

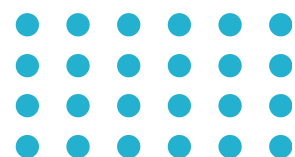


Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa



Spektrum autyzmu

**Co wiemy,
czego nie wiemy
i jak wspierać**

*Materiał edukacyjny
dla rodziców i specjalistów*

Spis treści

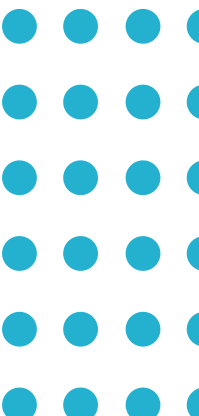
Czym jest spektrum autyzmu - historia i ewolucja rozumienia	4
Etiologia - co współczesna nauka mówi o przyczynach autyzmu	7
Najczęstsze mity - co nauka jednoznacznie obaliła	9
Podejścia terapeutyczne - co wspiera, a co może szkodzić	12
Diagnoza - nie wyrok, lecz mapa	14
Siła wsparcia społecznego - dlaczego żaden rodzic nie powinien zostawać sam	15
Wybrane zagadnienia dotyczące zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu	19
Zaburzenia neurologiczne, genetyczne oraz inne zaburzenia somatyczne - wybrane zagadnienia	32
Praktyczne wskazówki dla rodziców i specjalistów dotyczące reagowania na kryzys emocjonalny, przeciążenie sensoryczne i społeczne	35
Co po diagnozie?	45
Jak znaleźć specjalistę do pierwszego kontaktu?	46
Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach systemu edukacji	49
Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach opieki zdrowotnej	52
Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach pomocy społecznej	56
Co zrobić w poważniejszych sytuacjach?	57
Wybrana literatura	60
O Autorkach	67





Niniejszy materiał powstał z myślą o **rodzicach** dzieci w spektrum autyzmu oraz **specjalistach** - terapeutach, pedagogach i psychologach - którzy na co dzień **towarzyszą osobom autystycznym** i ich rodzinom. Łączy ich wspólna potrzeba rzetelnej, aktualnej wiedzy, która pozwala **rozumieć autyzm** nie przez pryzmat krzywdzących mitów, lecz przez pryzmat **współczesnej nauki i doświadczenia** samych osób autystycznych i ich rodzin.

Celem materiału jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy o etiologii ASD, obalenie najczęstszych i najbardziej szkodliwych mitów, wskazanie podejść terapeutycznych służących dobrostanowi osób autystycznych, a także podkreślenie **kluczowej roli wsparcia społecznego dla rodzin**.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
**RÓWNYCH
PRAW**

fundacja
ale klasa

Czym jest spektrum autyzmu - historia i ewolucja rozumienia

Od Kanner'a do spektrum

Pierwsze naukowe opisy autyzmu pojawiły się w latach 40. XX wieku: **Leo Kanner** szczegółowo opisał dzieci preferujące samotność i sztywną rutynę, **Hans Asperger** zaś - niezależnie - dzieci o podobnych cechach, ale z przeciętną lub ponadprzeciętną inteligencją i rozbudowanym słownictwem. Historia tej nauki jest jednak bogatsza: radziecka psychiatra **Grunia Suchariewa** już w 1925 roku szczegółowo opisała wzorzec, który dziś rozpoznajemy jako spektrum autyzmu - w tym u dziewcząt - na dwie dekady przed publikacjami Kanner'a i Aspergera. Jej prace przez dziesiątki lat pozostawały nieznane w zachodnim nurcie nauki, co jest wymownym przykładem wpływu uwarunkowań kulturowych i politycznych na to, czy głos jest słyszany w nauce.

Lorna Wing, która wraz z Judith Gould w latach 80. XX wieku wprowadziła pojęcie spektrum autyzmu.

Przełomową zmianę przyniosła **Lorna Wing**, która wraz z **Judith Gould** w latach 80. XX wieku wprowadziła pojęcie spektrum autyzmu. Zamiast jednej kategorii diagnostycznej pojawiło się kontinuum - cechy autystyczne występują w różnym nasileniu, kombinacjach i kontekstach funkcjonalnych. Współcześnie DSM-5 i ICD-11 opisują ASD jako **wzorzec neurorozwojowy charakteryzujący się trudnościami w komunikacji społecznej oraz ograniczonymi, powtarzalnymi wzorcami zachowań**. W Polsce trwa wdrażanie ICD-11, w którym znikają odrębne kategorie „autyzm dziecięcy” i „Zespół Aspergera” na rzecz jednej szerszej kategorii „spektrum autyzmu”, co pozwala na precyzyjniejsze dopasowanie wsparcia do potrzeb każdej osoby.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Warto też podkreślić, że do spektrum autyzmu coraz częściej odnosi się termin **ASC (Autism Spectrum Condition)**, który celowo odrzuca negatywne konotacje słowa „zaburzenie”, skupiając się na neutralnym, afirmatywnym opisie specyfiki neurorozwojowej. Choć zmiana terminologii może wydawać się jedynie semantyką, ma realne znaczenie dla tego, jak osoby autystyczne postrzegają siebie i jak są postrzegane przez otoczenie, jak kształtuje się ich poczucie własnej wartości i jak chętnie sięgają po wsparcie.

Słowa kształtują myślenie, a myślenie kształtuje praktykę kliniczną, edukacyjną i społeczną.

Neuroróżnorodność

Koncepcja neuroróżnorodności, wprowadzona przez **Judy Singer** (1999), zmieniła sposób postrzegania autyzmu: różnice neurologiczne - w tym autyzm - **nie są błędami natury wymagającymi korekty, lecz naturalnym elementem ludzkiej różnorodności**.

Prof. **Tony Attwood**, ojciec dorosłego syna autystycznego, stawia prowokacyjne pytanie: „A co, jeśli autyzm jest kolejnym etapem ewolucji naszego gatunku?”. Choć to metafora, otwiera ważną przestrzeń refleksji nad tym, że cechy charakterystyczne dla spektrum - skupienie na szczegółach, niestandardowe myślenie, wyjątkowa kreatywność - mogą być bezcennym zasobem.

Neuroróżnorodność jako ruch społeczny ma również praktyczne konsekwencje dla edukacji i zatrudnienia. Baron-Cohen (2020) wskazuje, że osoby autystyczne często wykazują wyjątkowe zdolności analityczne i systemowe myślenie, które może być kluczowe w różnych zawodach. Inicjatywy firm takich jak SAP czy Microsoft, celowo zatrudniających osoby neuroróżnorodne, pokazują, że przyjazne środowisko pracy nie tylko im służy, ale również przynosi organizacji **realne korzyści w postaci unikalnych kompetencji i perspektyw**. Podejście to stopniowo przenika również do polskich realiów, choć droga do powszechnej akceptacji jest jeszcze długa.



Teoria podwójnej empatii

Przetłomem w rozumieniu trudności komunikacyjnych była teoria podwójnej empatii Damiana Milona (2012): **problemy w porozumieniu między osobami autystycznymi a neurotypowymi nie wynikają z jednostronnego deficytu po stronie autysty, lecz są wyrazem obustronnego niezrozumienia**. Badania potwierdzają, że osoby w spektrum komunikują się ze sobą zaskakująco sprawnie. To teoria o fundamentalnych implikacjach praktycznych: zamiast wyłącznie „trenować” osoby autystyczne do udawania neurotypowych zachowań, warto inwestować również w edukację nauczycieli, terapeutów i pracodawców w zakresie różnych sposobów komunikacji.

Ogromna różnorodność wewnątrz spektrum

Najczęściej powtarzane zdanie w środowisku osób autystycznych brzmi: **„Jeśli znasz jedną osobę ze spektrum, znasz jedną osobę ze spektrum”**. Na jednym krańcu znajdują się osoby niewerbalne wymagające intensywnego wsparcia we wszystkich obszarach życia, na drugim - osoby samodzielne, zawodowo aktywne, przez lata lub dekady funkcjonujące bez diagnozy. Powszechnie używany termin „wysoko funkcjonujący” nie ma umocowania w oficjalnych klasyfikacjach i bywa mylący: osoba sprawnie komunikująca się werbalnie może jednocześnie przeżywać głębokie trudności w regulacji emocji, cierpieć z powodu przeciążenia sensorycznego i ponosić ogromne koszty psychiczne codziennego maskowania. Dlatego **niezbędne jest indywidualne podejście do każdej osoby w spektrum**.



Etiologia - co współczesna nauka mówi o przyczynach autyzmu

Genetyczne podłoże ASD

Współczesna genetyka jednoznacznie wskazuje, że spektrum autyzmu ma silne, wielogenowe podłoże genetyczne. Badania bliźniąt jednojajowych wykazują odziedziczalność ASD na poziomie 64–91%, a duże szwedzkie badanie kohortowe Sandina i współpracowników (2017) szacuje ją na około 83%. **Nie istnieje jeden „gen autyzmu”** - badacze identyfikują setki różnych wariantów genetycznych, z których każdy wnosi stosunkowo niewielki indywidualny wkład. Wiele z tych genów wpływa na rozwój synaptyczny i sposób, w jaki neurony tworzą połączenia. Autyzm często występuje rodzinnie - co oznacza, że **diagnoza dziecka bywa początkiem drogi rodzica ku własnej diagnozie, szczególnie gdy przez lata radził sobie dzięki maskowaniu.**

Nie ma jednej „mutacji autyzmu”, a te same warianty genetyczne mogą prowadzić do różnych obrazów klinicznych u różnych osób

Genetyczny obraz autyzmu jest jednak skrajnie złożony i niejednorodny: nie ma jednej „mutacji autyzmu”, a te same warianty genetyczne mogą prowadzić do różnych obrazów klinicznych u różnych osób. Część przypadków wiąże się z nowymi mutacjami (de novo), które nie występują u rodziców, inne z dziedziczeniem poligenicznym, gdzie wiele małych wariantów składa się na znaczącą podatność. To rozróżnienie ma praktyczne znaczenie kliniczne: wyjaśnia, dlaczego **nie ma prostego testu genetycznego potwierdzającego diagnozę**, i podkreśla, że poszukiwanie „jednej przyczyny” jest skazane na niepowodzenie. Autyzm jest zjawiskiem biologicznie heterogennym, które wymaga również zróżnicowanego podejścia wspierającego.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa



Czynniki środowiskowe i neurobiologia

Obok genetyki badacze identyfikują czynniki środowiskowe współdziałające z genetyczną podatnością: zaawansowany wiek rodziców w momencie poczęcia, wcześniactwo i poważne powikłania okołoporodowe, ekspozycja na niektóre leki w czasie ciąży (dobrze udokumentowanym przykładem są walproinianiny stosowane w epilepsji), a także infekcje wirusowe matki w pierwszym trymestrze. Kluczowe zastrzeżenie: żaden z tych czynników nie powoduje autyzmu samodzielnie - działają one na podłożu istniejącej podatności genetycznej. **Autyzm nie jest skutkiem sposobu odżywiania, rodzaju porodu, karmienia piersią ani stylu życia rodziców.** To zdanie warto powtarzać, bo poczucie winy towarzyszące rodzicom - szczególnie matkom - jest jedną z najbardziej destrukcyjnych sił w życiu rodzin z ASD.

Autyzm nie jest skutkiem sposobu odżywiania, rodzaju porodu, karmienia piersią ani stylu życia rodziców.

Badania neuroobrazowe ujawniają odmienny wzorec konektywności funkcjonalnej mózgu u osób autystycznych: nadmierne połączenia lokalne przy niedoborze konektywności długodystansowej. Ważnym wymiarem jest także odmienne przetwarzanie sensoryczne: dźwięki, światło, dotyk, zapachy i smaki mogą być odbierane ze znacznie większą lub mniejszą intensywnością niż u osób neurotypowych. Pozornie „niezrozumiałe zachowanie” - zakładanie słuchawek, odmowa określonych pokarmów, unikanie tłumnych miejsc - jest często precyzyjną strategią regulacji sensorycznej, a nie kaprysem. Żaden znany marker neurobiologiczny nie pozwala na samodzielne potwierdzenie diagnozy ASD: **autyzm diagnozuje się klinicznie, na podstawie obserwacji i wywiadu.** Nie istnieje żaden test krwi ani skan mózgu „potwierdzający” autyzm.

