



ZESPÓŁ SZKÓŁ SPECJALNYCH  
W DĘBICY

ZESPÓŁ SZKÓŁ SPECJALNYCH  
W DĘBICY

---

GRUDZIEŃ 2025

*JAK WSPIERAĆ DZIECI I MŁODZIEŻ  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ,  
W TYM ZE SPEKTRUM AUTYZMU  
W KRYZYSIE SUICYDALNYM*

# **PORADNIK DLA RODZICÓW I OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Opracował**  
Paweł Stachnik

---

# JAK WSPIERAĆ DZIECI I MŁODZIEŻ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ, W TYM ZE SPEKTRUM AUTYZMU W KRYZYSIE SUICYDALNYM

## Spis treści

|                                                                                                                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| JAK WSPIERAĆ DZIECI I MŁODZIEŻ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ, W TYM ZE SPEKTRUM AUTYZMU W KRYZYSIE SUICYDALNYM ..... | 2 |
| 1. CZYNNIKI RYZYKA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH .....                                                                             | 3 |
| 2. JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI RYZYKA SAMOBÓJSTWA SPECYFICZNE DLA AUTYZMU .....                                        | 4 |
| 3. SYMPTOMY ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH.....                                                                                     | 5 |
| 4. FAZY KRYZYSU SUICYDALNEGO I SPOSOBY WSPARCIA.....                                                                       | 6 |
| Faza I – Przed kryzysem: budowanie odporności; ochrona i profilaktyka.....                                                 | 6 |
| Faza II – W trakcie kryzysu lub próby samobójczej .....                                                                    | 6 |
| Faza III – Po kryzysie: powrót do równowagi .....                                                                          | 6 |
| Faza IV – Zapobieganie nawrotom .....                                                                                      | 7 |
| 5. JAK ROZMAWIAĆ Z DZIECKIEM W KRYZYSIE.....                                                                               | 7 |
| 6. JAK RODZICE MOGĄ WSPIERAĆ DZIECKO PO KRYZYSIE.....                                                                      | 8 |
| 7. WSPARCIE RODZINY DZIECKA W KRYZYSIE.....                                                                                | 8 |
| 8. GDZIE SZUKAĆ POMOCY.....                                                                                                | 8 |
| MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE: .....                                                                                                  | 9 |

Współczesna młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz ze spektrum autyzmu, zmagają się z kryzysem zdrowia psychicznego na niespotykaną wcześniej skalę. W Polsce w 2024 roku odnotowano ponad 3800 prób samobójczych osób poniżej 19. roku życia. Badania pokazują, że ryzyko zachowań samobójczych u osób z ASD jest nawet 3–9 razy wyższe niż w populacji ogólnej. Każda z nich to dramat młodego człowieka, który nie znalazł wystarczającego wsparcia. Rodzina, szkoła i specjaliści odgrywają istotną rolę w zapobieganiu tragediom poprzez uważność, empatię i szybkie reagowanie.

## 1. CZYNNIKI RYZYKA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Na podstawie aktualnych źródeł naukowych i raportów można wyróżnić kilka grup czynników ryzyka:

### **Czynniki psychologiczne i zdrowotne**

- Depresja, zaburzenia afektywne, lękowe, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (np. ADHD, zaburzenia odżywiania).
- Problemy z kontrolą emocji, impulsywność, deficyty funkcji poznawczych.
- Niska samoocena, poczucie bezradności, długotrwały stres i poczucie braku kontroli.
- Trudności z komunikacją własnych emocji i potrzeb, ograniczone rozumienie pojęcia życia/śmierci.

### **Czynniki rodzinne**

- Przemoc, zaniedbanie, emocjonalne odrzucenie, niewłaściwe relacje rodzinne.
- Przeżyte traumy, w tym wykorzystanie seksualne lub przemoc fizyczna w dzieciństwie.
- Samobójstwa lub choroby psychiczne w rodzinie, niska stabilność rodzinnego systemu wsparcia.

