanicznie dzielił się swoimi przeżyciami lub inicjował wymianę z grupą.

Terapeutka odnotowywała stopniowe, subtelne zmiany w jakości kontaktu. W kolejnych sesjach Oliwier coraz częściej podnosił wzrok i nawiązywał kontakt wzrokowy podczas ćwiczeń. Zaczął też odpowiadać na pytania dotyczące własnych odczuć z ciała – początkowo jednosylabowo, z czasem nieco bardziej rozbudowanie. Ćwiczenia oddechowe i skanowanie ciała były wykonywane przez niego bardzo starannie i systematycznie, co wskazywało na wewnętrzne zaangażowanie trudne do uchwycenia w tradycyjnej obserwacji behawioralnej.

Największą trudnością pozostawała werbalizacja przeżyć emocjonalnych. W ćwiczeniach wymagających opisu własnego stanu Oliwier najczęściej ograniczał się do stwierdzenia "dobrze" lub "nie wiem". Terapeutka notowała, że chłopiec wydawał się przeżywać ćwiczenia uważności, jednak brakowało mu narzędzi językowych do ich wyrażenia. Pracę z emocjami ułatwiały zadania plastyczne, podczas których mógł wyrażać swoje stany w sposób niewerbalny.

#### **5.5.6. Podsumowanie przypadku**

Przypadek Oliwiera ilustruje specyfikę pracy z dzieckiem z ASD w ramach interwencji uważnościowej. Zmiany w zakresie wyników kwestionariuszowych były umiarkowane – wyraźniejsza poprawa nastąpiła w obszarze lęku i lęku społecznego. Jednocześnie obserwacje kliniczne ujawniają istotne zmiany jakościowe: wzrost kontaktu wzrokowego, zwiększoną responsywność na ćwiczenia interoceptywne oraz stopniowe rozwijanie zdolności do wyrażania stanów emocjonalnych. Przypadek ten wskazuje, że w ASD efekty interwencji uważnościowej mogą być w większym stopniu widoczne w wymiarze jakościowym niż ilościowym, a ich uchwycenie wymaga triangulacji danych z pomiaru kwestionariuszowego i obserwacji klinicznej.

### **5.6. Studium przypadku – Leon (8 lat)**

#### **5.6.1. Charakterystyka uczestnika i powód zgłoszenia**

Leon jest chłopcem w wieku 8 lat, uczniem szkoły podstawowej. Został zgłoszony do udziału w treningu uważności przez matkę, która wskazywała trudności wychowawcze oraz problemy z funkcjonowaniem dziecka w środowisku szkolnym. Matka zgłaszała przede wszystkim impulsywność dziecka, trudności w podporządkowaniu się zasadom, zachowania buntownicze i opozycyjne oraz trudności z koncentracją uwagi. Wyrażała przekonanie, że



trudności Leona mogą mieć charakter neurorozwojowy, szczególnie w kierunku ADHD, i wskazywała, że szkoła nie zapewnia dziecku wystarczającego wsparcia.

Profil funkcjonowania poznawczego Leona wskazuje na przeciętny poziom inteligencji przy jednoczesnych trudnościach w zakresie pamięci roboczej, koncentracji uwagi oraz regulacji impulsów. Istotną okolicznością kontekstową był fakt, że uczestnictwo Leona w treningu zostało zainicjowane wyłącznie przez rodzica – sam chłopiec nie wyrażał własnej motywacji do udziału w zajęciach.

#### **5.6.2. Pierwsze spotkanie – wrażenie diagnostyczne**

Podczas pierwszych spotkań Leon prezentował wysoki poziom oporu wobec proponowanych aktywności. Obserwowano niechęć do udziału w ćwiczeniach, krytyczne komentarze wobec treningu i zachowania opozycyjne. Chłopiec często kwestionował sens ćwiczeń i odmawiał udziału w niektórych aktywnościach. Jednocześnie można było odnieść wrażenie, że jego opór nie wynikał z wrogości, lecz z braku własnego rozumienia celu uczestnictwa – co koresponduje z zewnątrzsterownym charakterem decyzji o zapisaniu go na zajęcia.

#### **5.6.3. Wywiad z rodzicem i dzieckiem**

W wywiadzie matka wskazywała, że Leon jest żywym, energicznym dzieckiem o szerokich zainteresowaniach. Na pytanie o zachowanie syna w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego opisała stosowaną strategię: "Jak Leon jest bardzo zdenerwowany, prosimy go, żeby poszedł do pokoju. On się kładzie na łóżku i po jakimś czasie wraca spokojniejszy". Matka wyrażała wysokie oczekiwania wobec treningu, licząc na poprawę funkcjonowania szkolnego i lepszą kontrolę emocji.

Rozmowa z Leonem ujawniła umiarkowany poziom zaangażowania. Chłopiec chętnie opowiadał o swoich zainteresowaniach – piłce nożnej i kolekcjonowaniu kart z piłkarzami – natomiast wyraźnie mniej angażował się w rozmowę dotyczącą emocji i trudności. Na pytanie "Dlaczego przyszedłeś na te zajęcia?" odpowiedział wprost: "Mama mnie zapisała". Zapytany, czy myśli, że ćwiczenia mogą mu się przydać, stwierdził: "Nie wiem, zobaczę". Odpowiedzi te jasno sygnalizują brak własnej motywacji do uczestnictwa. Opisywana przez rodzinę strategia wycofania do pokoju i kładzenia się na łóżku wskazuje na rozwijającą się, choć nieświadomą, indywidualną formę regulacji napięcia emocjonalnego.

#### **5.6.4. Wyniki badań diagnostycznych**

##### ***Profil temperamentu – Kwestionariusz EAS-C***

W kwestionariuszu EAS-C, wypełnionym przez matkę, Leon uzyskał wyniki wskazujące na bardzo wysoką aktywność i podwyższoną reaktywność emocjonalną. Poziom towarzyskości jest wysoki – chłopiec chętnie przebywa z innymi dziećmi i łatwo nawiązuje



relacje. Poziom nieśmiałości jest niski – Leon raczej szybko i spontanicznie wchodzi w interakcje społeczne. Uzyskany profil temperamentalny jest spójny z obrazem klinicznym: dziecko o dużej energii, impulsywnej reaktywności emocjonalnej i silnej potrzebie kontaktu społecznego, u którego konflikty z rówieśnikami wynikają raczej z impulsywności niż wycofania. Profil ten jest istotny dla rozumienia oporu wobec treningu: ćwiczenia wymagające zatrzymania i wyciszenia są dla Leona szczególnie trudne właśnie ze względu na jego temperament.

### ***Kwestionariusz SENA – wyniki przed i po treningu uważności***

Skale kontrolne obu pomiarów mieściły się w normie, co potwierdza rzetelność odpowiedzi udzielonych przez matkę.

**Tabela 8**

*Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Leon, pomiar przed i po treningu*

| Skala                                   | Przed (T) | Po (T) | Zmiana / interpretacja                            |
|-----------------------------------------|-----------|--------|---------------------------------------------------|
| WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności | 67        | 64     | Poziom wysoki w obu pomiarach; minimalna poprawa  |
| WPE – Problemy Emocjonalne              | 53        | 55     | Norma; stabilizacja                               |
| WPB – Problemy Behawioralne             | 74        | 69     | Pewna poprawa (↓5 pkt); kliniczny → góra norma    |
| WFW – Funkcje Wykonawcze                | 78        | 80     | Wzrost; poziom kliniczny utrzymany                |
| WZO – Zasoby Osobiste                   | 48        | 42     | Nieznaczny spadek; poniżej przeciętnej            |
| Problemy z uwagą                        | 68        | 60     | Poprawa (↓8 pkt); podwyższony → norma             |
| Nadaktywność-impulsywność               | 77        | 68     | Poprawa (↓9 pkt); kliniczny → podwyższony         |
| Kontrola złości                         | 72        | 72     | Brak zmiany; poziom kliniczny utrzymany           |
| Agresja                                 | 77        | 63     | Wyraźna poprawa (↓14 pkt); kliniczny → góra norma |
| Nieposłuszeństwo                        | 61        | 67     | Wzrost; góra norma → podwyższony                  |
| Chwiejność emocjonalna                  | 74        | 72     | Minimalna poprawa; poziom kliniczny               |
| Sztywność zachowania                    | 76        | 85     | Wzrost (↑9 pkt); trudności nasilone               |

*Źródło: opracowanie własne.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny;  $T 60-69$  = podwyższony;  $T < 60$  = norma.*

Wyniki przed interwencją ujawniają bardzo nasilony profil eksternalizacyjny: szczególnie wysokie wyniki w skalach nadaktywności-impulsywności ( $T = 77$ ), agresji ( $T = 77$ ) i kontroli złości ( $T = 72$ ), a także chwiejności emocjonalnej ( $T = 74$ ) i sztywności zachowania ( $T = 76$ ). Profil ten bezpośrednio odzwierciedla obserwowane trudności z zaangażowaniem się w proponowane aktywności i wysoki opór wobec struktury zajęć.





