



## Dysleksja u dorosłych a depresja – w perspektywie narracji uczestnika terapii pedagogicznej

**ABSTRACT:** Teresa Wejner-Jaworska, *Dysleksja u dorosłych a depresja – w perspektywie narracji uczestnika terapii pedagogicznej* [Dyslexia in adults and depression – in the perspective of a narrative of a participant of pedagogical therapy]. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, nr 17, Poznań 2017. Pp. 225-31. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X

This article presents the problem of adult dyslexia and its emotional-motivational effects – the depressive disorders. It shows the narration of a young man experiencing both. From the presented quotations emerges the image of these disorders, but also ways to deal with them. In spite of serious problems, a high level of aspirations has been maintained, and psycho-pedagogical therapy remains a supportive factor as well as success.

**KEY WORDS:** dyslexia of adult, mood disorders, depression, pedagogical therapy

### Wprowadzenie

Dysleksja w wieku dorosłym to stosunkowo nowy i rzadko podejmowany temat w polskiej literaturze naukowej<sup>1</sup>. Ten brak jest

---

<sup>1</sup> *Dysleksja w wieku dorosłym*, red. M. Bogdanowicz, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012; M. Łockiewicz, M.K. Bogdanowicz, *Dysleksja u osób dorosłych*, Oficyna

zauważalny szczególnie w zestawieniu z wyjątkowo dużym zainteresowaniem i licznymi opracowaniami dotyczącymi dysleksji u dzieci i młodzieży, prowadzonymi głównie w kontekście przyczyn tych specyficznych zaburzeń w czytaniu i pisaniu, czynników ryzyka ich wystąpienia i jego diagnostyki, funkcjonowania szkolnego uczniów z dysleksją oraz możliwości pomocy im, rodzaju i zakresu ujawniających się trudności, także skutków wtórnych. W sposób oczywisty kwestie szkolno-oświatowe dominują w tej tematyce, gdyż szkoła jest podstawowym pozadomowym środowiskiem życia dzieci i młodzieży, jednocześnie podstawy programowe i programy szkolne oraz ich standardy wyznaczają oczekiwania co do osiągnięć edukacyjnych, obejmujących także naukę czytania i pisania. Umiejętności te mają zarówno charakter autoteliczny (składają się na podstawowe kompetencje człowieka piśmiennego, co przeciwstawiane jest alfabetyzmowi jako jednemu z najsilniej wykluczających czynników w erze wszechobecnego słowa pisanego), jak i instrumentalny (są narzędziem do zdobycia innych kompetencji i uczenia się w ogóle).

Opisując wtórne skutki dysleksji, autorzy wskazują przede wszystkim na konsekwencje doświadczania stresu – długotrwałego, permanentnego – oraz doznawanych niepowodzeń, głównie edukacyjnych. Marta Bogdanowicz zauważa, że są to doświadczenia uczniów z dysleksją z klas starszych, gdy oprócz pierwotnych trudności edukacyjnych pojawiają się wtórnie zaburzenia motywacyjne do nauki, co staje się źródłem doznawanych stresów i frustracji, jak również zaburzeń emocjonalnych. Wśród tych ostatnich autorka wymienia zachowania nerwicowe, depresję, a nawet myśli o charakterze samobójczym<sup>2</sup>. Jeśli taki jest obraz ucznia z dysleksją kończą-

---

Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013; A. Reid, M. Szczerbiński, *Studium przypadku dorosłej osoby z dysleksją rozwojową*, Plakat na Konferencji Psychologii Rozwojowej, PTP, UJ, Kraków 2003; B. Wszeborowska-Lipińska, *Dysleksja jako indywidualny wzorzec trudności i zdolności*, [w:] *Dysleksja w wieku dorosłym*, red. M. Bogdanowicz, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.

<sup>2</sup> M. Bogdanowicz, *Specyficzne trudności w uczeniu się czytania i pisania – dysleksja, dysortografia, dysgrafia*, [w:] *Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej*, red. M.B. Pecyna, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole 2011.

go szkołę, to pojawia się ważne pytanie o to, na ile zaburzenia sfery emocjonalno-motywacyjnej będą towarzyszyć osobie dorosłej z dysleksją w jej dorosłym życiu. Na ile możliwość znalezienia pracy czy nawet potencjalnych sukcesów zawodowych i życiowych może wyrównać negatywne doświadczenia szkolne okresu dzieciństwa i młodości, na ile zaś pozostają one w człowieku – w jego samopostrzeganiu i samoocenie, jego emocjach oraz zdolności ich regulacji, na ile mogą odzwierciedlać się w zaburzeniach nastroju, w depresji?