Zakładanie słuchawek, odmowa określonych pokarmów, unikanie tłumnych miejsc - jest często precyzyjną strategią regulacji sensorycznej, a nie kaprysem



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Najczęstsze mity - co nauka jednoznacznie obaliła

Mit 1: Szczepionki powodują autyzm

To jeden z najbardziej szkodliwych i najtrwalszych mitów współczesnej medycyny. U jego źródła leży opublikowany w 1998 roku w *The Lancet* artykuł Andrew Wakefielda sugerujący związek między szczepionką MMR a autyzmem. Artykuł został oparty na ledwie dwunastu przypadkach, później **ujawniono fałszowanie danych i finansowe powiązania autora z kancelariami pozwowymi**. W 2010 roku *The Lancet* cofnął artykuł, a Wakefield utracił prawo wykonywania zawodu lekarza. Kilkanaście niezależnych badań obejmujących łącznie miliony dzieci z różnych krajów nie wykazało **żadnego związku między szczepionkami a ryzykiem ASD**. Mit ten jest jednak psychologicznie przekonujący, bo pierwsze zauważalne objawy autyzmu pojawiają się około 15-18. miesiąca życia - czyli dokładnie w czasie szczepień. To zbieżność czasowa, nie związek przyczynowy: zmiany neurorozwojowe zachodzą znacznie wcześniej, jeszcze w życiu płodowym.

Skutki tego mitu są realne i mierzalne: bańka dezinformacyjna wywołana przez Wakefielda doprowadziła do groźnego spadku poziomów szczepień w wielu krajach i powrotu epidemii odry - choroby, która sama w sobie może prowadzić do poważnych powikłań neurologicznych i śmierci. Oznacza to, że mit o szczepionkach jako przyczynie autyzmu doprowadził do rzeczywistych, udokumentowanych uszkodzeń mózgu i śmierci dzieci, którym można było zapobiec. Ten kontrast jest ważny: strach przed fikcyjnym zagrożeniem skutkował realnym zagrożeniem zdrowia publicznego.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

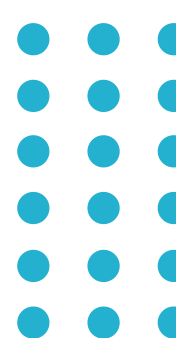
fundacja
ale klasa



Mit 2: Autyzm jest skutkiem błędów wychowawczych lub „zimnych matek”

W połowie XX wieku Bruno Bettelheim spopularyzował teorię „zimnej matki”, wedle której autyzm jest skutkiem emocjonalnego odrzucenia dziecka przez matkę. Teoria ta nigdy nie miała solidnych podstaw empirycznych, wyrządziła jednak ogromne krzywdy pokoleniu rodzin i jest dziś całkowicie odrzucona przez naukę. Badania genetyczne, neuroobrazowe i epidemiologiczne ostatnich dekad dowodzą jednoznacznie, że autyzm jest wzorcem neurorozwojowym, którego początki sięgają wczesnego życia płodowego i jest głęboko zakorzeniony w biologii mózgu. **Żadne badania nie wykazały związku między stylem rodzicielstwa, jakością więzi ani żadnym innym czynnikiem wychowawczym a rozwojem ASD.** Mit ten jest wciąż żywy w kulturze popularnej i generuje destrukcyjne poczucie winy, szczególnie u matek.

Mit 3: Autyzm można wyleczyć dietami lub metodami biomedycznymi



Na rynku funkcjonuje szeroka gama metod określanych jako „terapię wspomagające” lub „leczenie autyzmu”, które nie mają potwierdzenia w rzetelnych badaniach: diety bezglutenowe i bezkazeinowe jako metoda leczenia ASD, tlenoterapia hiperbaryczna, chelacja, a w skrajnych przypadkach podawanie dzieciom MMS/CDS, czyli rozcieńczonego wybielacza przemysłowego, co bywa bezpośrednio zagrażające zdrowiu i życiu. **Nie ma żadnego leku ani diety, które leczy autyzm.** Niektóre osoby autystyczne mają współwystępujące problemy żołądkowo-jelitowe wymagające leczenia - ale poprawa komfortu fizycznego nie zmienia samego wzorca neurorozwojowego. Rodzice sięgający po nieudowodnione metody robią to z miłości do dziecka, dlatego zamiast ich osądzać, ważniejsze jest zapewnienie im dostępu do rzetelnej wiedzy i skutecznego wsparcia.

Mit 4: Osoby autystyczne nie mają empatii

Mit o braku empatii wynika z błędnego utożsamiania trudności w odczytywaniu sygnałów społecznych z brakiem empatii jako takiej. Współczesne badania każą rozróżnić **empatię afektywną** - zdolność do współodczuwania emocji innych - która u wielu osób autystycznych jest nie tylko zachowana, ale występuje w wręcz przytłaczającej intensywności, od **empatii kognitywnej** - intuicyjnego odczytywania stanów umysłowych na podstawie subtelnych sygnałów - która może sprawiać trudność. Teoria podwójnej empatii Milтона pokazuje, że osoby neurotypowe również mają problem z rozumieniem osób autystycznych.

Mit 5: Autyzm dotyczy głównie chłopców

Przez dziesiątki lat autyzm diagnozowano kilkakrotnie częściej u chłopców. Współczesne badania pokazują, że dysproporcja ta jest w znaczącej części artefaktem diagnostycznym: kryteria i narzędzia były tworzone niemal wyłącznie na podstawie obserwacji chłopców. Dziewczęta i kobiety w spektrum często rozwijają mechanizmy maskowania - świadome lub półświadome kamuflowanie trudności społecznych - co powoduje, że ich potrzeby pozostają niezauważone przez lata lub dekady. Ewa Furgat (2022) opisuje to jako życie w ciągłym przebijaniu się za kogoś innego. Koszty są ogromne: wysoki odsetek depresji, lęku i wypalenia autystycznego. Opóźniona diagnoza odbiera kobietom dostęp do właściwego wsparcia przez całe życie.



Podejścia terapeutyczne - co wspiera, a co może szkodzić

Terapia behawioralna ABA/SAZ - ważna debata

Stosowana Analiza Zachowania (ABA/SAZ) przez dekady była uznawana za złoty standard terapii autyzmu. Współcześnie jej stosowanie - szczególnie w klasycznej, intensywnej formie - budzi poważne wątpliwości. Analiza Kupferstein (2018) wykazała, że osoby poddane intensywnej ABA wykazywały istotnie wyższy poziom objawów PTSD. Krytycy wskazują, że terapia skupiona na eliminacji autystycznych zachowań bez rozumienia emocji i potrzeb, które za nimi stoją, może prowadzić do tłumienia autentycznego doświadczenia dziecka i do internalizacji przekazu: „takim, jakim jesteś, nie jesteś w porządku”. W Polsce powstał autorski program **SAP (Stosowana Analiza Potrzeb**, Ławicka, Jakś, Oszczęda, 2024) stawiający w centrum potrzeby i emocje dziecka, traktujący każde zachowanie jako komunikat o wewnętrznym stanie, a nie problem do wyeliminowania.

Ważnym kontekstem dla tej debaty jest zjawisko **wypalenia autystycznego** (autistic burnout), opisywane przez osoby autystyczne jako stan głębokiego wyczerpania emocjonalnego, poznawczego i fizycznego, wynikający z lat chronicznego przeciążenia wymogami neurotypowego świata i maskowania własnych cech. Wypalenie autystyczne może powodować utratę wcześniej nabytych umiejętności, nasilenie trudności sensorycznych i głębokie kryzysy psychiczne. **Terapie, które zmuszają dziecko do ukrywania autystycznych cech i maskowania, mogą nasilać ryzyko wypalenia w późniejszym życiu.** Dlatego tak ważne jest, by cel terapii był świadomie zorientowany na dobrostan i autentyczność, a nie na zewnętrzne „podobanie się” neurotypowemu otoczeniu.



Terapia osoby autystycznej nie ma na celu „wyleczenia” ani uczynienia jej neurotypową. Jej celem jest wspieranie rozwoju, redukcja cierpienia wynikającego z trudności adaptacyjnych i poprawa jakości życia. Zasada warta przyjęcia jako kompas: mocne strony wzmacniać, a słabsze chronić - nie na siłę korygować. Każda decyzja terapeutyczna powinna być podejmowana z pytaniem: czy to, co robimy, służy dobrostanowi tej konkretnej osoby?

Podejścia, które warto znać

Spośród metod mających dobre wsparcie w literaturze naukowej i zgodnych z podejściem skoncentrowanym na dobrostanie warto wymienić:

Terapię integracji sensorycznej (SI) - szczególnie ważną dla osób z wyraźną nadwrażliwością lub podwrażliwością sensoryczną, która jest jedną z najczęściej niedocenianych przyczyn cierpienia w ASD.

Terapię logopedyczną i wsparcie komunikacyjne AAC (Augmentative and Alternative Communication) - posiadanie narzędzia do komunikowania potrzeb jest fundamentalnym prawem każdej osoby, niezależnie od poziomu językowego.

Podejście DIR/Floortime - budowanie relacji przez podążanie za inicjatywą i naturalną motywacją dziecka.

Wsparcie psychologiczne dla dzieci i młodzieży - terapię poznawczo-behawioralną dostosowaną do ASD w pracy z lękiem, depresją i trudnościami w regulacji emocji.

Psychoedukację rodzinną - pracę z rodzicami i rodzeństwem, by lepiej rozumieli sposób doświadczania świata przez osobę w spektrum.

Metoda dobra to taka, która jest transparentna co do podstawy empirycznej, szanuje podmiotowość osoby autystycznej i nie powoduje u niej widocznego stresu, bólu ani oporu.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Diagnoza - nie wyrok, lecz mapa

Diagnoza spektrum autyzmu jest dla większości rodzin jednym z najbardziej przetomowych i emocjonalnie złożonych wydarzeń w życiu. **Może być równocześnie źródłem głębokiego lęku i paradoksalnie - ulgi:** nareszcie można nazwać to, co było niejasne. Dr Ewa Urbanowicz, psychiatra dziecięca, ujmuje to trafnie: „*Zacznijmy traktować diagnozę spektrum autyzmu jako formę profilaktyki i dbania o dobrostan dziecka*”. Diagnoza nie tworzy autyzmu - ona go nazywa, otwierając dostęp do informacji, wsparcia i narzędzi.

Diagnoza ASD wymaga interdyscyplinarnego zespołu specjalistów: szczegółowej obserwacji, wywiadu oraz standaryzowanych narzędzi takich jak ADOS-2 i ADI-R. Narzędzia te mają jednak istotne ograniczenia - szczególnie wobec dziewcząt i kobiet, których autystyczne wzorce są subtelniejsze. Również współwystępujące stany - ADHD, PTSD, wysoki lęk, selektywny mutyzm - mogą wpływać na obraz kliniczny i prowadzić do fałszywie ujemnych wyników.

Rodzice, którzy aktywnie korzystają z form wsparcia po diagnozie, rzadziej doświadczają wypalenia rodzicielskiego i wyżej oceniają jakość swojego rodzicielstwa

Badania Ewy Pisuli (2012) wskazują, że rodzice, którzy aktywnie korzystają z form wsparcia po diagnozie, rzadziej doświadczają wypalenia rodzicielskiego i wyżej oceniają jakość swojego rodzicielstwa. Dlatego kluczowe jest, by po ogłoszeniu diagnozy rodzina nie była pozostawiana sama: **placówka diagnostyczna powinna kierować do konkretnych źródeł wsparcia**, a nie tylko wręczać kartkę z opisem. W Polsce działają liczne organizacje gotowe wypełnić tę lukę - m.in. **Fundacja Aleklasa, Autism Team, Fundacja Dziewczyny w Spektrum, Fundacja Prodeste** i inicjatywa **Autyzm po ludzku**.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
aleklasa

Siła wsparcia społecznego – dlaczego żaden rodzic nie powinien zostawać sam

Dla wielu rodziców diagnoza uruchamia proces porównywany do żałoby: szok, wyparcie, złość, smutek, poczucie straty wyobrażonej przyszłości. Joanna Ławicka (2019) podkreśla, że **bez zaopiekowania się własną emocjonalnością rodzice nie są w stanie zapewnić dziecku poczucia bezpieczeństwa, które jest fundamentem jego rozwoju**. Rodzice, którym uda się przyjąć perspektywę alternatywnej ścieżki rozwoju, relacjonują poprawę relacji z dzieckiem i większe poczucie kompetencji rodzicielskich. Każde z rodziców może być na innym etapie akceptacji diagnozy – różnice te są naturalne, ale wymagają otwartej rozmowy w parze, niekiedy także terapii rodzinnej. Badania (Gau i in., 2012) pokazują, że jakość związku małżeńskiego istotnie wpływa na poziom stresu rodzicielskiego.