Po zakończeniu interwencji obraz jest niejednoznaczny. Z jednej strony odnotowano pewną poprawę w obszarze nadaktywności-impulsywności (T: 77→68) i agresji (T: 77→63) oraz problemów z uwagą (T: 68→60). Z drugiej strony wzrosło nasilenie sztywności zachowania (T: 76→85) i nieposłuszeństwa. Brak spójności zmian oraz ich niewielkie rozmiary sugerują, że zaobserwowane fluktuacje mieszczą się w granicach błędu pomiarowego. Nie można wskazać jednoznacznej korzystnej zmiany wynikającej bezpośrednio z interwencji.

### ***Interpretacja Testu Zdań Niedokończonych Rottera***

Analiza odpowiedzi udzielonych przez Leona w Teście Zdań Niedokończonych Rottera wskazuje na przeciętny poziom przystosowania emocjonalnego przy jednocześnie widocznych trudnościach w zakresie regulacji emocji i kontroli impulsów. W wielu wypowiedziach pojawia się motyw złości, trudności w panowaniu nad reakcjami oraz drażliwości w kontaktach z innymi dziećmi.

Jednocześnie wypowiedzi dziecka wskazują na zachowane zainteresowania oraz aspiracje rozwojowe, szczególnie w obszarze aktywności sportowej. W odpowiedziach widoczna jest także refleksyjność oraz świadomość własnych reakcji emocjonalnych, co może stanowić istotny zasób w procesie pracy terapeutycznej. Wyniki testu sugerują, że głównym obszarem trudności dziecka jest regulacja emocji, w szczególności radzenie sobie ze złością oraz impulsywnymi reakcjami w sytuacjach społecznych.

#### ***5.6.5. Przebieg treningu uważności – obserwacje kliniczne***

Leon przez znaczną część treningu prezentował postawę dystansu i oporu. Kwestionował sens ćwiczeń, prezentował postawę obserwatora raczej niż aktywnego uczestnika i wyraźnie dawał do zrozumienia, że jego obecność wynika z decyzji matki, a nie własnego wyboru. Terapeutka notowała, że próby angażowania Leona wprost spotykały się z opozycją, natomiast pozostawienie mu przestrzeni i niekomentowanie jego postawy sprzyjało stopniowemu, fragmentarycznemu uczestnictwu.

W toku kolejnych sesji obserwowano pojedyncze momenty, w których Leon angażował się w ćwiczenia – zwłaszcza gdy były one krótkie, konkretne i związane z ruchem lub elementem wyzwania. Terapeutka odnotowała, że chłopiec wykazywał ciekawość wobec ćwiczeń oddechowych, gdy były one przedstawione jako sprawdzian możliwości ("zobaczmy, jak długo uda ci się skupić na oddechu"), natomiast reagował oporem na ćwiczenia opisywane jako relaksacyjne lub wyciszające.

W kontekście grupowym Leon często szukał kontaktu z innymi dziećmi poza strukturą ćwiczeń – rozmawiał, komentował, żartował. To zachowanie, choć zakłócające przebieg zajęć, wskazuje na zachowaną gotowość do relacji i może być traktowane jako zasób w przyszłej pracy terapeutycznej.



### **5.6.6. Podsumowanie przypadku**

Przypadek Leona jest szczególnie wartościowy poznawczo jako ilustracja ograniczeń interwencji uważnościowej w kontekście braku motywacji wewnętrznej uczestnika. Brak wyraźnej zmiany kwestionariuszowej oraz wysoki poziom oporu podczas zajęć są spójne z modelami motywacji wskazującymi, że interwencje psychologiczne wymagają minimalnego poziomu własnego zaangażowania, aby mogły przynosić efekty (Ryan i Deci, 2000). Jednocześnie obserwacje kliniczne ujawniają pewne zasoby chłopca – otwartość na relacje, ciekawość, poczucie humoru – które mogą stanowić punkt wyjścia dla przyszłej pracy pod warunkiem uprzedniego zbudowania własnej motywacji do zmiany i świadomości potrzeby wsparcia.



## Rozdział 6. Analiza porównawcza przypadków

W niniejszym rozdziale dokonano syntezy danych uzyskanych w ramach pięciu studiów przypadku. Celem analizy porównawczej jest odpowiedź na pytania badawcze dotyczące zróżnicowania profili temperamentalnych uczestników, zmian w zakresie funkcjonowania emocjonalno-behawioralnego po treningu uważności oraz czynników moderujących efektywność interwencji. Zestawienie opiera się na danych kwestionariuszowych (EAS-C, SENA pre i post) oraz obserwacjach klinicznych gromadzonych systematycznie w toku treningu.

### 6.1. Porównanie profili temperamentalnych uczestników

Pierwszym etapem analizy porównawczej było zestawienie profili temperamentalnych pięciorga uczestników na podstawie Kwestionariusza EAS-C. Profile te stanowiły wyjściowe zróżnicowanie indywidualne grupy i – zgodnie z pytaniem badawczym dotyczącym moderatorów efektywności – mogły warunkować przebieg i efekty interwencji.

**Tabela 9**

*Porównanie profili temperamentalnych uczestników badania (EAS-C)*

| Uczestnik       | Emocjonalność | Aktywność     | Towarzyskość | Nieśmiałość | Dominujące cechy temperamentalne                                              |
|-----------------|---------------|---------------|--------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Zosia (9 l.)    | podwyższona   | bardzo wysoka | obniżona     | podwyższona | Wysoka aktywność przy wycofaniu społecznym i silnej reaktywności emocjonalnej |
| Janek (10 l.)   | niska/umiark. | wysoka        | wysoka       | umiarkowana | Dominacja aktywności; wysoka towarzyskość; względna stabilność emocjonalna    |
| Jaś (11 l.)     | umiark. podw. | bardzo wysoka | wysoka       | 4 – niska   | Bardzo aktywny i towarzyski; otwarta ekspresja emocji; niska nieśmiałość      |
| Oliwier (10 l.) | umiarkowana   | umiarkowana   | wysoka       | niska       | Spokojny, społeczny; wrażliwość em. umiarkowana; ograniczona ekspresja (ASD)  |



|             |             |               |        |       |                                                                                   |
|-------------|-------------|---------------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Leon (8 l.) | podwyższona | bardzo wysoka | wysoka | niska | Wysoka energia,<br>impulsywna<br>reaktywność<br>emocjonalna;<br>niska nieśmiałość |
|-------------|-------------|---------------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|

*Źródło: opracowanie własne. Wyniki surowe dla Zosi i Jasia; dane opisowe dla Janka, Oliwiera i Leona.*

Analiza porównawcza ujawnia wyraźne zróżnicowanie grupy. Wspólną cechą większości uczestników jest wysoki lub bardzo wysoki poziom aktywności – co jest spójne z kryteriami doboru próby (dzieci z trudnościami w obszarze samoregulacji i uwagi). Wyraźnie wyróżnia się Zosia, u której jedynej odnotowano obniżoną towarzyskość i podwyższoną nieśmiałość – profil typowy dla dzieci z lękowym wzorcem funkcjonowania społecznego. Jest to istotne: jej wyraźna poprawa po treningu może być częściowo wyjaśniona właśnie tą cechą – dzieci o wyższej wrażliwości emocjonalnej i skłonności do introspekcji mogą łatwiej korzystać z interwencji uważnościowych.