### **Czynniki społeczne i środowiskowe**

- Przemoc rówieśnicza, hejt, cyberprzemoc, samotność, odrzucenie społeczne.
- Brak wsparcia instytucjonalnego (szkoła, terapia).
- Stygmatyzacja i dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność lub zaburzenia rozwojowe.

### **Czynniki biologiczne, genetyczne i poznawcze**

- Impulsywność i ograniczona zdolność przewidywania konsekwencji.
- Nadwrażliwość sensoryczna i trudność w adaptacji do zmian środowiskowych.
- Uwarunkowania genetyczne (odpowiedzialne za 38-55% zachowań samobójczych wg badań).

### **Czynniki specyficzne dla autyzmu**

- Współwystępowanie schorzeń psychicznych – aż 90% osób z autyzmem podejmujących próby samobójcze miało depresję lub zaburzenia lękowe.
- Wysokie ryzyko u dziewcząt i kobiet z autyzmem – czterokrotnie wyższe niż u chłopców.
- Samotność i odrzucenie społeczne, ograniczona liczba przyjaciół i relacji chroniących przed izolacją.

### **Czynniki sytuacyjne**

- Stresujące wydarzenia życiowe – żałoba, rozpad rodziny, zmiana szkoły.
- Dostęp do środków umożliwiających samobójstwo lub wcześniejsze próby samobójcze.

Te czynniki wielokrotnie się nakładają, a specyfika niepełnosprawności intelektualnej i spektrum autyzmu powoduje, że sygnały ostrzegawcze mogą być słabo widoczne, a poziom ryzyka wyjątkowo wysoki, szczególnie przy deficytach komunikacyjnych, braku rutyny i dysregulacji sensorycznej.

## **2. JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI RYZYKA SAMOBÓJSTWA SPECYFICZNE DLA AUTYZMU**

Najważniejsze czynniki ryzyka samobójstwa specyficzne dla osób z autyzmem potwierdzone w badaniach międzynarodowych i polskich obejmują:

### **1. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych**

- Bardzo wysoki odsetek depresji, lęków i innych zaburzeń afektywnych — aż 90% osób z autyzmem, które popełniły próbę samobójczą, cierpiało na dodatkowe schorzenia psychiczne.
- Częsta aleksytymia, czyli trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem własnych emocji, prowadzące do kumulowania napięcia.

### **2. Izolacja społeczna i odrzucenie**

- Silna samotność, brak stabilnych więzi i wsparcia ze strony rodziny i rówieśników.
- Wysokie poczucie odmienności, stygmatyzacji, przejawiające się w odrzuceniu przez grupę społeczną lub rówieśników.

### **3. Wysokie ryzyko u kobiet i dziewcząt**

- Dziewczynki i kobiety z autyzmem są czterokrotnie bardziej narażone na próby samobójcze niż mężczyźni, co jest efektem późniejszej diagnozy i trudności z dostępem do pomocy.

### **4. Perfekcjonizm, wycofanie, trudności z kontrolą emocji**

- Perfekcjonizm, nadmierne wymagania wobec siebie, wycofanie oraz niska zdolność radzenia sobie ze zmianami i porażkami.
- Impulsywność i nagłe, niekontrolowane reakcje pod wpływem silnych emocji.

### **5. Problem z komunikacją i rozumieniem emocji**

- Ograniczona zdolność werbalizacji kryzysu, myśli suicydalnych czy cierpienia — sygnały często mają charakter niewerbalny.
- Częstsze samookaleczenia jako forma regulacji napięcia, szczególnie u osób niepotrafiących wyrazić emocji słowami.

### **6. Częstość występowania**

- Osoby w spektrum autyzmu są obarczone 9 razy większym ryzykiem samobójstwa niż populacja ogólna.
- Dzieci z autyzmem aż do 28 razy częściej niż rówieśnicy myślą o samobójstwie lub podejmują próby odebrania sobie życia.

Te czynniki są silnie ze sobą powiązane, a profil ryzyka u osób ze spektrum autyzmu jest wyraźnie odmienny od populacji ogólnej — wymaga szczególnej czujności, wsparcia oraz dostosowania metod pomocy i monitorowania stanu psychicznego.