Wsparcie społeczne jako fundament dobrostanu rodziny

Wsparcie społeczne jest jednym z najsilniej udokumentowanych czynników chroniących przed negatywnymi skutkami chronicznego stresu rodzicielskiego. Cohen i Wills (1985) definiują je jako system zasobów emocjonalnych, informacyjnych i materialnych otrzymywanych od otoczenia w sytuacjach wymagających adaptacji. Występuje w kilku formach: **emocjonalne** (poczucie bycia rozumianym), **instrumentalne** (konkretna pomoc), **informacyjne** (dostęp do wiedzy) i **oceniające** (informacja zwrotna). Badania Ewy Pisuli (2012) jednoznacznie wskazują, że rodzice korzystający z różnorodnych form wsparcia rzadziej doświadczają wypalenia rodzicielskiego, wyższy jest ich poziom satysfakcji życiowej i poczucie kompetencji, a ich dzieci osiągają lepsze wyniki terapeutyczne. Mechanizm jest prosty: **rodzic, który ma wsparcie, jest mniej przeciążony emocjonalnie i bardziej obecny dla dziecka.**



Niestety system wsparcia społecznego dla rodzin z ASD w Polsce jest wciąż niewystarczający i nierównomiernie dostępny. Wiele rodzin przez pierwsze miesiące lub lata po diagnozie działa niemal całkowicie samodzielnie, bez informacji o tym, jakie formy pomocy istnieją i jak do nich dotrzeć. Izolacja po diagnozie jest jedną z najbardziej destrukcyjnych sił działających na dobrostan rodzin z ASD. Dlatego budowanie lokalnych i ogólnopolskich sieci wsparcia - poprzez organizacje pozarządowe, grupy w mediach społecznościowych, projekty psychoedukacyjne i programy samorzecznicze - ma charakter nie tylko pomocowy, ale niemal terapeutyczny.

Psychoedukacja rodziców - wiedza jako zasób

Psychoedukacja - systematyczne przekazywanie wiedzy o spektrum autyzmu, dostępnych formach wsparcia, prawach dziecka i skutecznych strategiach komunikacyjnych - jest jednym z najważniejszych i najczęściej niedocenianych elementów systemu pomocy. Rodzice, którzy rozumieją neurobiologiczne podstawy zachowania swojego dziecka, potrafią reagować na jego potrzeby zamiast interpretować je przez pryzmat złej woli czy braku wdzięczności. Najważniejsza jest psychoedukacja podiagnostyczna - przekazywana bezpośrednio po uzyskaniu diagnozy, kiedy rodzice są przytłoczeni i szczególnie podatni na fałszywe informacje z internetu. Doskonale realizuje tę rolę projekt „**Listy do R.**” - **bezpłatny poradnik stworzony przez Fundację Autyzm po ludzku**, będący zbiorem listów od rodziców do rodziców, pełnych ciepła, praktycznych wskazań i autentycznego doświadczenia.

Psychoedukacja nie jest jednorazowym działaniem - powinna towarzyszyć rodzinie na każdym etapie życia dziecka, bo potrzeby i wyzwania diametralnie zmieniają się między wiekiem przedszkolnym, szkolnym, adolescencją i dorosłością. Szkolenia, warsztaty, webinary, konferencje i grupy wsparcia prowadzone przez doświadczonych ekspertów i samorzeczników to różnorodne, uzupełniające się zasoby dla rodzin.

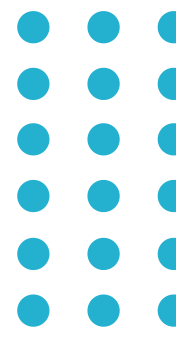




Wsparcie ze strony specjalistów i instytucji

Rodzice potrzebują wsparcia również od specjalistów i instytucji: **lekarzy, terapeutów, nauczycieli, pracowników pomocy społecznej**. Niestety, zbyt często zamiast wsparcia spotykają się z brakiem wiedzy lub niezamierzoną stygmatyzacją. Inwestowanie przez placówki w szkolenia z zakresu ASD i modelu opieki skoncentrowanej na rodzinie (Family-Centered Care) przynosi wymierne korzyści. Relacja specjalista-rodzic nie powinna być relacją eksperta do laika, lecz współpracą dwóch rodzajów ekspertyzy: specjalista zna spektrum, rodzic zna swoje dziecko. Systemowym wyzwaniem pozostaje nierównomierny terytorialnie dostęp do wsparcia: rodziny z małych miast i wsi często dojeżdżają dziesiątki kilometrów na każdą wizytę i ponoszą pełne koszty prywatnej terapii, bo kolejki do publicznych placówek liczone są w miesiącach lub latach.

Dobrostan rodzica jako warunek dobrostanu dziecka



Wypalenie rodzicielskie jest udokumentowanym stanem psychologicznym, nie oznaką słabości ani braku miłości - jest przewidywalnym skutkiem chronicznego przeciążenia przy niewystarczających zasobach wsparcia. Dziecko autystyczne potrzebuje regulowanego, emocjonalnie obecnego rodzica, a nie wypalającego się herosa, który poświęcił wszystko. **Dbanie o własny dobrostan jest zatem nie tylko prawem, ale i odpowiedzialnością rodzica wobec dziecka.**

Obejmuje to: dostęp do własnej psychoterapii, czas dla siebie poza rolą opiekuna, pielęgnowanie relacji partnerskiej - która jest szczególnie narażona na przeciążenie w rodzinach z ASD - oraz dbanie o relacje z przyjaciółmi. Badania (Łaba-Hornecka, 2021) potwierdzają, że równoległe wsparcie dla obu rodziców - w tym dla ojców, którzy są często pomijani w systemie skupionym na matkach - jest kluczowe dla funkcjonowania całej rodziny. Rodzic, który o sobie dba, jest lepszym rodzicem. To nie slogan, to dobrze udokumentowany fakt kliniczny.



Rodzeństwo

Warto również pamiętać o rodzeństwie dziecka autystycznego, które często pozostaje w cieniu rodzicielskiej uwagi skupionej na dziecku z ASD. Badania (Gau i in., 2012) pokazują, że **dzieci, których rodzeństwo wymaga intensywnej opieki, mogą doświadczać ambiwalentnych uczuć**: z jednej strony rozwijają większą empatię i dojrzałość emocjonalną, z drugiej - mogą czuć niedosyt uwagi i mieć poczucie, że ich własne potrzeby schodzą na dalszy plan. Świadoma praca z całą rodziną jako systemem, uwzględniająca potrzeby rodzeństwa, wzmacniająca relacje wszystkich domowników i dbająca o to, by każde dziecko czuło się widziane i ważne, jest nieodłącznym elementem zdrowego funkcjonowania rodziny z ASD.

Spektrum autyzmu jest złożonym, wielowymiarowym zjawiskiem, wobec którego nauka dysponuje coraz bogatszym zasobem wiedzy. To, co wiemy dziś z dużą pewnością: autyzm ma silne podłoże genetyczne i nie jest skutkiem błędów wychowawczych ani szczepień; nie istnieje jedna przyczyna ASD - jest to złożona interakcja wielu czynników biologicznych; autyzm nie może być „wyleczony”, ale dobra terapia i wsparcie mogą znacząco poprawić jakość życia; każda osoba w spektrum jest unikalna i wymaga indywidualnego podejścia. Rodzice, będący pierwszymi i najważniejszymi towarzyszami drogi swoich dzieci, zasługują na wsparcie adekwatne do skali wyzwań. Niniejszy materiał jest punktem wyjścia - zachęcamy do dalszej lektury i, przede wszystkim, do słuchania samych osób autystycznych, które są najważniejszymi ekspertami od własnego doświadczenia.



Wybrane zagadnienia dotyczące zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu

W trosce o dzieci i młodzież w spektrum autyzmu, poprawę jakości ich życia, codziennego funkcjonowania, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na ewentualne współwystępowanie ze spektrum autyzmu zaburzeń **rozwojowych, psychicznych, genetycznych, neurologicznych oraz innych zaburzeń somatycznych**.

Ponieważ zaburzenia współistniejące mogą niekorzystnie wpływać na wiele obszarów funkcjonowania zarówno osoby w spektrum autyzmu jak również ich rodziny, plan wsparcia wymaga ścisłego współdziałania terapeutów, specjalistów w różnych dziedzinach medycyny (na przykład pediatrii, medycyny rodzinnej, neurologii, genetyki, psychiatrii, rehabilitacji medycznej, gastroenterologii, alergologii, dietetyki), nauczycieli oraz rodziny dziecka, nastolatka w spektrum autyzmu, by wspólnie poszukać kompleksowych rozwiązań, stworzyć realną szansę na poprawę jakości życia osób w spektrum oraz ich rodzin.

Spektrum autyzmu nie wyklucza możliwości współwystępowania innych zaburzeń.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5-TR (opublikowanej w 2022 roku) kryteria diagnostyczne spektrum autyzmu zostały określone jako „**włączające**”. Zatem, zgodnie z aktualnymi kryteriami diagnostycznymi istnieje **konieczność określenia czy u osób w spektrum autyzmu współwystępują inne zaburzenia rozwojowe, zachowania psychiczne, genetyczne, zaburzenia somatyczne** (np.: neurologiczne, gastroenterologiczne, alergologiczne, dermatologiczne).



Przykłady zaburzeń rozwojowych, psychicznych i zachowania mogących współwystępować u osób w spektrum autyzmu:

- Zaburzenia neurorozwojowe:
 - zaburzenia rozwoju intelektualnego
 - zaburzenia komunikacji
 - zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (ADHD)
 - zaburzenia ruchowe (np. rozwojowe zaburzenia koordynacji)
 - zaburzenia tikowe (np. tiki głosowe, ruchowe, zespół Tourette'a)
- zaburzenia nastroju (np.: zaburzenia depresyjne, dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, zaburzenia dwubiegunowe)
- zaburzenia lękowe (w tym mutyzm wybiórczy)
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne
- zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresogennym (np. zaburzenie adaptacyjne, zaburzenie stresowe pourazowe)
- zaburzenia z objawami somatycznymi
- zaburzenia jedzenia i odżywiania (np.: unikania i ograniczania przyjmowania pokarmów, jadłowstręt psychiczny, zaburzenie z napadami objadania się)
- zaburzenia wydalania (np. moczenie się, zanieczyszczanie kałem)
- zaburzenia snu i czuwania
- dysforia płciowa (zaburzenia tożsamości płciowej)
- zachowania niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania
- zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia
- zaburzenia osobowości.



Warto podkreślić, że zaburzenia współistniejące mogą być przyczyną dodatkowej **zmienności obrazu klinicznego spektrum autyzmu**, co powinno jeszcze bardziej skłonić do indywidualnego podejścia w procesie diagnostycznym. **U osób w spektrum autyzmu mogą one również manifestować się nietypowymi objawami**, co może być dodatkowym czynnikiem utrudniającym rozpoznanie.

Pułapką diagnostyczną, którą warto wziąć pod uwagę, by osoba w spektrum miała szansę na rzetelną diagnozę i adekwatną pomoc, jest **„maskowanie” cech spektrum autyzmu**, czyli automatyczna odpowiedź osoby w spektrum na oczekiwania ze strony otoczenia, by wpisać się w określone zasady, konwenanse (np.: osób z rodziny, przedszkola, szkoły), by nie czuć się „tą dziwną”, lub „tym innym”. **Maskowanie nie dotyczy tylko cech spektrum autyzmu, kamuflowane mogą być również zaburzenia współistniejące** (np.: zaburzenia aktywności i uwagi, tiki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, nastroju) pomimo, że objawy określonych zaburzeń powodują utrudnienie funkcjonowania, osoba może doświadczać cierpienia z tego powodu, jednak stara się je kamuflować.