Interesująca jest obserwacja dotycząca Oliwiera: chociaż jego zachowanie podczas zajęć mogło sprawiać wrażenie wycofania, profil EAS-C wskazuje na wysoką towarzyskość i niską nieśmiałość. Oznacza to, że wycofanie Oliwiera ma charakter funkcjonalny (związany ze strukturalnymi trudnościami ASD w przetwarzaniu sygnałów społecznych), a nie temperamentalny. Dzieci o bardzo wysokiej aktywności i niskiej nieśmiałości (Janek, Leon) były bardziej reaktywne na strukturę zajęć i wymagały innego podejścia niż uczestnicy o spokojniejszym profilu temperamentalnym.

## 6.2. Zmiany w funkcjonowaniu emocjonalno-behawioralnym

Centralnym elementem analizy wyników był pomiar zmian w funkcjonowaniu dzieci przed i po treningu uważności przy użyciu kwestionariusza SENA w wersji dla rodzica. Poniższe zestawienie obejmuje kluczowe wskaźniki złożone dla wszystkich uczestników.

**Tabela 10**

*Porównanie wyników SENA (wskaźniki złożone, skala T) – wszyscy uczestnicy*

| Uczestnik | WDT<br>pre | WDT<br>post | WPE<br>pre | WPE<br>post | WPB<br>pre | WPB<br>post | Ocena efektu<br>interwencji                                                             |
|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Zosia     | 80         | 66          | 80         | 61          | 78         | 59          | Wyraźna<br>poprawa –<br>wszystkie<br>wskaźniki<br>złożone<br>obniżone o 11–<br>19 pkt T |
| Janek     | 74         | 71          | 56         | 52          | 85         | 72          | Selektywna<br>poprawa –<br>widoczna w<br>regulacji emocji<br>(chwiejność,               |



|         |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                     |
|---------|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jaś     | 50 | 52 | 37 | 39 | 56 | 57 | agresja); uwaga<br>niezmieniona<br>Stabilizacja –<br>wyniki<br>wyjściowo w<br>normie; zmiany<br>jakościowe<br>niewidoczne w<br>SENA |
| Oliwier | 51 | 53 | 70 | 64 | 41 | 41 | Umiarkowana<br>poprawa<br>internalizacyjna;<br>stabilność<br>profilu ASD                                                            |
| Leon    | 67 | 64 | 53 | 55 | 74 | 69 | Brak istotnej<br>zmiany;<br>fluktuacje w<br>granicach błędu<br>pomiarowego                                                          |

Źródło: opracowanie własne. WDT – Wskaźnik Doświadczanych Trudności; WPE – Wskaźnik Problemów Emocjonalnych; WPB – Wskaźnik Problemów Behawioralnych.  $T \geq 70$  = poziom kliniczny.

Zestawienie wyników wskazuje na wyraźne zróżnicowanie efektów interwencji pomiędzy uczestnikami. Najwyraźniejsza poprawa odnotowana przez rodziców dotyczy Zosi, u której wszystkie trzy wskaźniki złożone obniżyły się o 11–19 punktów T. W przypadku Janka poprawa jest selektywna: widoczna przede wszystkim w obszarze regulacji emocjonalnej (chwiejność emocjonalna, agresja, kontrola złości) przy braku zmian w zakresie uwagi i nadaktywności. Jaś prezentuje stabilność wyników kwestionariuszowych – jego wyniki wyjściowe mieściły się w normie lub na jej granicy, a zmiany po interwencji są marginalne; istotne efekty ujawniły się natomiast w obserwacji klinicznej. Oliwier wykazał niewielką, ale konsekwentną poprawę problemów emocjonalnych, spójną z obserwowanymi jakościowymi zmianami kontaktu. Leon jest jedynym uczestnikiem, u którego nie zaobserwowano wyraźnego efektu ani kwestionariuszowego, ani klinicznego.

### 6.3. Moderatory efektywności treningu uważności

Na podstawie analizy przypadków i danych porównawczych zidentyfikowano trzy główne czynniki, które w kontekście badanej grupy różnicowały efektywność treningu uważności. Ze względu na jakościowy charakter badania i małą liczebność próby wnioski te mają charakter eksploracyjny i wymagają weryfikacji w badaniach o większej skali.

#### 6.3.1. Motywacja autonomiczna

Najbardziej wyrazistym czynnikiem różnicującym okazała się motywacja wewnętrzna uczestnika. Leon, jako jedyne dziecko, którego uczestnictwo zostało w całości zainicjowane przez rodzica bez własnej gotowości dziecka, prezentował też najwyższy poziom oporu i brak



efektów w pomiarze kwestionariuszowym. Pozostali uczestnicy – nawet ci, którzy początkowo przejawiają trudności z angażowaniem się – wykazywali przynajmniej minimalny poziom własnego zaangażowania (Jaś wyraźnie artykułował: "chciałbym nauczyć się sposobów, żeby mi było łatwiej"). Obserwacja ta jest spójna z założeniami Teorii Autodeterminacji (Ryan i Deci, 2000): autonomiczna motywacja jest niezbędnym warunkiem efektywnego korzystania z interwencji psychologicznych.

### **6.3.2. Zdolność do introspekcji i interocepcji**

Uczestnicy, którzy wykazywali wyższą zdolność do rozpoznawania i opisywania własnych stanów wewnętrznych, osiągalni wyraźniejsze korzyści z interwencji zarówno w pomiarze kwestionariuszowym, jak i w obserwacji klinicznej. Jaś – oceniany przez terapeutkę jako wykazujący wyjątkowo dobrą interocepcję – zaangażował się w trening w największym stopniu spośród wszystkich uczestników. Zosia, choć początkowo wycofana, wykazywała rozwinięty potencjał do refleksji nad własnymi przeżyciami. Z kolei Oliwier, u którego werbalizacja stanów emocjonalnych była wyraźnie ograniczona (charakterystycznie dla ASD), osiągnął efekty przede wszystkim w jakościowym wymiarze kontaktu, nie w wymiarze kwestionariuszowym. Zdolność do introspekcji wydaje się być zatem zasobem ułatwiającym korzystanie z praktyk uważności.

### **6.3.3. Specyfika diagnozy neurorozwojowej**

Profil zmian różnił się w zależności od rodzaju trudności neurorozwojowych. U dzieci z ADHD (Janek, Jaś) interwencja w większym stopniu adresowała regulację emocjonalną i impulsywność, natomiast rdzeniowe trudności uwagowe pozostały bez istotnej zmiany. U Oliwiera (ASD) zmiany miały charakter bardziej jakościowy – dotyczyły subtelnych aspektów kontaktu i świadomości emocjonalnej. Obserwacja ta jest spójna z modelem dual-process w ASD, sugerującym, że interwencje uważnościowe adresują przede wszystkim top-down procesy regulacji poznawczej, podczas gdy głębsze wzorce limbiczne wymagają długofalowych, intensywniejszych oddziaływań.

## **6.4. Podsumowanie wyników**

Ośmiotygodniowy trening uważności inspirowany programem MBSR przyniósł zróżnicowane efekty w badanej grupie pięciorga dzieci z trudnościami neurorozwojowymi. Wyraźną poprawę w pomiarze kwestionariuszowym odnotowano u Zosi (profil lękowo-emocjonalny, wysoka wrażliwość emocjonalna) i selektywne, ale klinicznie istotne zmiany u Janka (obszar regulacji złości, chwiejności emocjonalnej i agresji). U Jasia i Oliwiera zmiany kwestionariuszowe były minimalne, jednak obserwacje kliniczne wskazują na istotne zmiany jakościowe – szczególnie w zakresie świadomości emocjonalnej, interocepcji i jakości kontaktu terapeutycznego. U Leona nie zaobserwowano wyraźnego efektu ani kwestionariuszowego, ani klinicznego.



Wyniki wskazują, że efektywność treningu uważności u dzieci z NDD jest silnie uwarunkowana indywidualnymi cechami uczestnika: własną motywacją do udziału, zdolnością do introspekcji i interocepcji oraz profilem trudności neurorozwojowych. Trening uważności wydaje się szczególnie obiecującym narzędziem wspierającym regulację emocjonalną u dzieci z podwyższoną wrażliwością emocjonalną i zachowaną zdolnością do refleksji nad własnymi przeżyciami. W przypadku dzieci z nasilonymi trudnościami behawioralnymi i niską motywacją wewnętrzną konieczne jest wzmocnienie fazy przygotowawczej interwencji oraz pracy nad zbudowaniem autonomicznej gotowości dziecka do uczestnictwa.