### 3. SYMPTOMY ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną powinni monitorować szereg objawów ostrzegawczych świadczących o ryzyku kryzysu psychicznego, w tym zachowań suicydalnych. Najważniejsze z nich obejmują:

#### **Objawy emocjonalne i behawioralne**

- Nasilenie autoagresji.
- Wycofanie z kontaktów społecznych – nagły brak zainteresowania rodziną, przyjaciółmi czy terapeutą.
- Nagłe zmiany w zachowaniu, m.in. drażliwość, płaczliwość, napady złości.
- Utrata zainteresowania dotychczas ulubionymi aktywnościami.
- Objawy depresji: smutek, apatia, niechęć do aktywności.

#### **Objawy związane z funkcjonowaniem codziennym**

- Pogorszenie jakości snu lub bezsenność.
- Zaburzenia apetytu, nagła utrata lub przybieranie na wadze.
- Zaburzenia koncentracji, regres nabytych umiejętności.
- Spędzanie dużej ilości czasu w samotności, izolacja w swoim pokoju.

#### **Objawy komunikacyjne**

- Wypowiedzi typu „nie dam rady”, „nic już nie ma sensu”, „lepiej, żeby mnie nie było”; „nikomu nie jestem już potrzebny”.
- Zubożenie mowy, trudności z wyrażaniem emocji – nawet jeśli dziecko nie mówi o swoim stanie, jego cierpienie może objawiać się poprzez zachowanie lub komunikację niewerbalną.
- Wypowiedzi o znikaniu, końcu, śmierci.

#### **Objawy fizyczne i związane z regulacją emocji**

- Nagłe pogorszenie stanu zdrowia fizycznego lub objawy psychosomatyczne (ból, zmęczenie bez wyraźnej przyczyny).
- Brak kontroli emocji i bardzo proste sposoby ich okazywania (np. płacz bez powodu).
- Niepokojące rysunki, zabawy lub komunikaty związane ze śmiercią, znikaniem, odchodzeniem.
- Nagła poprawa nastroju po okresie smutku (może oznaczać podjęcie decyzji o odebraniu sobie życia).

Rodzice/opiekunowie powinni reagować na nagłe i powtarzające się przypadki powyższych objawów, traktując je jako sygnały alarmowe wymagające fachowej interwencji. Stała obserwacja, znajomość indywidualnych wzorców zachowań dziecka oraz ścisła współpraca z terapeutą są kluczowe dla szybkiej reakcji i ochrony życia oraz zdrowia psychicznego osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

## 4. FAZY KRYZYSU SUICYDALNEGO I SPOSOBY WSPARCIA

Fazy kryzysu suicydalnego u osoby z niepełnosprawnością intelektualną, w tym ze spektrum autyzmu, mogą przebiegać nietypowo, co wymaga szczególnej czujności ze strony rodziny i opiekunów. Poniżej opisane są kluczowe fazy kryzysu wraz z praktycznymi sposobami wsparcia.

### Faza I – Przed kryzysem: budowanie odporności; ochrona i profilaktyka

- Budowanie rutyny i poczucia przewidywalności dnia, co zapewnia dziecku/nastolatki poczucie bezpieczeństwa.
- Wzmacnianie alternatywnych form komunikacji – piktogramy, gesty, komunikatory AAC, kolorowe tablice nastroju.
- Otwarte rozmawianie o emocjach w prosty sposób (np. przez kolorowe plansze, rysunki lub symbole), zachęcanie do wskazywania, kiedy „jest źle” lub „jest boleśnie”.
- Rozwijanie umiejętności samoregulacji: głębokie oddychanie, słuchawki wyciszające, koc obciążeniowy, przerwy sensoryczne.
- Spokojnie reagowanie na trudne zachowania – nie należy karać za złość lub smutek.
- Rozwijanie relacji społecznych, nawet z jednym przyjaznym rówieśnikiem lub członkiem rodziny.
- Edukowanie bliskich, aby nie ignorowali trudnych zachowań – nietypowe zachowanie może być sygnałem ostrzegawczym.