Kolejną pułapką diagnostyczną może być także **„przyćmiewanie” objawów spektrum autyzmu przez współwystępujące zaburzenia** i jeżeli w procesie diagnostycznym nie uwzględni się możliwości ich współwystępowania, to zakres pomocy nie będzie adekwatny do indywidualnych potrzeb osoby w spektrum. **Z tego powodu często u młodszych dzieci przed rozpoznaniem spektrum autyzmu pierwszą diagnozą może być na przykład:** mutyzm wybiórczy, zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością, lęk separacyjny, specyficzne fobie (np.: lęk przed owadami, samolotami, określonymi warunkami atmosferycznymi, przedszkolem, szkołą), tiki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zachowania autoagresywne lub agresywne.

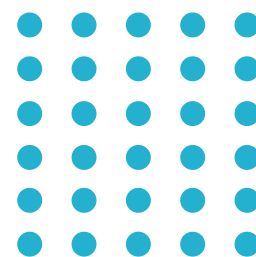


Warto podkreślić, że osoby „kamouflujące” **spektrum autyzmu** (określane nawet przez osoby z ich środowiska, jako „idealne, grzeczne, bezproblemowe, wzorce do naśladowania”), mogą, na pewnym etapie rozwoju, **doświadczyć kryzysu psychicznego**. Może być to skutkiem rosnących oczekiwań, presji społecznej oraz rozwijającej się świadomości własnych trudności. Na przykład, problemy w relacjach społecznych mogą prowadzić do poczucia odrzucenia, odizolowania, osamotnienia, niskiej samooceny, a następnie dalszych konsekwencji- pogarszającego się stanu psychicznego i ostatecznie wystąpienia zaburzeń psychicznych w formie klinicznej.

U starszych dzieci i młodzieży spektrum autyzmu bywa diagnozą stawianą **po doświadczonym kryzysie psychicznym**, który może ujawnić się jako zaburzenia nastroju (na przykład epizod depresyjny, dezorganizujące zaburzenia regulacji emocji), odżywiania, lękowe, zespół stresu pourazowego, związane z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne, autoagresywne lub po próbie samobójczej.

Zaistniały kryzys staje się powodem do szukania profesjonalnej pomocy dla dziecka lub nastolatka, co z kolei może być szansą, by w trakcie procesu diagnostyczno- terapeutycznego nastąpiła identyfikacja spektrum autyzmu.

Biorąc pod uwagę opisane pułapki diagnostyczne bardzo ważną kwestią jest wczesna diagnoza spektrum autyzmu, która powinna być traktowana jako forma profilaktyki, poprzez zwiększenie prawdopodobieństwa zapobiegnięcia niektórym z wymienionym zaburzeń.



Ze względu na opisane wyżej **wyzwania diagnostyczne związane ze współwystępowaniem określonych zaburzeń u osób spektrum autyzmu oraz wyniki badań statystycznych, które wskazują na wyższą częstość ich występowania u osób w spektrum autyzmu niż w populacji ogólnej** (choć mogą różnić się w zależności od metodologii)- należy temu zagadnieniu poświęcić baczna uwagę, by osoba w spektrum miała szansę na kompleksową diagnozę oraz wsparcie w określonych, indywidualnych obszarach jej funkcjonowania, by mogła w pełni wykorzystać swój potencjał.

Na podstawie opublikowanych w 2025 roku danych, przeanalizowanych z National Survey of Children's Health (NSCH), z okresu od 2020 do 2021 roku, obejmujących 79182 dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 17 roku życia, oszacowano, że **96,4% dzieci w spektrum autyzmu ujawniało co najmniej jedno współistniejące zaburzenie (genetyczne, neuropsychiatryczne, somatyczne).**

Wcześniej opublikowane **wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych** wśród dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu wskazywały, że od **70% do 95% dzieci i nastolatków w spektrum autyzmu ujawniało co najmniej jedno współwystępujące zaburzenie psychiczne.**

W innych badaniach wskazano, że od **41% do 60% dzieci i nastolatków w spektrum autyzmu występowały dwa lub więcej współwystępujące zaburzenia psychiczne**, a u **24%** odnotowano **co najmniej trzy** współwystępujące zaburzenia psychiczne.

W diagnostyce zaburzeń rozwojowych, zachowania oraz psychicznych bardzo ważnym aspektem jest spełnienie określonych kryteriów diagnostycznych (np. kryterium określonej ilości objawów, czasu ich utrzymywania się) oraz świadomość, że określenie „zaburzenie” w formie klinicznej, powinno być zarezerwowane, gdy określona osoba doświadcza z tego powodu cierpienia lub zakłócenia funkcjonowania w ważnych dla niej obszarach (np. relacje społeczne, edukacja).



Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (zaburzenie aktywności i uwagi)

Współwystępowanie **zaburzenia aktywności i uwagi (ADHD - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)** jest bardzo częste u osób w spektrum autyzmu, co może mieć istotny wpływ na dalszy przebieg rozwoju dzieci i młodzieży.

Na podstawie metaanalizy 56 badań wykazano, że wskaźnik aktualnego występowania ADHD wśród osób z diagnozą spektrum autyzmu wyniósł w ciągu całego życia - 40,2%.

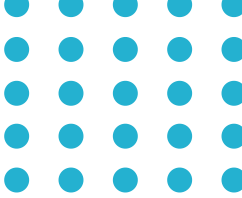
ADHD charakteryzuje się stałym wzorcem funkcjonowania danej osoby, a poszczególne objawy tego zaburzenia zostały podzielone na dwie grupy:

- **zaburzenia uwagi** (warunek spełnienia co najmniej 6 objawów, a od 17 roku życia co najmniej 5 objawów)
- **nadaktywność oraz impulsywność** (warunek spełnienia co najmniej 6 objawów, a od 17 roku życia co najmniej 5 objawów)

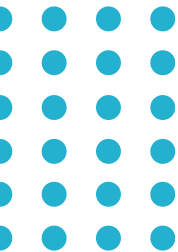
Warto podkreślić, że w zależności od konstelacji objawów ADHD wyodrębnione zostały trzy postacie ADHD:

- **postać z przewagą objawów w zakresie zaburzenia uwagi**
- **postać z przewagą nadaktywności i impulsywności**
- **postać mieszaną**

Wskazuje to na różnorodność obrazu klinicznego ADHD u różnych osób.



Na podstawie badań opublikowanych w 2024 roku, wykazano, że najczęstszymi konsekwencjami, jakie ponoszą osoby z ADHD mogą być: uzależnienia, zaburzenia nastroju, lękowe, OCD, zaburzenia snu, nadwaga, otyłość, wypadki, urazy, przestępczość, trudności w relacjach, ryzykowne zachowania, wypadki drogowe, nieplanowana ciąża, obniżona jakość życia. Z tego powodu wczesna diagnostyka ADHD ma również istotne znaczenie, by udzielić jak najszybciej adekwatnej pomocy w obszarach funkcjonowania, w których jest ona wskazana, a jednocześnie poprzez tego typu wsparcie związane ze ścisłą współpracą rodziny/opiekunów, nauczycieli, terapeutów oraz terapię (psychoterapię, farmakoterapię) zapobiegać wymienionym konsekwencjom.



Bardzo ważne jest zrozumienie przez członków rodziny, nauczycieli doświadczeń osoby ujawniającej objawy ADHD, ścisła współpraca rodziców z nauczycielami oraz terapeutami, psychoterapia dziecka/rodzinna.

Farmakoterapia ADHD - leki stosowane w terapii ADHD zostały zarejestrowane w Polsce dla dzieci i młodzieży (od 6 roku życia) jako element kompleksowej terapii - podkreślona została istotna rola wszelkich oddziaływań środowiskowych (rodzina, przedszkole, szkoła), psychoterapeutycznych, psychoedukacyjnych.



Zaburzenia lękowe

Doświadczenie lęku, zakłócającego funkcjonowanie, utrudniającego adaptację jest powszechnym zjawiskiem wśród osób w spektrum autyzmu. Stopień nasilenia lęku może być odczuwany również jako spektrum- od subtelного doświadczenia, aczkolwiek utrudniającego codzienne funkcjonowanie aż do postaci spełniającej kryteria rozpoznania określonego zaburzenia (klinicznej formy lęku). Badania metaanalityczne wykazały, że około 40% dzieci i młodzieży w spektrum współwystępuje co najmniej jedno zaburzenie lękowe.

Wczesna identyfikacja zaburzeń lękowych ma również istotne znaczenie, gdyż badania nad związkiem poziomu lęku a kompetencjami społecznymi w grupie wiekowej od 2. do 18. roku życia, wykazały, że osoby z wyższym poziomem lęku osiągają niższe wyniki w testach kompetencji społecznych, a dopiero z wiekiem ten związek słabnie. Zatem, wczesna interwencja i pomoc w obszarze spektrum autyzmu i doświadczanego lęku może wpłynąć pozytywnie na rozwój kompetencji społecznych.

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5-TR, do zaburzeń lękowych zaliczamy:

- społeczne zaburzenie lękowe
- zaburzenie lękowe uogólnione
- fobie specyficzne
- mutyzm selektywny (wybiórczy)
- separacyjne zaburzenie lękowe
- zaburzenie paniczne
- agorafobię
- zaburzenia lękowe wywołane substancją/lekiem lub spowodowane innym stanem medycznym.

Do **najczęstszych** zaburzeń lękowych u osób w spektrum autyzmu należą: **zaburzenie lękowe o charakterze społecznym** (social anxiety disorder - SAD), **uogólnione zaburzenie lękowe** (generalized anxiety disorder - GAD) oraz **fobia specyficzna** (specific phobia - SP).

Społeczne zaburzenie lękowe

Charakterystycznymi objawami **społecznego zaburzenia lękowego** jest intensywny lęk przed sytuacjami społecznymi, stała obawa przed negatywną oceną, krytyką, upokorzeniem ze strony innych, co może być przyczyną wycofania społecznego. Badania wskazują, że częstość występowania lęku społecznego u osób w spektrum autyzmu wynosi aż do 50%, natomiast 7-13% w populacji osób poza spektrum.

Lęk społeczny może wystąpić z powodu niekorzystnych doświadczeń w relacjach społecznych, sensorycznych w kontekście społecznym (np. tłum, hałas), które mogą być stresogenne, a w konsekwencji postrzegania ich jako zagrażające może rozwinąć się tendencja do ich unikania, co wpływa również na izolację społeczną oraz samoocenę.

Zaburzenie lękowe uogólnione

Osoba doświadczająca **zaburzenia lękowego uogólnionego** uporczywie zamartwia się codziennymi sprawami, na przykład dotyczącymi szkoły, rodziny, zdrowia, jednak w przeciwieństwie do fobii specyficznej - nie jest to konkretna sytuacja, lecz codzienne sprawy. Trudno jest kontrolować własne myśli, zbagatelizować ten stan. Towarzyszy mu szereg objawów somatycznych, związanych z pobudzeniem układu autonomicznego (współczulnego) - uczucie kołatania serca, nudności, duszności, zawroty głowy, bóle brzucha. Lęk związany jest również ze stałym napięciem mięśni, co powoduje uczucie zmęczenia, wyczerpania, a jednocześnie osoba jest w stanie stałej, wzmożonej czujności. To nieustające napięcie z towarzyszącym przewlekłym uczuciem zmęczenia będzie miało zasadniczy wpływ na funkcje wykonawcze - planowanie, inicjowanie, organizację aktywności, uwagę, jak również na regulację emocji (np. drażliwość, impulsywność) oraz zaburzenia snu.



Fobie specyficzne

Fobie specyficzne charakteryzują się wyraźnym lękiem związanym z określonym przedmiotem lub sytuacją, a z powodu lęku antycypacyjnego („lęku przed lękiem”) - unikaniem określonej sytuacji lub przedmiotu.

Często dotyczą one krwi, zastrzyków, ran, zjawisk przyrodniczych (np. burze, wody, wysokości), zwierząt (np. owadów, psów).

Fobie u osób w spektrum mogą wynikać między innymi z potrzeby przewidywalności, wrażliwości słuchowej (np. lęk wywołany dźwiękami podczas burzy, wydawanymi przez zwierzęta - psy, owady) czy wrażliwości na bodźce dynamiczne, co może utrudnić kontrolę określonej sytuacji, w której znalazła się osoba w spektrum (np.: utrudnione śledzenie lotu owada).

U dzieci lęk często może manifestować się płaczem, zastyganiem, napadami złości, agresją, autoagresją (np. drapanie się, ciągnięcie za włosy), zachowaniami autostymulującymi (tzw. stimming), przywieraniem do osoby dającej poczucie bezpieczeństwa.