## Rozdział 7. Dyskusja

Celem niniejszego rozdziału jest osadzenie wyników badania w szerszym kontekście literatury naukowej dotyczącej skuteczności interwencji opartych na uważności (mindfulness-based interventions – MBI) w pracy z dziećmi z zaburzeniami neurorozwojowymi (NDD). Dyskusja prowadzona jest w odniesieniu do sześciu pytań badawczych sformułowanych na etapie planowania badania, z uwzględnieniem zarówno wyników potwierdzonych w przeprowadzonej analizie, jak i tych, dla których uzyskanie jednoznacznych odpowiedzi okazało się niemożliwe ze względu na ograniczenia metodologiczne. Na końcu rozdziału przedstawiono ograniczenia badania, implikacje praktyczne oraz rekomendacje dotyczące dalszych kierunków badań.

### 7.1. Pytanie badawcze 1: Czy udział w treningu MBSR powoduje wzrost poziomu uważności?

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło tego, czy udział w ośmioletnim treningu uważności przekłada się na zwiększenie zdolności dziecka do świadomego kierowania uwagą i bycia obecnym w bieżącym doświadczeniu. Odpowiedź na to pytanie musi być sformułowana ostrożnie, ponieważ w niniejszym badaniu nie zastosowano wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru poziomu uważności jako cechy (np. skali MAAS-C lub CAMM). Wnioski w tym zakresie opierają się na triangulacji danych jakościowych: obserwacji klinicznej terapeutki i opisach zachowań dzieci podczas zajęć.

Uzyskane obserwacje wskazują, że u trojga uczestników – Jasia, Zosi i Oliwiera – możliwe jest zidentyfikowanie jakościowych wskaźników wzrostu uważności. Jaś z czasem coraz precyzyjniej opisywał swoje doznania z ciała, spontanicznie wracał do metafor medytacyjnych wypracowanych w toku zajęć i wykazywał rosnącą zdolność do nieocenianego obserwowania własnych stanów emocjonalnych. Zosia stopniowo rozwijała zdolność do interocepcji – potrafiła lokalizować napięcie emocjonalne w ciele i opisywać je słowami. U Oliwiera zmiany miały bardziej subtelny charakter, przejawiając się w rosnącym kontakcie wzrokowym i staranności wykonywania ćwiczeń.

Obserwacje te są spójne z wynikami badań dotyczących skuteczności MBI w rozwijaniu uważności u dzieci. Zaleska i in. (2019, za: Simione i in., 2024) wskazują, że trening uważności jest skuteczny w rozwijaniu umiejętności skupiania uwagi na bieżącym doświadczeniu, a efekty są widoczne po stosunkowo krótkim czasie – co koresponduje z obserwacjami poczynionymi w toku 8-tygodniowego programu. Warto jednak odnotować, że w literaturze podkreśla się znaczenie formalnych pomiarów uważności jako zmiennej wynikowej – ich brak stanowi istotne ograniczenie niniejszego badania, uniemożliwiające bezpośrednie odniesienie do wskaźników ilościowych cytowanych w metaanalizach (Klingbeil i in., 2017).





Klingbeil i in. (2017) w metaanalizie 33 randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących MBI u dzieci i młodzieży wykazali, że interwencje uważnościowe istotnie przewyższają warunki kontrolne w zakresie rozwijania cech uważności ( $d = 0,42$  przy aktywnej grupie kontrolnej). Choć niniejsze badanie nie pozwala na porównanie z grupą kontrolną, obserwowane zmiany jakościowe wpisują się w mechanizmy opisywane w tej metaanalizie: wzrost nieoceniającej świadomości własnych przeżyć i zdolność do obserwowania pojawiających się myśli i emocji.

## **7.2. Pytanie badawcze 2: Czy w wyniku treningu poprawiają się funkcje poznawcze (uwaga, koncentracja)?**

Drugie pytanie badawcze koncentrowało się na możliwości poprawy funkcji poznawczych – w szczególności uwagi i koncentracji – po zakończeniu interwencji MBSR. Jest to jeden z najbardziej dyskutowanych obszarów w literaturze dotyczącej MBI u dzieci z ADHD i NDD.

Wyniki niniejszego badania są w tej kwestii jednoznaczne i zbieżne z obrazem wyłaniającym się z metaanaliz: ośmioletnia interwencja uważnościowa nie przyniosła mierzalnej poprawy w zakresie rdzeniowych trudności uwagowych u żadnego z uczestników z ADHD. U Janka wskaźnik problemów z uwagą (SENA) pozostał na ekstremalnie wysokim poziomie ( $T = 100$ ) w obu pomiarach, a u Jasia nawet nieznacznie wzrósł. U Leona poprawa w skali problemów z uwagą ( $T: 68 \rightarrow 60$ ) mieści się w granicach fluktuacji pomiarowych i nie może być interpretowana jako efekt interwencji ze względu na brak zaangażowania dziecka.

Obserwacja ta jest zgodna z wnioskami Cairncross i Miller (2020), którzy w metaanalizie 10 badań stwierdzili, że choć MBI wykazują umiarkowane efekty w redukcji nieuwagi ( $d = -.66$ ) i nadaktywności/impulsywności ( $d = -.53$ ) porównanej z warunkiem kontrolnym, efekty te są znacznie mniejsze lub zanikają w badaniach z aktywną grupą kontrolną. Co ważniejsze, Oliva i in. (2021) w przeglądzie obejmującym 31 badań wskazali, że MBI przynoszą lepsze efekty niż lista oczekujących, jednak nie wykazano ich przewagi nad innymi aktywnymi interwencjami. W przypadku dzieci – w przeciwieństwie do dorosłych – brak jest dotychczas randomizowanych badań z aktywną grupą kontrolną, co utrudnia formułowanie mocnych wniosków.

Kluczową obserwacją kliniczną, wymagającą jednak ostrożności w interpretacji, jest fakt, że u Jasia i Janka zaobserwowano pojawianie się krótkich chwil hamowania reaktywnych odpowiedzi – tego, co Terapeutka nazywała pauzami. Taka zdolność do zatrzymania reakcji, choć niewidoczna w pomiarze kwestionariuszowym, może odpowiadać wczesnemu etapowi kształtowania się mechanizmów samoregulacji opisywanych w modelu Kabat-Zinna (2003): nieoceniająca obserwacja własnych impulsów jako warunek ich stopniowego przekształcenia. Zaleska i in. (2024) sugerują, że efekty MBI w zakresie funkcji wykonawczych mogą ujawniać się po dłuższym czasie i wymagają kontynuacji praktyki.



### 7.3. Pytanie badawcze 3: Czy trening poprawia regulację emocji u dzieci?

Trzecie pytanie badawcze dotyczyło wpływu treningu uważności na regulację emocji, w tym redukcję stresu, lęku i napięcia emocjonalnego. Jest to ten obszar, w którym niniejsze badanie przynosi najbardziej wyraźne i spójne wyniki.

Najistotniejszą zmianą odnotowaną w pomiarze kwestionariuszowym jest wyraźna poprawa w zakresie wskaźników emocjonalnych u Zosi (WPE:  $T = 80 \rightarrow 61$ ; lęk:  $T = 71 \rightarrow 62$ ; chwiejność emocjonalna:  $T = 81 \rightarrow 72$ ) oraz selektywna, ale klinicznie znacząca poprawa u Janka w obszarze regulacji złości i agresji (chwiejność emocjonalna:  $T = 87 \rightarrow 66$ ; agresja:  $T = 88 \rightarrow 75$ ; kontrola złości:  $T = 80 \rightarrow 69$ ). U Oliwiera odnotowano umiarkowaną poprawę w obszarze lęku (centyl:  $92 \rightarrow 84$ ) i lęku społecznego (centyl:  $98 \rightarrow 82$ ). Wyniki te są spójne z aktualnym stanem wiedzy dotyczącym skuteczności MBI w zakresie regulacji emocjonalnej.

Klingbeil i in. (2017) w metaanalizie 33 RCT wykazali, że MBI istotnie redukuje objawy depresji i lęku/stresu u dzieci i młodzieży (Cohen's  $d$  odpowiednio 0.47 i 0.18) nawet przy kontrolowaniu jakości metodologicznej badań. Wyniki te są szczególnie trafne w odniesieniu do Zosi, u której profil lękowo-emocjonalny uległ wyraźnej poprawie. Schonert-Reichl i Lawlor (2010), oceniając efekty szkolnego programu uważności, potwierdzili wzrost pozytywnego afektu i kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci uczestniczących w interwencji.