### Faza II – W trakcie kryzysu lub próby samobójczej

- Nie pozostawianie dziecka/nastolatka samego, jeśli mówi o samobójstwie.
- Zachowanie spokoju przez dorosłych – dziecko bardzo silnie odczuwa emocje opiekunów.
- Jeśli dziecko ma napad paniki lub autoagresji – usuwa się niebezpieczne przedmioty, leki, zapewniając fizyczne bezpieczeństwo.
- Minimalizowanie bodźców: wyłączenie telewizora, światła, ograniczenie liczby osób w pomieszczeniu.
- Używanie krótkich, jasnych komunikatów np. „Jestem z tobą. Pomagam ci”.
- Nie zadawanie trudnych pytań typu „dlaczego”, skupienie się na zapewnieniu bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego.
- Natychmiastowe wezwanie specjalistycznej pomocy: (112 w sytuacji zagrożenia życia, psychiatra, OIK).
- Zapewnienie wsparcia dla siebie – kryzys dziecka to także kryzys rodziny.

### Faza III – Po kryzysie: powrót do równowagi

Dziecko, które przeżyło próbę samobójczą lub myśli o śmierci, nie wraca do „normalności” z dnia na dzień. Potrzebuje stałego, systematycznego wsparcia.

- Opracowanie prostego planu bezpieczeństwa wspólnie z terapeutą i rodziną: lista osób, do których dziecko/nastolatek może się zgłosić w trudnej chwili, ulubione czynności, miejsca gwarantujące spokój oraz proste czynności uspokajające.

- Dostosowanie wymagań edukacyjnych, ograniczenie bodźców oraz umożliwienie indywidualnego planu dnia. Osoba po kryzysie może potrzebować czasu i stabilizacji, mniej bodźców, mniejszej grupy, indywidualnych zajęć, przewidywalnego planu dnia.
- Stały kontakt ze specjalistą – terapeutą, psycholog, lekarz prowadzący.
- Włączanie całej rodziny do procesu wsparcia psychologicznego – także pomoc dla rodziców (grupa wsparcia, rozmowy z psychologiem).
- Obserwowanie subtelnych oznak przeciążenia i wczesne reagowanie, np. u dzieci z ASD nie musi to być płacz, lecz np. wycofanie, echolalie, nagłe zrywy ruchowe.

#### **Faza IV – Zapobieganie nawrotom**

- Budowanie poczucia sukcesu i sprawstwa dziecka - docenianie nawet małych osiągnięć oraz codzienne rozmowy o emocjach.
- Wprowadzanie rytuałów bezpieczeństwa: stały rytm dnia, wspólne posiłki, kolorowa tablica nastroju.
- Dbanie o kontrolę środowiska sensorycznego – hałas, światło, zapachy powinny być dostosowane do potrzeb dziecka.
- Współpraca rodziny, szkoły i specjalistów w celu szybkiego reagowania na subtelne sygnały przeciążenia.
- Edukowanie rówieśników i bliskich, aby rozumieli nietypowe zachowania jako formę komunikacji trudnych emocji.

Skuteczne wsparcie opiera się na nieustannej uważności, otwartości na potrzeby dziecka oraz szybkim reagowaniu na każdy sygnał kryzysu. Rodzina powinna być zaangażowana, korzystać ze wsparcia specjalistów i nie zostawiać osoby w kryzysie samej.

## **5. JAK ROZMAWIAĆ Z DZIECKIEM W KRYZYSIE**

### **Podstawowe zasady rozmowy:**

- Bądź obecny. Słuchaj uważnie, nie przerywaj.
- Daj przestrzeń na emocje – łzy, złość, milczenie.
- Nie oceniaj, nie bagatelizuj („inni mają gorzej”, „weź się w garść”).
- Nie obiecuj milczenia, jeśli dziecko mówi o chęci odebrania sobie życia – to sytuacja wymagająca działania.
- Używaj prostych komunikatów:
- „Widzę, że bardzo cierpisz. Chcę ci pomóc. Nie jesteś sam.”