Diagnostyka współistniejących zaburzeń lękowych u osób w spektrum autyzmu może być wyzwaniem z powodu trudności w zakresie komunikacji, wyrażania swoich emocji, odczuwania własnego stanu fizjologicznego (interocepcji - autonomicznych objawów lęku), czy też spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi osobami swoimi doświadczeniami.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione aspekty, dokładny wywiad z rodzicami/opiekunami, obserwacja zachowania dziecka/nastolatka oraz zadanie konkretnych, szczegółowych pytań dają szansę na identyfikację zaburzeń lękowych i podjęcie działań terapeutycznych.

Bardzo ważna jest pomoc psychoterapeutyczna a interwencja farmakologiczna obejmuje stosowanie selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) ze względu na stosunkowo dobrą skuteczność i stosunkowo niską częstość występowania działań niepożądanych u osób w spektrum autyzmu.



Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder - OCD) charakteryzuje się występowaniem obsesji (nawracających, mimowolnych myśli, wyobrażeń, impulsów wywołujących wyraźny niepokój) i/lub kompulsji (powtarzających się czynności psychicznych lub behawioralnych mających na celu redukcję lęku). U osób w spektrum autyzmu istnieje dwukrotnie większe prawdopodobieństwo zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w porównaniu z populacją ogólną.

W przeciwieństwie do **adaptacyjnych rytuałów**, służących regulacji emocji, poczuciu zrelaksowania, wyciszenia, osoba z OCD mająca odpowiedni wgląd w doświadczane objawy, będzie miała poczucie ich bezsensowności, cierpienia, będą one postrzegane jako pochłaniające czas i zakłócające funkcjonowanie.

Zaburzenia nastroju - depresja

Depresja, to zaburzenie o ściśle określonych kryteriach diagnostycznych, w których ważny jest czas utrzymywania się objawów (co najmniej 2 tygodnie) oraz wystąpienie co najmniej 5 z 9 niżej wymienionych objawów, w tym co najmniej jeden z dwóch niżej wymienionych:

- obniżony nastrój (u dzieci i młodzieży może objawiać się drażliwość)
- znaczne zmniejszenie zainteresowań lub odczuwania przyjemności z wszystkich lub prawie wszystkich aktywności.

Pozostałe objawy, które mogą występować w określonej konstelacji i nasileniu, to:

- zmęczenie/poczucie braku energii
- zmniejszona zdolność myślenia, koncentracji
- zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność)
- zaburzenia apetytu (zwiększenie lub zmniejszenie)
- spadek poczucia własnej wartości lub nadmierne poczucie winy
- poczucie braku własnej wartości
- nawracające myśli o śmierci



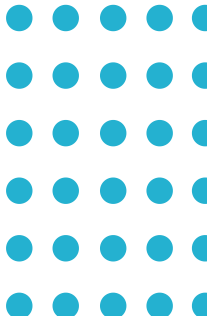


Diagnoza zaburzeń nastroju może być wyzwaniem, ze względu na pewne podobieństwo objawów spektrum autyzmu oraz depresji, na przykład problemy związane ze snem, jedzeniem, rozdrażnienie, sptycona ekspresja emocji, brak motywacji, stereotypowe zachowania, ruminacje, izolacja społeczna.

Z tego powodu bardzo ważną kwestią w identyfikacji zaburzeń depresyjnych odgrywa dokładny wywiad rozwojowy, ocena ewolucji objawów; czy ujawniły się nowe objawy albo czy nastąpiło ich zaostrzenie.

Depresja może również przybierać wiele masek. Ze względu na narastające trudności w nabywaniu wiedzy, porażki szkolne (jako konsekwencja zaburzenia uwagi, zdolności planowania, podejmowania decyzji, wzmożoną męczliwością) narasta lęk przed szkołą, który może manifestować się odmową chodzenia do szkoły, co może być traktowane jako fobia szkolna, a czasami uczeń zostanie określony jako „wagarowicz”. Warto podkreślić, że u osób w spektrum z niepełnosprawnością intelektualną oraz depresją obserwowana bywa płaczliwość, agresja, samookaleczanie, przybieranie na wadze lub jej utrata oraz zanieczyszczanie w toalecie.

Częstość występowania depresji u osób w spektrum autyzmu w ciągu całego życia jest około czterokrotnie wyższa niż w populacji ogólnej.



Myśli samobójcze, próby samobójcze oraz samobójstwa

Osoby w spektrum autyzmu mogą być również bardziej narażone na ryzyko samobójstwa. Metaanaliza badań wykazała, że 25% osób w spektrum autyzmu ujawniało myśli samobójcze, 8% dokonywało prób samobójczych, a 0,2% osób w spektrum popełniło samobójstwo. Jako istotną przyczynę ujawnienia się myśli i prób samobójczych uznano negatywne doświadczenia z dzieciństwa. Z tego powodu tak ważna jest diagnoza spektrum autyzmu, by zaistniała możliwość adekwatnego wsparcia dzieci i młodzieży w zakresie ich doświadczeń społecznych, edukacyjnych, sensorycznych, radzenia sobie w sytuacjach stresogennych, by czuły się bezpiecznie, byli świadome, że spotykają się ze zrozumieniem, a w razie zaistniałej potrzeby - wiedzieli kto może je wesprzeć.

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu wśród dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu ujawniają się częściej niż u ich rówieśników poza spektrum autyzmu.

Związek pomiędzy snem a spektrum autyzmu może być wieloczynnikowy i dwustronny (tzn. sen wpływa na samopoczucie psychiczne i fizyczne, a ten stan ma znaczenie dla jakości snu). Doświadczenia sensoryczne osób w spektrum (np. wrażliwość na światło, dźwięk, temperaturę), stan psychiczny (np. drażliwość, niepokój, współistniejące zaburzenia lękowe, nastroju, ADHD) mogą warunkować problemy związane ze snem. Badania dotyczą również zaburzenia metabolizmu melatoniny u osób w spektrum. Stąd tak ważne jest zrozumienie potrzeb nie tylko sensorycznych, ale również związanych z sytuacjami, które mogą być stresogenne dla osób w spektrum (np. oczekiwania społeczne, relacje rówieśnicze, edukacja) dla zapewnienia jakości snu. Z tego powodu wsparcie emocjonalne, oddziaływania psychoterapeutyczne, aktywność fizyczna, różnego rodzaju techniki relaksacji, medytacji, masażu, odpowiednie przygotowanie, z uwzględnieniem potrzeb sensorycznych sypialni, rytuały wyciszające przed snem mogą pozytywnie wpłynąć na stan psychiczny, spowodować stan zrelaksowania, obniżenie napięcie mięśni, co ułatwi zasypianie. W razie potrzeby, możliwe jest również wsparcie farmakologiczne.

Zaburzenia neurologiczne, genetyczne oraz inne zaburzenia somatyczne - wybrane zagadnienia

Metaanaliza badań, opublikowanych w 2025 roku, wykazała, że najczęściej współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi u osób w spektrum autyzmu były **alergie (32,4%), zaburzenia genetyczne (26,2%)** oraz **astma (12,6%)**

Zaburzenia gastroenterologiczne

Zmiany w składzie mikrobioty jelitowej często współwystępują u osób w spektrum autyzmu. Zwrócono uwagę, na powiązanie występowania objawów ze strony przewodu pokarmowego (np. bóle brzucha, zaparcia, biegunka) z nasileniem objawów spektrum autyzmu oraz innymi zaburzeniami, na przykład drażliwością, zachowaniami agresywnymi, kompulsywnymi i restrykcyjnymi.

Wśród osób w spektrum autyzmu często obserwuje się także **lęk przed spożywaniem nowych pokarmów, specyficzne wzorce żywieniowe, unikanie lub ograniczenie przyjmowania pokarmów (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder- ARFID),** lub diety o niskich wartościach odżywczych.

Dotychczas, związek pomiędzy zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego a spektrum autyzmu nie został szczegółowo przeanalizowany, jednak badania coraz częściej wskazują, że czynniki genetyczne, środowiskowe warunkujące rozwój układu nerwowego okazują się czynnikami sprawczymi ujawnienia się objawów gastroenterologicznych u osób w spektrum.

Podkreśla się też rolę „błędnego koła”, poprzez dwukierunkowe działanie „osi mikrobiom-jelita-mózg”. Zatem sposób odżywiania, stan psychiczny danej osoby w spektrum autyzmu może mieć wpływ na mikrobiom, jego metabolity, neurotransmitery, neuromodulatory w przewodzie pokarmowym, a ten stan może z kolei wpływać na funkcjonowanie danej osoby. Jak wskazują wyniki niektórych badań, **oddziaływania modulujące mikrobiom jelitowy**, jego metabolity mogą stanowić potencjalną opcję terapeutyczną u niektórych osób w spektrum autyzmu.

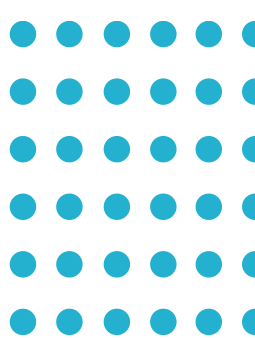
W diagnostyce różnicowej spektrum autyzmu należy również uwzględnić choroby układu nerwowego i inne schorzenia związane z regresem określonych umiejętności (np.: nabyta afazja padaczkowa, zespół Landau-Kleffnera, autoimmunologiczne zapalenie mózgu, zespół Retta).

Warto podkreślić, że **zespół Retta**, który we wcześniejszych klasyfikacjach był uwzględniony w grupie Catościowych Zaburzeń Rozwojowych (spektrum autyzmu), w kolejnej klasyfikacji DSM-5 został zaklasyfikowany wśród **zaburzeń genetycznych**. W związku z tym osoba z diagnozą zespołu Retta, jeżeli spełnia również kryteria rozpoznania spektrum autyzmu, to obie diagnozy uznawane są jako współwystępujące.

Podobnie, dotyczy to **innych zespołów genetycznych**, jeżeli zostały one zdiagnozowane u osoby spełniającej kryteria rozpoznania spektrum autyzmu. Do najczęściej współwystępujących zespołów genetycznych zalicza się, na przykład **zespół łamliwego chromosomu X (Fra-X)**, **zespół Retta**, **stwardnienie guzowe**, **nerwiakowłókniakowość typ 1**, **zespół Sotosa**, **zespół Moebiusa**, **zespół Cohena**, **zespół Cornelli de Lange**, **zespół Angelmana**, **zespół Downa**, **zespół Williamsa**, **zespół Turnera**, **Smith-Magenis**, **zespół Pradera-Williego**.



Dzięki intensywnemu rozwojowi technik genetyki molekularnej, zgodnie z aktualnymi wytycznymi - rekomendowana jest dla osób w spektrum autyzmu konsultacja genetyczna.



Jeżeli u dziecka w spektrum autyzmu współwystępują inne zaburzenia, jak padaczka, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, niepełnosprawność intelektualna lub inne objawy wskazujące na określone **choroby neurometaboliczne** – wskazana jest diagnostyka w tym kierunku.

Częstość występowania **padaczki** u osób z rozpoznaniem spektrum autyzmu waha się **od 6% do 27%**. W przypadku wystąpienia padaczki bezwzględnie wskazana jest **opieka neurologiczna**.

W trosce o adekwatne wsparcie dla dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu, bardzo ważną kwestią jest tworzenie przyjaznego otoczenia, dbałość o stymulację rozwoju w sprzyjających warunkach. Natomiast wiedza na temat zaburzeń współwystępujących ze spektrum autyzmu, może służyć rozwojowi naszej świadomości, by poprzez tworzenie wspierającego środowiska rozumiejącego indywidualne, jakże odmienne potrzeby każdego dziecka i nastolatka mieć wpływ na poczucie komfortu, bezpieczeństwa młodej osoby w spektrum, co będzie pewną formą profilaktyki. Natomiast, w przypadku ewentualnego ujawnienia się zaburzeń współistniejących ważne jest, by wiedzieć jak szybko i skutecznie pomóc.