Pytanie o przejawy depresji w życiu dorosłych osób z dysleksją oraz o to, w jaki sposób wiązane być mogą z tym zaburzeniem przez doświadczający go podmiot, było powodem niniejszego opracowania, w którym chciałam zaprezentować studium przypadku (*case study*) młodego mężczyzny, z wyraźnym rysem dyslektycznym we własnej tożsamości (samookreślenie się poprzez doświadczenia dysleksji), który uczestniczył przez kilka lat w terapii o charakterze pedagogicznym. Przy tym ze względów etyki terapeutycznej nie ujawniam jej szczegółów, gdyż to nie terapia dysleksji stanowi przedmiot niniejszych rozważań. Czasem nawiązuje do niej sam przedstawiony w studium przypadku mężczyzna w okresie wczesnej dorosłości. Ja chciałam ukazać przede wszystkim fenomen doświadczania depresji przez osobę dorosłą z dysleksją poprzez fragmenty unikalnego materiału korespondencji z pacjentem uczestniczącym w prowadzonej przeze mnie terapii. W wyborze pominięto liczne wątki autobiograficzne, które – choć niezwykle interesujące – mogłyby umożliwić identyfikację mężczyzny i naruszyć jego dane osobowe, w tym dane wrażliwe.

### **Kluczowe pojęcia: dysleksja i depresja w ujęciu teoretycznym**

Dysleksja stanowi jedno z najczęściej diagnozowanych w wieku szkolnym oraz powszechnie rozpoznawanych zaburzeń rozwojowych, co nie znaczy, że wiedza o niej wolna jest od stereotypów, a nawet mitów. Pisanie i czytanie to złożone, wielopoziomowe pro-

cesy neuropsychologiczne, a więc i dysleksja jest zaburzeniem złożonym, o wielu obliczach i różnym zasięgu oddziaływania na życie i zdrowie psychiczne różnych jednostek. Pojęcie „dysleksji” i „dysleksji rozwojowej” wprowadziła do polskiej literatury prekursorka badań tej problematyki, Marta Bogdanowicz, na oznaczenie specyficznych trudności i zaburzeń w procesie uczenia się czytania i pisanania<sup>3</sup>. Dysleksja w ujęciu Międzynarodowego Towarzystwa Dysleksji (IDA) oraz Europejskiego Towarzystwa Dysleksji (EDA) definiowana jest jako:

specyficzne zaburzenie w uczeniu się o podłożu neurobiologicznym. Charakteryzuje się trudnościami w poprawnym i/lub płynnym rozpoznawaniu słów oraz słabymi zdolnościami dekodowania i poprawnego pisania. Trudności te są zazwyczaj wynikiem deficytu fonologicznego aspektu języka, często niewspółmiernego do innych zdolności poznawczych i skutecznych metod nauczania stosowanych w szkole. Wtórnie mogą wystąpić problemy z czytaniem ze zrozumieniem i kontaktem ze słowem pisanym, które mogą ograniczyć rozwój słownictwa i wiedzy ogólnej<sup>4</sup>.

Dysleksję objaśnia szereg teorii naukowych, m.in. hipoteza przetwarzania czasowego, teoria deficytu fonologicznego, teoria wielokomórkowa, deficytu automatyzacji (mózdkowego), dwóch niezależnych deficytów – przetwarzania fonologicznego i szybkości (tempa) nazywania, deficytu uczenia się proceduralnego i deklaratywnego, ostatnio popularniejsza teoria neuronów lustrzanych. Nie omawiam ich w tym opracowaniu, gdyż opisy te są dostępne w polskiej literaturze<sup>5</sup>, jedynie w dalszej części artykułu przedstawię hipotetyczny patomechanizm dysleksji w ujęciu Marty Bogda-

---

<sup>3</sup> Zob. M. Bogdanowicz, *Dysleksja i paradoksy*, „Forum Nauczycieli. Nauczanie Zintegrowane” 2002, nr 1, s. 5-10; M. Bogdanowicz, *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2005.

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Zob. *Dysleksja rozwojowa. Perspektywa psychologiczna*, red. G. Krasowicz-Kupis, Wydawnictwo Harmonia Gdańsk 2006; M. Rusiniak, M. Lewandowska, *Przegląd wybranych koncepcji dysleksji rozwojowej- perspektywa genetyczna, neuropsychologiczna i lingwistyczna*, „Nowa Audiofonologia” 2014, 3(1), s. 10 i inne.

nowicz, gdyż będzie on pomocny w wyjaśnieniu związku pomiędzy dysleksją a depresją.