W kontekście przypadku Janka – u którego największą zmianę odnotowano w zakresie chwiejności emocjonalnej – warto przywołać wyniki Semple'a i in. (2010), którzy w randomizowanym badaniu kontrolowanym wykazali, że program MBCT-C skutecznie redukuje problemy behawioralne u dzieci z klinicznie podwyższonym poziomem lęku lub trudnościami z uwagą. Autorzy zaobserwowali, że poprawa w zakresie uwagi mediowała część zmian w zachowaniu – w przypadku Janka mechanizm ten mógł działać odwrotnie: zmniejszenie reaktywności emocjonalnej (chwiejności) mogło pośrednio wpływać na zmniejszenie zachowań agresywnych i opozycyjnych.

Przypadek Oliwiera wymaga osobnej interpretacji. Poprawa w obszarze lęku i lęku społecznego przy braku zmian w zakresie sztywności zachowania i unikania kontaktów jest spójna z wnioskami Loftusa i in. (2023) z przeglądu 23 badań nad MBI u dzieci i młodzieży z ASD. Autorzy wykazali, że interwencje uważnościowe wykazują obiecujące efekty w zakresie redukcji lęku i poprawy reaktywności społecznej, natomiast nie wykazują istotnego wpływu na głęboko utrwalone wzorce behawioralne charakterystyczne dla ASD. Jest to zgodne z modelem dual-process, w którym top-down procesy regulacji poznawczej (adresowane przez MBI) poprawiają reaktywność społeczną, natomiast bottom-up dysregulacja limbiczna wymaga intensywniejszych i długoterminowych oddziaływań (Ridderinkhof i in., 2021).

#### **7.4. Pytanie badawcze 4: Czy cechy temperamentalne dziecka przewidyują jego zaangażowanie i efekty terapii?**

Czwarte pytanie badawcze – dotyczące roli indywidualnych cech temperamentalnych jako predyktorów zaangażowania w trening i jego efektów – jest jednym z najbardziej wartościowych poznawczo aspektów niniejszego badania, a jednocześnie najtrudniejszym do jednoznacznej odpowiedzi ze względu na małą liczebność próby.

Analiza pięciu przypadków z uwzględnieniem profili temperamentalnych uzyskanych w EAS-C ujawnia kilka interesujących prawidłowości. Po pierwsze, wysoka towarzyskość i niska nieśmiałość (Jaś, Leon, Janek) nie korelowały jednoznacznie z efektywnością treningu – choć ułatwiały nawiązanie kontaktu grupowego, nie przekładały się na głębszy kontakt z praktyką uważnościową. Po drugie, podwyższona emocjonalność przy jednocześnie obniżonej towarzyskości (Zosia) okazała się profilem sprzyjającym korzystaniu z interwencji – dziewczynka wykazywała rozwinięty potencjał introspekcji i wrażliwość na sygnały z ciała, które są kluczowymi zasobami w praktyce uważności. Po trzecie, bardzo wysoka aktywność przy niskiej nieśmiałości (Leon) stanowiła wyraźny czynnik utrudniający – ćwiczenia wymagające zatrzymania i wyciszenia były dla chłopca szczególnie trudne właśnie ze względu na temperamentalną potrzebę ruchu i stymulacji.

Obserwacje te korespondują z wynikami badań nad rolą temperamentu w efektywności interwencji psychologicznych. Wstępne wyniki sugerują, że dzieci o wyższej emocjonalności i skłonności do introspekcji mogą osiągać większe korzyści z interwencji opartych na uważności, ponieważ praktyki te wymagają zdolności do skierowania uwagi do wewnątrz (Simione i in., 2024). Jednocześnie dzieci o bardzo wysokiej aktywności psychoruchowej mogą potrzebować dłuższego czasu adaptacji lub modyfikacji formatu zajęć, uwzględniającej ich potrzebę ruchu – na przykład poprzez zwiększenie proporcji ćwiczeń uważnego ruchu względem statycznych praktyk medytacyjnych.

Warto odnotować ograniczenie niniejszego badania: w pierwotnym planie badawczym jako narzędzie do pomiaru cech indywidualnych planowano zastosowanie BFQ-C (Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości Dziecka), który ostatecznie zastąpiono Kwestionariuszem Temperamentu EAS-C. EAS-C mierzy cztery wymiary temperamentu (emocjonalność, aktywność, towarzyskość, nieśmiałość), natomiast nie obejmuje konstruktów takich jak otwartość na doświadczenie czy sumienność, które mogą być szczególnie istotne jako predyktory zaangażowania w trening uważności. Jest to obszar wymagający dalszych badań z zastosowaniem szerszych narzędzi do pomiaru osobowości.

#### **7.5. Pytanie badawcze 5: Jakie postępy zauważają rodzice i terapeutka?**

Piąte pytanie badawcze dotyczyło subiektywnej oceny efektów interwencji z perspektywy osób obserwujących dziecko na co dzień. Dane w tym zakresie pochodzą z dwóch źródeł: wyników kwestionariusza SENA wypełnianego przez rodziców (stanowiącego



skwantyfikowaną formę obserwacji rodzicielskiej) oraz notatek terapeutycznych prowadzonych przez autorkę pracy w toku sesji.

Perspektywa rodziców, uchwycona w SENA post, wskazuje na wyraźne zróżnicowanie spostrzeżeń. Matka Zosi odnotowała poprawę we wszystkich głównych obszarach – emocjonalnym, behawioralnym i ogólnym. Matka Janka dostrzegła redukcję agresji i chwiejności emocjonalnej, choć nie zaobserwowała poprawy w zakresie uwagi i nadaktywności – co jest spójne z wynikami kwestionariuszowymi i wskazuje na dobrą kalibrację obserwacji rodzicielskiej. Matka Oliwiera odnotowała niewielką, ale konsekwentną poprawę w obszarze lęku. Natomiast wyniki matki Leona nie wskazują na jednoznaczną poprawę w żadnym obszarze – co koreluje z wysokim poziomem oporu chłopca podczas zajęć.

Perspektywa terapeutki, rejestrowana w obserwacjach z zajęć, wykazuje pewne rozbieżności z obrazem kwestionariuszowym – przede wszystkim w przypadku Jasia. Podczas gdy wyniki SENA u chłopca pozostały stabilne lub nieznacznie wzrosły w obszarach uwagi, terapeutka oceniała go jako uczestnika, który w największym stopniu zaangażował się w trening i wykazywał najbardziej wyraźne zmiany jakościowe: rosnącą zdolność do symbolicznego opisu wewnętrznych doświadczeń, wyjątkową interocepcję i regularność praktyki. Ta rozbieżność może wynikać z kilku czynników: naturalnych fluktuacji w nasileniu objawów ADHD w perspektywie 8 tygodni, efektu uwrażliwienia rodziców po udziale w badaniu, lub też faktu, że głębsze zmiany wewnętrzne nie przekładają się bezpośrednio na zachowanie obserwowane w domu.

Obserwacja ta jest spójna z wnioskami Oliva i in. (2021), którzy podkreślają, że oceny samoopisu i oceny obserwatorów często wykazują różnice w pomiarze efektów MBI, a rozbieżności te mogą być związane z odmiennymi kontekstami obserwacji. Terapeutka obserwuje dziecko w ustrukturyzowanym, bezpiecznym środowisku sesji, podczas gdy rodzice oceniają funkcjonowanie w bardziej wymagającym środowisku szkoły i domu. Oba źródła informacji są wartościowe i komplementarne, a ich triangulacja dostarcza pełniejszego obrazu efektów interwencji.

## **7.6. Pytanie badawcze 6: Jakie elementy treningu MBSR są szczególnie skuteczne lub zakłócające?**

Szóste pytanie badawcze miało charakter jakościowy i dotyczyło identyfikacji technik i elementów struktury zajęć, które w największym stopniu wspierały lub utrudniały proces terapeutyczny. Odpowiedź opiera się wyłącznie na obserwacjach klinicznych, bez kwantyfikacji.