Praktyczne wskazówki dla rodziców i specjalistów dotyczące reagowania na kryzys emocjonalny, przeciążenie sensoryczne i społeczne

Kryzys psychiczny (emocjonalny) jest **subiektywnym** odczuwaniem bądź doświadczaniem wydarzenia lub sytuacji jako: niemożliwej do rozwiązania, wyczerpującej zasoby jednostki, przekraczającej dotychczasowe sposoby radzenia sobie z trudnościami (Pilecka, 2004/Jagieta, 2009). Powoduje zachwianie równowagi psychicznej, emocjonalnej i fizjologicznej. Uniemożliwia realizację potrzeb i celów życiowych. Zaburza funkcjonowanie osoby w różnych obszarach.

„Kryzysy i stres są nieodłączną częścią życia, a reakcje kryzysowe nie są patologią” (Badura-Madej, 2004)

Wyróżnia się różne typy kryzysów emocjonalnych, m.in.: **sytuacyjne** (związane z niespodziewanymi wydarzeniami losowymi, np. utratą i żałobą, konfliktem okotorozstaniowym w rodzinie), **rozwojowe** (związane np. z dorastaniem, czyli okresem wielu przemian), **środowiskowe** (takie jak np. Pandemia COVID-19, czy wojna w Ukrainie). Kryzys nie jest niczyją winą, na jego powstanie wpływa wiele czynników. Staje się bardziej nasilony, gdy liczba wydarzeń krytycznych jest większa, występują one w krótkim czasie i są negatywnie oceniane przez jednostkę.



Przeciążenie i reakcje na nie u osób w spektrum autyzmu

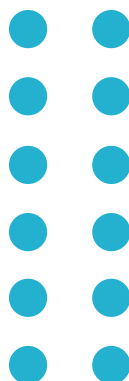
W przypadku osób w spektrum autyzmu do takiego kryzysu może doprowadzić również przeciążenie sensoryczne i społeczne. Do **przeciążenia sensorycznego** dochodzi, gdy mózg otrzymuje więcej bodźców niż jest w stanie efektywnie przetworzyć w danym momencie (do takich bodźców zaliczamy m.in. bodźce wzrokowe - np. jasne, migające światła, bałagan wizualny; słuchowe - np. głośne lub nagłe dźwięki; dotykowe - niektóre faktury, niespodziewany dotyk; zapachowe - np. silne zapachy, zapachy niektórych potraw). Bodźce te są odbierane jako zbyt intensywne, przytłaczające. **Przeciążenie społeczne** to z kolei stan wyczerpania poznawczego i emocjonalnego wynikający z nadmiaru interakcji społecznych. Oba zjawiska są związane z różnicami w przetwarzaniu bodźców sensorycznych i w funkcjonowaniu społecznym. Mogą prowadzić m.in. do znacznego dyskomfortu, objawów somatycznych (np. bólów głowy), wycofywania i trudności z komunikacją, a także do skrajnych reakcji behawioralnych tzw. **meltdownu**, **shutdownu**, czy **burnoutu**, które często wymagają ograniczenia bodźców i czasu na regenerację w samotności.

MELTDOWN

Stan skrajnego przeciążenia, objawiający się gwałtownym wybuchem emocji oraz utratą kontroli nad zachowaniem. Może przyjmować formę krzyku, płaczu, agresji lub autoagresji. Jest to automatyczna odpowiedź organizmu - regulacja silnych i nieprzyjemnych emocji w trakcie takiego wybuchu jest bardzo trudna, a często wręcz niemożliwa. Stan ten ustępuje samoczynnie. Próby zewnętrznego uspokajania emocji (np. przez rodzica lub nauczyciela) mogą pogłębiać meltdown.

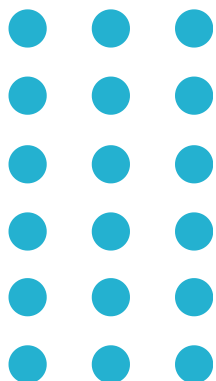
SHUTDOWN

Stan skrajnego przeciążenia, charakteryzujący się wycofaniem do świata wewnętrznego, apatią, sptyczeniem reakcji emocjonalnych, a niekiedy także mutyzmem. Osoba nie reaguje na próby nawiązania kontaktu ani na bodźce zewnętrzne, co prowadzi do całkowitego odcięcia od otoczenia. Zjawisko to określane jest jako automatyczne „zamrożenie” lub nieintencjonalne „zamknięcie się w sobie” i również ustępuje samoistnie.



BURNOUT (wypalenie)

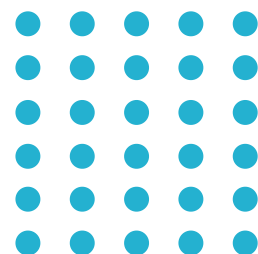
Zespół głębokiego, przewlekłego wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i poznawczego, rozwijający się w wyniku długotrwałego obciążenia psychicznego i fizycznego, często potęgowanego przez maskowanie cech autystycznych. Zjawisko to bywa opisywane jako przewlekły zespół stresu adaptacyjnego. Może obejmować m.in. utratę wcześniej nabytych umiejętności, obniżenie tolerancji na bodźce oraz wycofanie społeczne. Objawy mogą przypominać zaburzenia depresyjne, jednak rzadko ustępują w odpowiedzi na samo leczenie farmakologiczne.



Kryzys - zagrożenie i szansa

Kryzysy są uniwersalne, co oznacza, że może doświadczać ich każdy. Ich charakterystyczną cechą jest to, że **stanowią przełomowy moment w życiu i zmuszają do przededefiniowania własnej tożsamości oraz sensu życia**. Kryzys psychiczny zwykle jest ograniczony w czasie, ale bez odpowiedniego wsparcia może spowodować wystąpienie zaburzeń psychicznych i nieprawidłowych zachowań (np. agresji, autoagresji w postaci samookaleczeń, nadużywania substancji psychoaktywnych). Jednocześnie odpowiednio „przeżyty” i zaopiekowany - może być szansą na samorozwój. Pojęcie KRYZYS **wyraża więc zarówno zagrożenie, jak i nową możliwość** (jeśli poradzimy sobie z nim w konstruktywny sposób). Badania pokazują, że **młode osoby w spektrum autyzmu są obciążone wyższym ryzykiem doświadczenia kryzysu psychicznego** (Vasa i współpracownicy, 2024). Szczególnej uwagi wymagają osoby, u których objawy spektrum autyzmu nie są oczywiste, ponieważ najczęściej zmagają się one z trudnościami, których otoczenie nie dostrzega. Pozornie prawidłowe, a nawet bardzo dobre funkcjonowanie bywa okupione znacznym wysiłkiem adaptacyjnym, przewlekłym przeciążeniem sensorycznym i społecznym oraz trudnościami w obszarze samoakceptacji.

Kryzys zawsze dotyka całą rodzinę
Jest szansą na rozwój każdego członka rodziny - wypracowanie nowych schematów pokonywania problemów, poprawa komunikacji, lepsze radzenie sobie z emocjami.



Doświadczenia zawodowe autorek pokazują, że nierzadko kryzysy u osób autystycznych są postrzegane przez rodziców i nauczycieli jako „niespodziewane”, „gwałtowne” oraz że **ważne jest szybkie i sprawne reagowanie**.

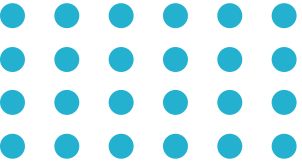
Działania profilaktyczne, takie jak diagnoza w kierunku neuroatypowości (jeśli są ku temu podstawy), psychoedukacja, zapewnienie dziecku odpowiedniej opieki (zarówno w środowisku domowym, jak i w placówce edukacyjnej – przedszkolu, szkole), a także rekomendowane oddziaływania terapeutyczne, mogą pomóc w uniknięciu kryzysu, umożliwić jego szybsze rozpoznanie oraz wyposażyć dziecko i jego otoczenie w narzędzia ułatwiające radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych. Zawsze powinny obejmować osoby mające bezpośredni kontakt z dzieckiem, zarówno w systemie rodzinnym, jak i w placówce edukacyjnej (w tym wsparcie nauczycieli oraz możliwość skorzystania przez nich z superwizji).

Kryzys psychiczny powoduje pogorszenie funkcjonowania młodej osoby w wielu ważnych obszarach życia, takich jak rodzina, rówieśnicy, czy szkoła. Może również stać się przyczyną dodatkowych problemów, takich jak zaburzenia lękowe czy uzależnienia, a niezauważone i nieleczone zaburzenia wiążą się z częstszą nawrotowością i większymi problemami w zakresie funkcjonowania w dorosłości.



Jakie objawy powinny nas zaniepokoić?

- obniżony nastrój (smutek, brak energii), podwyższony poziom lęku, stres, przeciążenie, napięcie,
- płaczliwość, drażliwość, wybuchowość, zachowania agresywne, więcej trudności wychowawczych,
- niska samoocena, wyrażanie negatywnych myśli o sobie, swoim życiu, przyszłości,
- częstsze lub intensywniejsze meltdowny lub shutdowny spowodowane poczuciem przytłoczenia,
- więcej stymulacji lub zachowań autostymulacyjnych (powtarzalne ruchy ciała, które służą samoregulacji, np. kotysanie, machanie rękami, wprawianie przedmiotów w ruch wirowy),
- wycofanie się ze swoich pasji lub wręcz „obsesyjne” skupianie się na swoich pasjach,
- obsesja na punkcie śmierci, samobójstw, samookaleczeń, szeroko rozumianej przemocy / nieodpowiednich dla młodej osoby treści,
- objawy somatyczne, które nie mają przyczyny somatycznej, takie jak bóle: głowy, brzucha, ciała, itp.; stale utrzymujące się objawy towarzyszące lękowi: przyspieszone bicie serca, potliwość, drżenie rąk,
- niewychodzenie ze swojego pokoju, coraz większe wycofywanie się z kontaktów społecznych,
- zmiany w codziennym funkcjonowaniu, trudności z wykonywaniem codziennych zadań, utrata nabytych umiejętności,



Jakie objawy powinny nas zaniepokoić?

- zaburzenia snu – np. trudności z zasypianiem, bezsenność, poczucie ciągłego zmęczenia, nadmierna senność,
- znaczące zmiany w nawykach żywieniowych (np. większa wybiórczość pokarmowa),
- zwiększona wrażliwość sensoryczna (np. większa niż wcześniej nadwrażliwość słuchowa),
- pogorszenie wyników w szkole i spadek zaangażowania w naukę,
- niechęć lub odmowa chodzenia do szkoły,
- zachowania autodestrukcyjne – samookaleczenia, myśli i próby samobójcze,
- problemy dotyczące relacji z otoczeniem - agresja, wulgaryzmy, łamanie prawa, używanie substancji psychoaktywnych,
- halucynacje lub urojenia: w niektórych przypadkach kryzys może obejmować psychozę, np. słyszenie lub widzenie rzeczy, których nie ma.



5 kroków w reakcji na kryzysową sytuację

Sytuacje kryzysowe mogą pojawić się nagle i być bardzo obciążające zarówno dla młodej osoby, jak i dla osób z najbliższego otoczenia (członków rodziny, nauczycieli). W takich momentach szczególnie ważne jest, aby nie działać wyłącznie impulsywnie, lecz oprzeć swoje reakcje na uważności, akceptacji i wsparciu. Poniższy plan ma na celu pomóc rodzicom uporządkować działania w trudnych chwilach:

1. Zauważ kryzys

Pierwszym krokiem jest rozpoznanie, że nasze dziecko jest w kryzysie. Zwróć uwagę na sygnały emocjonalne i behawioralne, które zostały przedstawione wcześniej. Równie istotne jest zauważenie własnego stanu emocjonalnego – stres, bezradność czy lęk rodzica mają wpływ na dziecko, jego otoczenie i sposób reagowania.

2. Zatrzymaj się

Zanim podejmiesz dalsze działania, spróbuj na chwilę się zatrzymać. Pomocne mogą być proste techniki gruntujące, takie jak spokojny oddech, oparcie stóp całymi powierzchniami na podłodze, czy skupienie uwagi na tym, co dzieje się „tu i teraz” (2 techniki gruntujące dla rodziców zostały opisane na stronie: <https://autyzmale.pl/techniki-gruntujace/>). Obniżenie napięcia u dorosłego zwiększa poczucie bezpieczeństwa dziecka.

3. Zaakceptuj

W kryzysie nie chodzi o „naprawianie” emocji ani o zmuszanie dziecka do funkcjonowania tak, jakby „nic się nie działo i wszystko było w porządku”. Akceptacja oznacza zgodę na to, że teraz jest trudno. Warto obniżyć wymagania wobec dziecka i siebie, uwzględniając aktualne ograniczenia i możliwości. Taka postawa zmniejsza napięcie i sprzyja stopniowemu powrotowi do równowagi.