### **Czego unikać:**

- moralizowania („nie wolno tak mówić”);
- obwiniania („przecież masz wszystko”);
- wymuszania optymizmu („uśmiechnij się, wszystko się ułoży”);
- krzyk, pośpiech i zbyt wielu dorosłych mogą pogłębić dezorganizację;

- zadawania trudnych pytań w emocjach (dziecko/nastolatek może nie rozumieć pojęć „śmierć”, „życie”, „samobójstwo” – ale czuje ulgę lub cierpienie. Zamiast: „Dlaczego chcesz się zabić?” powiedz: „Widzę, że bardzo ci źle. Zostaję z tobą. Zaraz przyjdzie pomoc.”);
- po ustąpieniu kryzysu nie rozmawiaj z dzieckiem/nastolatkiem od razu o konsekwencjach. Najpierw zadbaj o bezpieczeństwo emocjonalne – spokojny ton, cisza, proste słowa.

## 6. JAK RODZICE MOGĄ WSPIERAĆ DZIECKO PO KRYZYSIE

- Utrzymuj codzienny kontakt – interesuj się, jak się czuje, co robi.
- Zapewnij bezpieczną atmosferę – bez presji, ocen i porównań.
- Współpracuj ze szkołą i specjalistami (psycholog, pedagog, psychiatra).
- Zadbaj o równowagę w życiu dziecka – sen, rytm dnia, odpoczynek, relacje.
- Reaguj na każdy powrót trudnych emocji – kryzysy mogą wracać.

**Ważne:** próba samobójcza nie kończy się wraz z opuszczeniem szpitala.

To początek procesu zdrowienia, w którym dziecko/nastolatek i rodzina potrzebują wsparcia specjalistów.

## 7. WSPARCIE RODZINY DZIECKA W KRYZYSIE

Rodzice i opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami często czują się bezradni wobec cierpienia dziecka. Kluczowe jest, by nie zostawali z tym sami – wsparcie systemowe i emocjonalne jest niezbędne.

Rodzina może pomóc poprzez:

- Stałą obecność i cierpliwe słuchanie bez oceniania.
- Utrzymywanie kontaktu z terapeutami i szkołą.
- Tworzenie atmosfery bezpieczeństwa i akceptacji w domu.
- Dbanie o własne zdrowie psychiczne – rodzic w kryzysie nie pomoże skutecznie dziecku.
- Korzystanie z pomocy psychologa, grup wsparcia, ośrodków interwencji kryzysowej.

## 8. GDZIE SZUKAĆ POMOCY

- 116 111 – Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży (całodobowo, anonimowo).
- 800 70 2222 – Centrum Wsparcia dla Osób w Kryzysie Psychicznym.
- 800 12 12 12 – Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka.
- 112 – w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia.
- Poradnia psychologiczno-pedagogiczna.
- Ośrodek środowiskowej opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej,
- Lekarz rodzinny, lekarz psychiatra (dziecięcy).

## **NAJWAŻNIEJSZE PRZESŁANIE**

Dziecko/nastolatek, który mówi o śmierci, nie chce umrzeć – chce przestać cierpieć.

## **MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE:**

- Aleksandra Kielana, Dominik Olejniczaka, Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży, 2018.
- Broszura dla nauczycieli i pedagogów. Zjawisko suicydologii wśród młodego pokolenia, SGMK 2024;
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Diagnoza przemocy wobec dzieci, 2023;
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (Raport 2023); WHO – „LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention”.
- Lucyna Kicińska (red.), Standardy postępowania w sytuacji ryzyka zachowań samobójczych, 2024.
- Krystyna Kuberska-Przekwas, Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna, 2021.
- National Autistic Society (UK), Suicide and Autism Guidance, 2023.
- WHO, LIVE LIFE – an implementation guide for suicide prevention.