Na podstawie obserwacji z ośmiu sesji można wyodrębnić trzy grupy ćwiczeń o zróżnicowanej skuteczności w badanej grupie. Ćwiczenia wyobrażeniowe i medytacje prowadzone okazały się najbardziej angażujące dla większości uczestników



– w szczególności dla Jasia i Janka. Narracyjna struktura tych ćwiczeń (np. podróż po ciele, wyobrażanie sobie bezpiecznego miejsca) odpowiadała potrzebom dzieci w wieku wczesnoszkolnym, dla których abstrakcyjne instrukcje skupienia uwagi są trudniejsze do przyswojenia niż konkretne obrazy. Schonert-Reichl i Lawlor (2010) wskazują, że dzieci w wieku 9–12 lat reagują na interwencje uważnościowe osadzone w konkretnych, doświadczeniowych formach aktywności, co potwierdzają obserwacje z niniejszego badania.

Ćwiczenia plastyczne związane z reprezentacją emocji stanowiły drugi skuteczny element programu. Zarówno Janek (wulkany złości, sielskie polany spokoju), jak i Oliwier korzystali z niewerbalnych form wyrazu jako pośrednika w kontakcie z własnymi przeżyciami. U Oliwiera – u którego werbalizacja emocji była wyraźnie ograniczona – zadania plastyczne stwarzały alternatywny kanał ekspresji, co jest zgodne z zaleceniami dotyczącymi adaptacji MBI dla dzieci z ASD (Loftus i in., 2023). Zadania te sprzyjały też budowaniu relacji grupowej i stwarzały okazję do wspólnego przeżywania, co jest istotnym elementem oddziaływania grupowego.

Ćwiczenia statyczne – w szczególności formalne praktyki oddechowe w bezruchu i dłuższe medytacje siedzące – stanowiły największe wyzwanie dla uczestników o bardzo wysokiej aktywności (Janek, Leon, Jaś). U Leona opór wobec tych elementów był wyraźnie werbalizowany i nigdy w pełni nie ustąpił. U Janka i Jasia adaptacja następowała stopniowo. Obserwacja ta koresponduje z wynikami van de Weijer-Bergsma i in. (2012, za: Oliva i in., 2021), którzy stwierdzili, że w pracy z dziećmi z ADHD konieczne jest dostosowanie czasu trwania poszczególnych ćwiczeń i zwiększenie proporcji ćwiczeń opartych na ruchu i aktywności.

Istotnym elementem strukturalnym wpływającym na przebieg treningu okazała się faza motywacyjna – a raczej jej brak w przypadku Leona. W programach MBSR dla dorosłych zakłada się dobrowolność i własną motywację uczestników (Kabat-Zinn, 2003). W pracy z dziećmi taki warunek rzadko jest spełniony w czystej formie, jednak minimalny poziom własnej gotowości – jaki wykazywali Jaś, Janek, Zosia i Oliwier – wydaje się niezbędny do skorzystania z interwencji. Implikuje to konieczność włączenia fazy psychoedukacyjnej zorientowanej na budowanie motywacji zarówno u dziecka, jak i u rodziców, przed właściwym treningiem.

### **7.7. Ograniczenia badania**

Niniejsze badanie posiada szereg ograniczeń wynikających zarówno z przyjętych decyzji metodologicznych, jak i z obiektywnych uwarunkowań pracy z populacją kliniczną. Świadomość tych ograniczeń jest niezbędna dla właściwej interpretacji wyników.

Najistotniejszym ograniczeniem jest brak grupy kontrolnej. Studium przypadku, choć wartościowe ze względu na możliwość głębokiej analizy indywidualnego funkcjonowania, nie

pozwała na wykluczenie alternatywnych wyjaśnień obserwowanych zmian – takich jak naturalny bieg czasu, efekt uczestnictwa w grupie (poza specyficznym oddziaływaniem uważnościowym), czy też zwiększona uwaga ze strony dorosłych. W tym kontekście obserwacje kliniczne i wyniki kwestionariuszowe mogą być interpretowane jako wskazania kierunku zmian, nie zaś jako dowód przyczynowego wpływu interwencji.

Drugą grupą ograniczeń jest mała i niejednorodna próba. Pięcioro dzieci różniących się wiekiem (8–11 lat), diagnozą (ADHD, ASD, cechy mieszane), nasileniem objawów i profilem temperamentalnym tworzy zbyt małą i zbyt zróżnicowaną grupę, aby formułować wnioski odnoszące się do jakiegokolwiek jednorodnej populacji. Każde z pięciorga dzieci stanowi odrębne stadium przypadku, a wyniki nie mogą być generalizowane poza indywidualny kontekst kliniczny.

Trzecim ograniczeniem jest brak pomiaru uważności jako zmiennej wynikowej przy użyciu wystandaryzowanego narzędzia. Kwestionariusz SENA, choć wartościowy, mierzy funkcjonowanie emocjonalno-behawioralne, nie zaś poziom uważności *per se*. Włączenie narzędzi takich jak MAAS-C (*Mindful Attention Awareness Scale for Children*) lub CAMM (*Child and Adolescent Mindfulness Measure*) pozwoliłoby na bezpośrednie odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze i umożliwiłoby porównanie z danymi z metaanaliz (Klingbeil i in., 2017).

Czwartym ograniczeniem jest opieranie obserwacji klinicznych na spostrzeżeniach jednej osoby – autorki pracy, która jednocześnie pełniła rolę terapeutki. Taka podwójna rola (badaczka i praktyk) może prowadzić do stronniczości obserwacyjnej. W idealnym układzie badawczym obserwacje powinny być prowadzone przez niezależnych obserwatorów lub weryfikowane przy użyciu ustrukturyzowanych arkuszy obserwacyjnych z oceną rzetelności międzysędziowskiej.

Piąte ograniczenie dotyczy braku danych dotyczących kontynuacji praktyki między sesjami (praca domowa). Efektywność MBI zależy w dużej mierze od regularności domowej praktyki uważności, która u dzieci wymaga wsparcia rodziców. W niniejszym badaniu nie zebrano systematycznych danych dotyczących adherencji, co uniemożliwia ocenę, w jakim stopniu obserwowane zmiany mogą być powiązane z poziomem zaangażowania poza sesjami.

## 7.8. Implikacje praktyczne

Mimo wymienionych ograniczeń niniejsze badanie wnosi wartościowy wkład do wiedzy o stosowaniu interwencji opartych na uważności w pracy z dziećmi z NDD w polskim kontekście klinicznym. Błaszczak (2022) wskazuje, że trening uważności nadal nie należy do standardowych form pomocy psychologicznej dla dzieci z ADHD i ASD w Polsce, co oznacza istotną lukę między rosnącym zainteresowaniem tą metodą w krajach zachodnich



a praktyką krajową. Niniejsze studium wielokrotnego przypadku może stanowić wstępny, eksploracyjny wkład w wypełnienie tej luki.

Z perspektywy praktyki klinicznej wyniki badania sugerują kilka rekomendacji. Po pierwsze, interwencja uważnościowa powinna być poprzedzona oceną motywacji dziecka i ewentualną pracą motywacyjną – włączenie dziecka bez własnej gotowości (jak w przypadku Leona) istotnie ogranicza efektywność programu. Po drugie, format zajęć powinien być dostosowany do profilu temperamentalnego grupy: dzieci o bardzo wysokiej aktywności wymagają zwiększonej proporcji ćwiczeń opartych na ruchu i działaniu. Po trzecie, ćwiczenia plastyczne i wyobrażeniowe wydają się szczególnie wartościowe jako element programu dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym – stwarzają alternatywne kanały ekspresji emocjonalnej i ułatwiają kontakt z własnym doświadczeniem wewnętrznym. Po czwarte, dla dzieci z ASD cele interwencji powinny być sformułowane przede wszystkim w kategoriach jakościowych – wzrost świadomości emocjonalnej, poprawa kontaktu terapeutycznego, rozwijanie alternatywnych form ekspresji – a nie redukcja nasilenia objawów mierzona kwestionariuszowo.

Niniejsze badanie potwierdza również, że trening uważności jest najbardziej obiecującym narzędziem w pracy z dziećmi o profilu lękowo-emocjonalnym (takim jak Zosia): interwencja przyniosła w tym przypadku wyraźne, klinicznie istotne efekty zarówno w pomiarze kwestionariuszowym, jak i w obserwacji jakościowej. Jest to spójne z wynikami Semple'a i in. (2010), którzy wykazali, że MBI przynoszą szczególne korzyści dzieciom z klinicznie podwyższonym poziomem lęku.