4. Proś o pomoc i pozwól sobie pomóc

kryzys to moment, w którym nikt nie powinien zostawać sam. Szukanie wsparcia u bliskich, nauczycieli i specjalistów jest radzeniem sobie i oznaką troski, a nie słabości. Pozwolenie sobie na przyjęcie pomocy może poprawić funkcjonowanie całej rodziny. Skontaktuj się więc ze specjalistami i wspólnie ustalcie plan dalszego postępowania.



5. Przyjrzyj się temu, jak działasz

warto na bieżąco zastanawiać się, które działania nie przynoszą poprawy lub nasilają trudności (może to być np. presja i pośpiech lub bagatelizowanie emocji), tak aby systematycznie wprowadzać bardziej adekwatne i wspierające strategie postępowania. Należy pamiętać również o tym, że w sytuacji kryzysu naturalne jest szukanie pomocy w wielu miejscach. Jednak działanie w chaosie informacyjnym oraz jednoczesne realizowanie sprzecznych zaleceń od różnych specjalistów często nie przynosi poprawy, a wręcz może nasilać dezorientację i napięcie – warto więc wybrać jeden, główny plan działania lub poszukać osoby, która będzie „koordynatorem wsparcia” (może to być np. psycholog prowadzący dziecko) i pomoże uporządkować rekomendacje oraz dostosować je do realnych możliwości dziecka i rodziny. Spójny plan działania zmniejsza przeciążenie, ułatwia podejmowanie decyzji i zwiększa poczucie bezpieczeństwa młodej osoby.

Pamiętaj! Gdy dziecko i rodzina znajdują się w kryzysie, sposób postrzegania sytuacji bywa zniekształcony przez silne emocje, stres i zmęczenie. To naturalne, że w takich momentach trudno o obiektywną ocenę tego, co się dzieje i jakie działania są najbardziej pomocne. Dlatego warto mieć obok siebie kogoś, kto spojrzy na sytuację z zewnątrz (specjalistę lub zaufanego dorosłego). Zewnętrzna perspektywa może pomóc w nazwaniu kluczowych problemów, uporządkowaniu myśli i towarzyszących im emocji oraz zaplanowaniu dalszych działań.



Co po diagnozie?

Aby jak najlepiej zadbać o siebie i młodą osobę po diagnozie warto:

- Skontaktować się z właściwą **poradnią psychologiczno-pedagogiczną** celem otrzymania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (KS) oraz jeśli dziecko nie rozpoczęło jeszcze nauki w szkole podstawowej – opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR).
- Odwiedzić **lekarza POZ** i poprosić go o skierowania do poradni specjalistycznych (zgodnie ze wskazaniem lekarza psychiatry i / lub zespołu diagnozującego).
- Zgłosić się do **Poradni dla Osób z Autyzmem** lub wybranego **ośrodka psychologiczno-psychiatrycznego**, aby znaleźć specjalistów prowadzących dziecko po diagnozie, np. lekarza psychiatrę.
- Zaopatrzyć się w **rzetelne informacje** na temat ASD, znaleźć **grupę wsparcia dla rodziców**.

Po postawieniu formalnej diagnozy w kierunku spektrum autyzmu powinniście otrzymać krótkie zaświadczenie lekarskie zawierające rozpoznanie. Należy przechowywać je w domu (w wersji papierowej i elektronicznej) razem z innymi, ważnymi dokumentami dotyczącymi dziecka (takimi jak np. wynik badania grupy krwi).

- Jeśli potrzeby dziecka i rodziny są większe – skontaktować się z **powiatowym zespołem do spraw orzekania o niepełnosprawności** w miejscu stałego pobytu (<https://www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-niepelnosprawnosci-dla-dziecka-ktore-ma-mniej-niz-16-lat> oraz <https://www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-stopniu-niepelnosprawnosci>). Orzeczenie daje prawo do świadczeń finansowych, ułatwia m.in. dostęp do specjalistycznej opieki i różnych zajęć terapeutycznych.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Jak znaleźć specjalistę do pierwszego kontaktu?

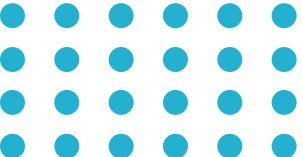
- Skontaktuj się ze specjalistami prowadzącymi dziecko po diagnozie (psychologiem / psychoterapeutą, lekarzem psychiatrą).
- Porozmawiaj z wychowawcą / nauczycielem wspomagającym / psychologiem lub pedagogiem szkolnym.
- Zapytaj w dedykowanej poradni psychologiczno - pedagogicznej.
- Zapytaj lekarza pierwszego kontaktu lub pediatrę.
- Znajdź najbliższy ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży lub odzyskaj najbliższą poradnię zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>).
- Zapytaj w ośrodku pomocy społecznej lub/i punkcie informacyjno-konsultacyjnym w dzielnicy, w której mieszkasz.
- Poszukaj Ośrodka Interwencji Kryzysowej.
- Sprawdź ofertę polecanych ośrodków komercyjnych w twojej okolicy.



Lista instytucji i źródeł oferujących rzetelne wsparcie

- W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia skontaktuj się z numerem alarmowym **112** (dot. również pomocy psychiatrycznej w nagłych przypadkach) lub Pogotowiem Ratunkowym **999**.
- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka - **800 12 12 12**; dostępny 24/7, <https://brpd.gov.pl/dzieciecy-telefon-zaufania-rzecznika-praw-dziecka/>
- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży **116 111**; dostępny 24/7, <https://116111.pl/>
- Telefon Zaufania Młodych **22 484 88 04**; czynny od poniedziałku do niedzieli w godz. 13:00 - 20:00, <https://stopdepresji.pl/telefon-zaufania-mlodych/>
- „Tumbo pomaga” **800 111 123** - pomoc dzieciom i młodzieży w żałobie; Tumbolinia działa we wtorek i czwartek w godz. 10:00-14:00, <https://tumbopomaga.pl/>
- Kryzysowy Telefon Zaufania dla dorosłych **116 123**; dostępny 24/7, <https://116sos.pl/>
- Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci FDDS – **800 100 100**; telefon jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 12.00-15.00 oraz w czwartek w dodatkowych godzinach 16:30 – 20:30, <https://800100100.pl/>





Lista instytucji i źródeł oferujących rzetelne wsparcie

- Telefon w Sprawie Zaginionego Dziecka i Nastolatka - **116 000**; dostępny 24/7, <https://opiekujsz dziekiem.pl/116000>
- Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym – **800 702 222**; dostępny 24/7, <https://centrumwsparcia.pl/>
- Ogólnopolski telefon dla ofiar przemocy w rodzinie „Niebieska Linia” – **800 120 002**; dostępny 24/7
- Portal „Życie warte jest rozmowy” – 3 bezpłatne konsultacje dla rodzica, którego dziecko boryka się z myślami samobójczymi, samouszkodzeniami lub jest po próbie samobójczej: <https://zwjr.pl/konsultacje-dla-rodzicow>
- Fundacja Synapsis – telefony poradnicze dla osób w spektrum autyzmu i ich bliskich: <https://synapsis.org.pl/kontakt/telefony-poradnicze/>
- Warszawska Infolinia Stowarzyszenia Mary i Max (aby dowiedzieć się, jakie wsparcie jest oferowane w Warszawie) **789 379 968**; poniedziałki 15:00-17:00, <https://maryimax.pl/telefon/>
- Autism Team – Społeczne Pogotowie Interwencyjne – info@autismteam.edu.pl, <https://autismteam.pl/>
- Fundacja ALEKlasa: <https://fundacja-aleklasa.eu/wsparcie-dla-rodzicow/>



Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach systemu edukacji

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 nr 1591)* **zarówno przedszkola, jak i szkoły (publiczne oraz niepubliczne) są zobowiązane do zapewniania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej.** Konieczność objęcia młodej osoby pomocą psychologiczno-pedagogiczną może wynikać m.in. z:

- niepełnosprawności (zgodnie z przepisami prawa oświatowego w Polsce uczeń w spektrum autyzmu jest traktowany jako uczeń z niepełnosprawnością),
- trudności emocjonalnych,
- doświadczenia sytuacji kryzysowej lub traumatycznej.

Powinna ona polegać na rozpoznawaniu oraz zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów, a także na identyfikowaniu ich możliwości psychofizycznych oraz czynników środowiskowych, które wpływają na ich funkcjonowanie w placówce. Celem tej pomocy jest wspieranie potencjału rozwojowego ucznia oraz tworzenie warunków sprzyjających jego aktywnemu i pełnemu uczestnictwu w życiu szkoły lub przedszkola oraz w środowisku społecznym.

Zgodnie z przepisami prawa oświatowego w Polsce uczeń w spektrum autyzmu jest traktowany jako uczeń z niepełnosprawnością.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Podstawowym dokumentem regulującym proces edukacji dzieci i młodzieży w spektrum autyzmu (ASD oraz AuDHD) jest orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

które może być wydane jedynie przez zespół orzekający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Podstawą dostosowań będzie **IPET**, czyli Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (obowiązkowy dokument opracowywany dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (KS) tworzony przez zespół nauczycieli i specjalistów przy współudziale rodziców i starszego ucznia; jest wdrażany na podstawie **WOPFU**, czyli Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Ucznia; zapisy w IPET powinny być modyfikowane zawsze, kiedy potrzeba).

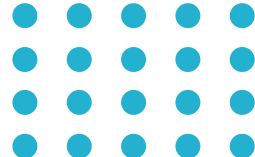
Rodzic / opiekun prawny ucznia w kryzysie emocjonalnym ma prawo poprosić o spotkanie z kadrą szkoły

w celu ustalenia działań wobec ucznia, zasad współpracy między rodzicami a szkołą oraz zasadności skorzystania z pomocy specjalistycznej poza placówką edukacyjną. Warto poprosić o sporządzenie pisemnej notatki z takiego spotkania, aby w spokojnych warunkach zapoznać się z proponowanym planem działania.

Szkola może skierować ucznia przeżywającego kryzys na diagnozę przyczyn trudności do właściwej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Wnioski z diagnozy oraz wydane zalecenia wyznaczają kierunek dalszych działań podejmowanych zarówno przez opiekunów, jak i pracowników placówki edukacyjnej. Przykładowo, odmowa chodzenia do szkoły może mieć różne przyczyny, m.in. zaburzenia lękowe, depresję, przeciążenie sensoryczne i społeczne czy wynikać z doświadczenia przemocy rówieśniczej. To właśnie postawiona w takiej sytuacji diagnoza będzie decydować o doborze zaleceń - na przykład o potrzebie modyfikacji lub czasowej anulacji wymagań stawianych uczniowi.





Efektywna współpraca między rodzicami a placówką edukacyjną zwiększa szansę na poprawę sytuacji młodej osoby przeżywającej kryzys emocjonalny i sprzyja jej powrotowi do równowagi psychicznej. Dziecko pozostaje pod wspólną opieką rodziny i placówki edukacyjnej, więc powinny one działać w porozumieniu i z myślą o jego dobru.



W sytuacji zagrożenia zdrowia ucznia szkoła ma obowiązek zapewnić mu niezwłocznie niezbędną pomoc medyczną

wzywając pogotowie ratunkowe oraz jednocześnie informując o tym fakcie jego opiekunów prawnych. Policja może zostać wezwana m.in. w przypadku zachowań ucznia zagrażających jego bezpieczeństwu lub bezpieczeństwu innych osób, a także w sytuacji podejrzenia posiadania przez niego nielegalnych substancji psychoaktywnych.



Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach opieki zdrowotnej

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640) pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatryczna dla dzieci i młodzieży udzielana jest na trzech tak zwanych poziomach referencyjnych, zgodnie z potrzebami pacjentów:

I poziom referencyjny

Zespoły / Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży – pomoc środowiskowa świadczona jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta (psycholog, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy); świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21 roku życia kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia (z zastrzeżeniem, że osoby poniżej 18 roku życia muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń); **aby skorzystać ze wsparcia nie trzeba posiadać skierowania.**

Sprawdź:

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

II poziom referencyjny

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - w ramach opieki ambulatoryjnej dzieci i młodzież mogą korzystać ze świadczeń udzielanych przez lekarzy psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - w którym w ramach **poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci**, realizowane są odpowiednio świadczenia ambulatoryjne i dzienne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. Do świadczeń realizowanych w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w zakresie II poziomu referencyjnego skierowanie nie jest wymagane.

Oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży – pacjenci przyjmowani są na podstawie: (1) skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz (2) wizyty kwalifikacyjnej.

Opieką – w zależności od oddziału - obejmowane są dzieci przed rozpoczęciem obowiązków szkolnych, uczniowie objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, młodzież kształcąca się w szkołach ponadpodstawowych aż do czasu ich ukończenia, a także ich rodziny.

Ta forma leczenia jest przeznaczona dla dzieci i nastolatków, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziale całodobowym, jednak potrzebują większej struktury dnia, konsekwentnej realizacji planu leczenia oraz intensywnych oddziaływań terapeutycznych i / lub diagnostycznych. Taki oddział zapewnia kompleksowe wsparcie zarówno dziecku, jak i jego rodzinie, oferując liczne zajęcia terapeutyczne, uporządkowany plan dnia oraz możliwość kontynuowania leczenia, zwłaszcza w sytuacjach, gdy leczenie ambulatoryjne okazało się niewystarczające lub jako etap dalszej terapii po leczeniu szpitalnym. Ważne jest to, że w wielu przypadkach młoda osoba może jednocześnie kontynuować naukę i leczenie (funkcjonują również oddziały popołudniowe).



III poziom referencyjny

Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (oddział całodobowy wraz z izbą przyjęć) – w całodobowym oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży udzielane są świadczenia stacjonarne realizowane przez zespół specjalistów, w skład którego wchodzi lekarze psychiatry, psychologowie, psychoterapeuci oraz terapeuci zajęciowi. Przyjęcie do oddziału psychiatrycznego wymaga skierowania (jest ono ważne 14 dni) oraz zgody rodziców lub opiekunów prawnych (w przypadku osób powyżej 16 roku życia - wymagana jest także zgoda samego nastolatka). Jeżeli występują bezwzględne wskazania do leczenia szpitalnego, możliwe jest przyjęcie pacjenta bez zgody. W takiej sytuacji sprawa kierowana jest do sądu rodzinnego, który po zasięgnięciu opinii biegłego psychiatry podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu. W sytuacji nagłego zagrożenia życia można zgłosić się do Ośrodka III poziomu referencyjnego (szpitala) bez skierowania.

Oddział całodobowy jest formą leczenia ukierunkowaną przede wszystkim na ochronę zdrowia i życia pacjenta. Wskazaniem do hospitalizacji może być również brak oczekiwanych efektów leczenia ambulatoryjnego, trudności w realizowaniu dotychczasowych ról życiowych lub sytuacja, w której młoda osoba nie jest w stanie podejmować żadnej aktywności w ciągu dnia.

W sytuacji nagłego zagrożenia życia można zgłosić się do ośrodka III poziomu referencyjnego (szpitala) bez skierowania.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa



Warto pamiętać, że w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży funkcjonują również m.in. poradnie specjalistyczne (np. dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, poradnie leczenia uzależnień), oddziały dzienne dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, oddziały stacjonarne (np. leczenia uzależnień, psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia), hostele dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub dla osób uzależnionych. Na przykład:

Hostel Socjopsychiatryczny dla Młodzieży w wieku 16–19 lat, funkcjonujący w ramach Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Wolskim w Warszawie. Placówka ta jest przeznaczona dla osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego i oferuje m.in. całodobową opiekę, wyżywienie, pomoc psychologiczną, zajęcia socjoterapeutyczne oraz trening samodzielności, a także wspiera integrację z grupą rówieśniczą.
<https://edukacja.um.warszawa.pl/-/hostel-socjoterapeutyczny-dla-mlodziezy-w-wieku-16-19-lat>

Hostel Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Otwocku (działający w ramach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii) - hostel stanowi ośrodek długoterminowej psychoterapii dla młodzieży (około 10 miesięcy) w wieku 15–19 lat zmagającej się z zaburzeniami psychicznymi. Do ośrodka przyjmowane są osoby zmotywowane do pracy nad swoimi trudnościami, które nie mają możliwości uzyskania adekwatnego wsparcia w swoim dotychczasowym środowisku. Pobyt w hotelu jest ukierunkowany na realizację celów zdrowotnych, edukacyjnych oraz społecznych. Ośrodek aktywnie współpracuje z rodzinami pacjentów i prowadzi działania środowiskowe. Cele terapeutyczne są ustalane indywidualnie w pierwszym miesiącu pobytu, a następnie realizowane poprzez różnorodne formy pracy terapeutycznej.
<https://www.centrumzagorze.pl/psychiatria-i-uzaleznienia-0/hostel-osrodek-rehabilitacji-socjopsychiatrycznej-w-otwocku>



Wsparcie młodych osób neuroatypowych oraz ich rodzin w ramach pomocy społecznej

Ośrodki Pomocy Społecznej oferują zróżnicowane formy wsparcia dla osób znajdujących się w kryzysie psychicznym – warto więc skontaktować się z ośrodkiem w miejscu zamieszkania i zapytać o dostępną ofertę; może to być np. pomoc socjalna (zasiłki celowe i okresowe), poradnictwo specjalistyczne – np. psychologiczne, różnego rodzaju interwencje środowiskowe.

W przypadku m.in. diagnozy spektrum autyzmu, zaburzeń psychicznych – w porozumieniu z lekarzem psychiatrą – można również skorzystać ze **Specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO)**. Obejmują one różnorodne zajęcia, terapię i pomoc, są świadczone przez specjalistów (odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej pomocy w tej formie, na wniosek osoby zainteresowanej lub jej opiekuna, w zależności od posiadanego dochodu na osobę w rodzinie; dla części osób są więc bezpłatne). Aby otrzymać SUO należy złożyć odpowiedni wniosek i udokumentować potrzebę skorzystania z SUO (nie jest wymagane orzeczenie o niepełnosprawności, wystarczy zaświadczenie od lekarza psychiatry).

Choć system wsparcia w Polsce wciąż jest daleki od ideału, warto korzystać z dostępnych form pomocy w najbliższym otoczeniu - wiele inicjatyw przynosi realne efekty, a wspólne zaangażowanie sprzyja tworzeniu skutecznych sieci wsparcia społecznego.



Co zrobić w poważniejszych sytuacjach?

Badania wskazują, że spektrum autyzmu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem samookaleczeń oraz prób samobójczych zarówno u dzieci, jak i u dorosłych; zjawisko to łączy się m.in. z częstszym współwystępowaniem innych zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego (Blanchard i wsp., 2021). Co więcej, zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Hosozawę, Sacker i Cable (2020) z University College London, późniejsze rozpoznanie zaburzeń ze spektrum autyzmu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji oraz samookaleczeń w okresie dojrzewania, szczególnie u osób bez opóźnień w zakresie rozwoju poznawczego.

Wykazano liniową zależność między momentem postawienia diagnozy ASD a nasileniem objawów depresyjnych i samookaleczeń w adolescencji - im później rozpoznano ASD, tym wyższe było ryzyko zgłaszanych przez młodzież trudności w obszarze zdrowia psychicznego).

Wyniki te podkreślają znaczenie wczesnej diagnozy oraz działań ukierunkowanych na lepsze dopasowanie środowiska do potrzeb osoby w spektrum autyzmu. Rekomenduje się również, aby w pracy z późno zdiagnozowanymi nastolatkami każdorazowo uwzględniać ocenę pod kątem współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego.



Samookaleczenia

Pojawienie się nawet powierzchownych samookaleczeń jest już wyraźnym sygnałem do refleksji rodzicielskiej oraz skonsultowania dziecka z psychologiem lub psychoterapeutą. W przypadku młodej neuroatypowej osoby, która zgłasza takie zachowania lub u której istnieje ich podejrzenie w pierwszej kolejności należy przeprowadzić wstępną ocenę ran powstałych w wyniku samookaleczenia (można poprosić o to np. lekarza pierwszego kontaktu, który przeprowadzi badanie fizykalne; psycholog / psychoterapeuta nie mają takiej możliwości), następnie ocenę zamiarów samobójczych (samookaleczenia z intencją „s” vs. bez intencji „s”), a także wieloaspektową ocenę funkcji i uwarunkowań tych zachowań (w tym ważne jest sprawdzenie, czy jest to jednorazowy incydent, czy powtarzające się zachowania). Dopiero na tej podstawie podejmowane będą adekwatne oddziaływania pomocowe, których charakter będzie dostosowany do zgłaszanych lub zidentyfikowanych trudności. W okresie nastoletnim w takich sytuacjach zaleca się np. psychoterapię indywidualną połączoną z konsultacjami / terapią rodzinną oraz regularne wizyty u lekarza psychiatry.

Samookaleczenia wymagają pilnej konsultacji psychiatrycznej w sytuacji, gdy ich nasilenie zwiększa się lub pojawiają się częściej niż dotychczas. Szczególny niepokój powinno budzić współwystępowanie myśli samobójczych, informacja o niedawnej próbie samobójczej, a także wyraźne zmiany w funkcjonowaniu młodej osoby - dotyczące snu, apetytu czy poziomu aktywności. Natychmiastowej oceny specjalisty wymaga również sytuacja, w której po dokonaniu samouszkodzenia nastolatek pozostaje silnie pobudzony i nie ma możliwości nawiązania z nim spokojnego kontaktu.

Uwaga! Jeżeli młoda osoba ma poważne uszkodzenia ciała, np. świeże, głębokie rany lub jest w sytuacji, gdy nie udaje się zatamować krwawienia, zaopatrzyć rany lub doszło do uszkodzeń w okolicach twarzy – nie można zwlekać – należy natychmiast wezwać pogotowie ratunkowe lub udać się do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Po zaopatrzeniu ran młoda osoba zostanie skierowana na konsultację psychiatryczną.



Myśli samobójcze

Każda wzmianka młodej osoby o śmierci, bezsensie życia, chęci nieistnienia czy nawiązywanie do samobójstwa powinny zostać przez dorosłych potraktowane poważnie i wiązać się z umówieniem wizyty u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Tego rodzaju sygnały mogą świadczyć o pogarszającym się stanie psychicznym oraz narastających myślach i zamiarach samobójczych. Jednocześnie uważna reakcja dorosłych przekazuje młodej osobie ważny komunikat: „to, co przeżywam, jest dostrzegane i traktowane poważnie”.

Wskazaniem do pilnej konsultacji psychiatrycznej jest każda sytuacja, w której występuje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia młodej osoby. Szczególnej uwagi wymagają nasilone myśli samobójcze, zwłaszcza z tendencją do realizacji, a także sytuacja, w której dziecko lub nastolatek deklaruje posiadanie konkretnego planu odebrania sobie życia lub ma przekonanie, że śmierć jest jedynym rozwiązaniem jego trudności. Natychmiastowej oceny specjalisty wymaga również stan po próbie samobójczej, brak możliwości zapewnienia bezpiecznego środowiska w domu oraz pojawienie się objawów psychotycznych.

Bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia:

- numer alarmowy 112 lub pogotowie ratunkowe 999
- izba przyjęć w szpitalu, w którym znajduje się oddział psychiatryczny dla dzieci / młodzieży
- SOR (szpitalny oddział ratunkowy) w szpitalu, w którym znajduje się oddział psychiatryczny dla dzieci / młodzieży
- <https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/harmonogramy-tzw-ostrych-i-typych-dyzurow/>

W takiej sytuacji nigdy nie zostawiaj dziecka / nastolatka samego!

Najważniejszym celem leczenia szpitalnego jest zapewnienie bezpieczeństwa osobie w kryzysie samobójczym oraz stabilizacja jej stanu psychicznego - tak, aby ustąpiły objawy zagrażające zdrowiu i życiu. Hospitalizacja, zwłaszcza na początku, może wiązać się z wieloma wątpliwościami i silnymi emocjami, takimi jak niepewność, lęk, złość - są to reakcje całkowicie naturalne.



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
ale klasa

Wybrana literatura

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



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

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



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



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



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



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



O Autorkach

dr Ewa Urbanowicz

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

Marzena Pawlus

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

Izabela Hnidziuk-Machnica

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



Finansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM
RÓWNYCH
PRAW

fundacja
aleklasa