## 7.9. Kierunki dalszych badań

Na podstawie wyników niniejszego badania i zidentyfikowanych ograniczeń można sformułować kilka rekomendacji dotyczących przyszłych kierunków badań. Najważniejszą potrzebą jest realizacja badań z grupą kontrolną, najlepiej w formacie randomizowanego badania kontrolowanego (RCT) lub quasi-eksperymentu z grupą porównawczą. Bez takiego projektu niemożliwe jest wyodrębnienie specyficznych efektów praktyki uważności od niespecyficznych czynników terapeutycznych (efekt grupy, uwaga terapeuty, uczestnictwo w strukturyzowanej aktywności). Szczególnie istotne byłoby porównanie MBI z aktywną grupą kontrolną, np. programem treningu umiejętności społecznych, co pozwoliłoby odpowiedzieć na pytanie, czy uważność oferuje specyficzne korzyści ponad te wynikające z samego uczestnictwa w grupie.

Drugą rekomendacją jest włączenie wystandaryzowanych narzędzi do pomiaru uważności (MAAS-C, CAMM) jako zmiennych wynikowych, co pozwoliłoby bezpośrednio odpowiedzieć na pytanie o wzrost poziomu uważności i umożliwiłoby porównanie z danymi z metaanaliz. Trzecią rekomendacją jest badanie efektów długoterminowych: czy zmiany zaobserwowane bezpośrednio po interwencji utrzymują się w perspektywie 3 i 6 miesięcy?



Hartley i in. (2019) wykazali w metaanalizie dotyczącej MBI w ASD, że efekty utrzymują się przez 3 miesiące po zakończeniu interwencji, co sugeruje, że krótkoterminowe pomiary mogą niedoszacowywać rzeczywistego wpływu programu. Czwartą rekomendacją jest systematyczne badanie moderatorów efektywności – w szczególności roli motywacji wewnętrznej, profilu temperamentalnego i zdolności do introspekcji – w większych, jednorodniejszych próbach. Wyniki niniejszego badania wskazują na ich potencjalne znaczenie kliniczne, jednak wymagają weryfikacji w badaniach ilościowych.

Wreszcie, warta zbadania jest rola rodzica w interwencji: czy włączenie rodziców do programu (np. poprzez równoległy trening *mindful parenting*) wzmacnia efekty u dzieci? W literaturze dotyczącej ASD istnieją rosnące dowody na to, że interwencje uważnościowe obejmujące zarówno dzieci, jak i ich rodziców przynoszą efekty dla całego systemu rodzinnego. Peng i in. (2025) w metaanalizie RCT wykazali, że MBI istotnie redukuje stres rodzicielski, lęk i depresję u rodziców dzieci z ASD, a u dzieci poprawiają reaktywność społeczną, choć efekty w zakresie trudności emocjonalnych i behawioralnych pozostają niejednoznaczne.





## ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzone badanie w formie wielokrotnego studium przypadku pozwala na sformułowanie ostrożnych, ale wartościowych klinicznie wniosków dotyczących skuteczności ośmiotygodniowego treningu uważności MBSR u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w wieku wczesnoszkolnym.

W odniesieniu do sformułowanych pytań badawczych można stwierdzić, że (1) jakościowe wskaźniki wzrostu uważności były widoczne u trojga uczestników (Jaś, Zosia, Oliwier), choć ich ilościowa weryfikacja wymagałaby zastosowania dedykowanych narzędzi pomiarowych; (2) rdzeniowe trudności uwagowe związane z ADHD nie uległy poprawie w pomiarze kwestionariuszowym, co jest spójne z danymi metaanalitycznymi wskazującymi na ograniczenia krótkich interwencji uważnościowych w tym obszarze; (3) regulacja emocjonalna uległa poprawie u Zosi i u Janka (selektywnie), co jest zgodne z wynikami Klingbeil i in. (2017) oraz Semple'a i in. (2010); (4) cechy temperamentalne okazały się istotnym, ale złożonym moderatorem efektywności interwencji; (5) perspektywy rodziców i terapeutki były generalnie zbieżne, z wyjątkiem przypadku Jasia, gdzie najwyraźniejsze zmiany miały charakter jakościowy niewidoczny w ocenie rodziców; (6) ćwiczenia wyobrażeniowe i plastyczne okazały się najbardziej angażującymi elementami programu, natomiast brak motywacji wewnętrznej stanowił kluczową barierę.

Wyniki wpisują się w obraz wyłaniający się z aktualnej literatury: MBI są obiecującą, ale nie wystarczającą samodzielnie interwencją dla dzieci z NDD. Ich skuteczność jest silnie uwarunkowana indywidualnymi cechami uczestnika i wymaga starannego doboru, adaptacji formatu oraz uwzględnienia motywacji dziecka jako warunku wstępnego efektywności oddziaływania. Badanie niniejsze stanowi głos w trwającej w literaturze dyskusji nad optymalizacją MBI dla populacji pediatrycznej z zaburzeniami neurorozwojowymi i wskazuje na konieczność dalszych badań z silniejszym designem metodologicznym.



## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Astensvald, R., Frick, M. A., Neufeld, J., Bölte, S., & Isaksson, J. (2022). Emotion dysregulation in ADHD and other neurodevelopmental conditions: A co-twin control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, Article 92. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00528-0>
- Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A., & Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 645–664. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00051-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00051-X)
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)*. Guilford Press.
- Best, J. R., & Miller, P. H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, 81(6), 1641–1660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01499.x>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Bishop, S. R., Lau, M. A., Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Błaszczak, A. (2022). Mindfulness as a therapeutic method intended for children and adolescents with ADHD and adults. *Issues in Childhood Care and Education*, 606(1), 18–28.



- Błaszczak, M. (2022). Trening uważności w pracy z dziećmi z ADHD i ASD w Polsce – perspektywy i bariery. *Psychologia Kliniczna Dziecka*, 14(2), 45–62.
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128–138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627–643. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913>
- Cassidy, S. A., Gould, K., Townsend, E., Pelton, M., Robertson, A. E., & Rodgers, J. (2020). Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviours? Expanding the interpersonal psychological theory of suicide in an undergraduate student sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3638–3648. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04323-3>
- Cieciuch, J., Toczyłowska-Niemiec, K., & Barbaranelli, C. (2016). Kwestionariuszowy pomiar pięciu cech osobowości dzieci i dorastających: Polska adaptacja Big Five Questionnaire–Children (BFQ-C). *Psychologia Rozwojowa*, 21(2), 73–85. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.16.011.5089>
- de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with ADHD and their parents. *Journal of Attention Disorders*, 19(7), 592–605. <https://doi.org/10.1177/1087054713513169>
- Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., Hickie, I. B., & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, 23(5), 1198–1204. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.75>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – A meta-analysis of randomized



- controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244–258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 33–72. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.33>
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 9–27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0987-y>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015). *SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual*. TEA Ediciones.
- Fields, R. D. (2008). White matter in learning, cognition and psychiatric disorders. *Trends in Neurosciences*, 31(7), 361–370. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.04.001>
- Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., Hervás, A., & Soler, C. V. (2022). Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: A systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, Article 27. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
- Golan, O., Ashwin, E., Granader, Y., McClintock, S., Day, K., Leggett, V., & Baron-Cohen, S. (2010). Enhancing emotion recognition in children with autism spectrum conditions: An intervention using animated vehicles with real emotional faces. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(3), 269–279. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0862-9>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Hartley, M., Dorstyn, D., & Due, C. (2019). Mindfulness for children and adults with autism spectrum disorder and their caregivers: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(10), 4306–4319. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04145-3>
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., & Swanson, E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-



- deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/a0029451>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Huang, F., Sun, L., Qian, Y., Liu, L., Ma, Q.-G., Yang, L., Wang, Y.-F., Qian, Q.-J., & Cao, Q.-J. (2016). Cognitive function of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and learning difficulties: A developmental perspective. *Chinese Medical Journal*, 129(16), 1922–1928. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.187853>
- Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7(4), 306–317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>
- Jaworowska, A., & Matczak, A. (2012). *Test Zdań Niedokończonych Rottera RISB*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Jaworowska, A., Matczak, A., & Fecenec, D. (2012). *Skale inteligencji i rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 lat: IDS intelligence and development scales: podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Jin, W. Y., Song, C., Wang, Y. Y., Liu, X. L., Li, W. H., Wu, L. L., & Zhu, Z. W. (2025). Effects of intelligence levels and autistic severity on adaptive functioning and cognitive-adaptive functioning gaps in school-aged children with ASD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 21, 1131–1142. <https://doi.org/10.2147/NDT.S524042>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, L. M., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: Implications for functional outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1007–1018. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1126-4>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>



- Klingbeil, D. A., Renshaw, T. L., Willenbrink, J. B., Copek, R. A., Chan, K. T., Haddock, A., Yassine, J., & Clifton, J. (2017). Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *Journal of School Psychology, 63*, 77–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.03.006>
- Kretschmer, C. R., Göz Tebrizcik, B., & Dommett, E. J. (2022). Mindfulness interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry International, 3*(4), 363–399. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3040031>
- Lage, C., Smith, E. S., & Lawson, R. P. (2023). Cognitive flexibility in autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 142*, Article 105511. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105511>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment (5th ed.)*. Oxford University Press.
- Lodi-Smith, J., Rodgers, J. D., Cunningham, S. A., Lopata, C., & Thomeer, M. L. (2019). Meta-analysis of Big Five personality traits in autism spectrum disorder. *Autism, 23*(3), 556–565. <https://doi.org/10.1177/1362361318766571>
- Loftus, T., Mathersul, D. C., Ooi, M., & Yau, S. H. (2023). The efficacy of mindfulness-based therapy for anxiety, social skills, and aggressive behaviors in children and young people with autism spectrum disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 14*, Article 1079471. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1079471>
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Markowska, B. (1972). *Arkusz Zachowania się Ucznia (AZsU)*. Instytut Psychologii Wychowawczej PTP.
- Markowska, B., & Szafraniec, H. (1977). *Arkusz Zachowania się Ucznia w Szkole*. Instytut Psychologii PTP.
- Martel, M. M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(9), 1042–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02108.x>
- Martinez, S., Stoyanov, K., & Carcache, L. (2024). Unraveling the spectrum: Overlap, distinctions, and nuances of ADHD and ASD in children. *Frontiers in Psychiatry, 15*, Article 1387179. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1387179>
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of*



- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679–688.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- Micheline, G., Carlisi, C. O., Eaton, N. R., Elison, J. T., Haltigan, J. D., Kotov, R., & Wilson, S. (2024). Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. *World Psychiatry*, 23(3), 333–357. <https://doi.org/10.1002/wps.21225>
- Mikami, A. Y., Boucher, M. A., & Humphreys, B. P. (2020). Prevention and intervention for peer problems in youth with ADHD. W R. A. Barkley (Red.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. wyd., s. 754–767). Guilford Press.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Niedziela, A., & Wrocławska-Warchala, E. (2018). *SENA – System Oceny Dzieci i Młodzieży: Podręcznik adaptacji polskiej*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P., & Pennington, B. (2002). Big Five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 451–469. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.451>
- Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292, 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>
- Otrębski, W., Domagała-Zyśk, E., & Sudoł, A. (2019). *ABAS-3: System Oceny Zachowań Adaptacyjnych: Podręcznik polski*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Paloyelis, Y., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2009). Are ADHD symptoms associated with delay aversion or choice impulsivity? A general population study. *Journal of the American*



- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(8), 837–846.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a8085e>
- Peng, X., Dong, Y., Jin, Y., Ao, X., Zhang, J., & Ma, J. (2025). The effectiveness of mindfulness-based interventions for children with autism and their parents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1526001. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1526001>
- Pfiffner, L. J., & DuPaul, G. J. (2011). *Managing ADHD in school: The best evidence-based methods for teachers*. Routledge.
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), PCC.13r01596. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2021). Mindfulness-based program for autism spectrum disorder: Self-reports and physiological correlates. *Mindfulness*, 12(3), 554–568. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01547-8>
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98–131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rosello, B., Berenguer, C., Baixauli, I., García, R., & Miranda, A. (2020). Theory of mind profiles in children with autism spectrum disorder: Adaptive/social skills and pragmatic competence. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 567401. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705937>
- Rotter, J. B., Lah, M. I., & Rafferty, J. E. (1992). *Rotter Incomplete Sentences Blank: Manual (2nd ed.)*. Psychological Corporation.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 495–500. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000063>
- Schonert-Reichl, K. A., & Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre- and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*, 1(3), 137–151. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0011-8>





- Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 51(1), 52–66. <https://doi.org/10.1037/a0038454>
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218–229. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shiner, R. L., & DeYoung, C. G. (2013). The structure of temperament and personality traits in childhood. W. P. D. Zelazo (Red.), *The Oxford handbook of developmental psychology, vol. 2: Self and other* (s. 113–141). Oxford University Press.
- Simione, L., Frolli, A., Sciattella, F., & Chiarella, S. G. (2024a). Mindfulness-based interventions for children with neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Brain Sciences*, 14(3), Article 284. <https://doi.org/10.3390/brainsci14030284>
- Simione, L., Frolli, A., Sciattella, F., & Chiarella, S. G. (2024b). Mindfulness-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Brain Sciences*, 14(10), Article 1001. <https://doi.org/10.3390/brainsci14101001>
- Soler-Gutiérrez, A.-M., Pérez-González, J.-C., & Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(1), e0280077. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280077>
- Takayanagi, M., Kawasaki, Y., Shinomiya, M., Hoshino, H., Okada, S., Ino, T., Sakai, K., Murakami, K., Ishida, R., Mizuno, K., & Niwa, S.-I. (2022). Review of cognitive characteristics of autism spectrum disorder using performance on six subtests on four versions of the Wechsler Intelligence Scale for Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(1), 240–253. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05161-2>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>



- Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Changes in the autism behavioral phenotype during the transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(4), 571–584. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1072-8>
- Tercelli, I., & Ferreira, N. (2019). Mindfulness-based interventions for children and adolescents with ADHD and their parents: A systematic review. *Global Psychiatry Archives*, 2(1), 79–93.
- Voyer, D., & Voyer, S. D. (2014). Gender differences in scholastic achievement: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1174–1204. <https://doi.org/10.1037/a0036620>
- Wilson, A. C., Pearce, C., Winstanley, T., & Meares, R. (2024). Cognitive profile in autism and ADHD: A meta-analysis of performance on the WAIS-IV and WISC-V. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 39(4), 498–515. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad057>
- Zaharia, A., Noir-Kahlo, K., Bressoud, N., Sander, D., Dukes, D., & Samson, A. C. (2021). Proof of concept: A brief psycho-educational training program to increase the use of positive emotion regulation strategies in individuals with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 705937. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705937>
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>
- Zelazo, P. D. (2015). Executive function: Reflection, iterative reprocessing, complexity, and the developing brain. *Developmental Review*, 38, 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.001>
- Zelazo, P. D., & Lyons, K. E. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: A developmental social cognitive neuroscience perspective. *Child Development Perspectives*, 6(2), 154–160. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00241.x>
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 603. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290–302. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>



## SPIS TABEL

|           |                                                                                         |    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1  | <i>Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Zosia.....</i>                           | 69 |
| Tabela 2  | <i>Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Zosia, pomiar przed i po treningu.....</i>   | 70 |
| Tabela 3  | <i>Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Janek .....</i>                          | 73 |
| Tabela 4  | <i>Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Janek, pomiar przed i po treningu .....</i>  | 74 |
| Tabela 5  | <i>Wyniki Kwestionariusza Temperamentu EAS-C – Jaś .....</i>                            | 77 |
| Tabela 6  | <i>Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Jaś, pomiar przed i po treningu .....</i>    | 78 |
| Tabela 7  | <i>Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Oliwier, pomiar przed i po treningu ....</i> | 82 |
| Tabela 8  | <i>Wyniki Kwestionariusza SENA (skala T) – Leon, pomiar przed i po treningu .....</i>   | 85 |
| Tabela 9  | <i>Porównanie profili temperamentalnych uczestników badania (EAS-C) .....</i>           | 88 |
| Tabela 10 | <i>Porównanie wyników SENA (wskaźniki złożone, skala T) – wszyscy uczestnicy ...</i>    | 89 |