Warto zaznaczyć, że w klasyfikacjach diagnostycznych ICD oraz DSM pojęcie dysleksji ma dość złożoną reprezentację. Klasyfikacja ICD-10 (obowiązująca w Polsce) zawiera po pierwsze kategorię oznaczoną kodem R 48 – Dysleksja i inne zaburzenia spostrzegane, które nie zostały sklasyfikowane nigdzie indziej. Ponadto występuje w tej klasyfikacji kategoria F81 – Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych – w ramach których można także sytuować symptomy dysleksji, a mianowicie:

- F.81.0 specyficzne zaburzenia czytania,
- F.81.1 specyficzne zaburzenia ortograficzne,
- F.81.2 specyficzne zaburzenia umiejętności arytmetycznych,
- F.81.3 mieszane zaburzenia umiejętności szkolnych,
- F.81.8 specyficzne zaburzenia ekspresji pisania,
- F.81.9 niespecyficzne zaburzenia rozwojowe umiejętności szkolnych<sup>6</sup>.

Amerykańska klasyfikacja DSM-IV mówi o „zaburzeniach uczenia się”, a jej najnowsza wersja DSM-5 o „specyficznych zaburzeniach uczenia się”<sup>7</sup>. I tak w wersji DSM-IV znajdujemy kategorię oznaczoną kodem 315.2, obejmującą:

- zaburzenia czytania,
- zaburzenia komunikacji za pomocą pisma.

Natomiast w wersji DSM-5 problemu (nienazwanej *stricte*) dysleksji dotyczą kategorie:

- 315.00 Specyficzne zaburzenie uczenia się z upośledzeniem umiejętności czytania.
- 315.1 Specyficzne zaburzenie uczenia się z upośledzeniem umiejętności liczenia: rozumienie liczb, zapamiętywanie zasad arytmetyki. Dokładność lub płynność prowadzenia rachunków oraz dokładność wnioskowania matematycznego.

---

<sup>6</sup> ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. X Rewizja, Tom I, WHO, Genewa 2008.

<sup>7</sup> Kryteria diagnostyczne z DSM-5, red. P. Gałecki, Ł. Świącicki, Wydawnictwo ELSEVIER URBAN & PARTNER, Wrocław 2015.

- 315.2 Specyficzne zaburzenie uczenia się z upośledzeniem umiejętności pisania ze szczególnym zwróceniem uwagi na dokładność literowania, gramatykę, interpunkcję, przejrzystość i organizację tekstu pisanego<sup>8</sup>.

Niestety, badając problematykę dysleksji wśród dorosłych, trudno oprzeć się na którejkolwiek z tych klasyfikacji, gdyż ze względu na mniej rozpowszechnioną wiedzę o dysleksji nie wszyscy obecni dorośli, doświadczający kiedyś nawet bardzo poważnych trudności szkolnych w obszarze nabywania umiejętności czytania i pisania, posiadali taką diagnozę. Poza tym zmieniające się kryteria diagnozy dysleksji również mogły zakłócić ten obraz. Nie sposób więc jednoznacznie odtworzyć skalę i zakres niegdysiejszych zaburzeń u tych osób. Mając to na względzie, zespół pod kierunkiem Marty Bogdanowicz opracował interesujące narzędzie diagnostyczne Kwestionariusz Dysleksji u Dorosłych (KDD) opracowanym przez Katarzynę Bogdanowicz, Martę Łockiewicz, Karola Karasiewicza i Martę Bogdanowicz<sup>9</sup>.

Osoby z dysleksją – także dorosłe – charakteryzuje zdaniem Marty Bogdanowicz szczególnie profil zdolności poznawczych, które można nazwać psychoedukacyjnymi. Znajduje to odzwierciedlenie w niskich wynikach uzyskiwanych przez nie w podtestach: Arytmetyki, Kodowania, Wiadomości i Powtarzania Cyfr. Według autorki wyniki te wskazują na: niską sprawność uwagi, osłabienie pamięci krótkotrwałej, roboczej i sekwencyjnej oraz długoterminowej, tempa uczenia się wzrokowo-ruchowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej, funkcjonowania językowego (np. wolne tempo przypominania sobie nazwisk, sekwencji słów). Nie wszystkie wskazane problemy muszą ujawniać się u każdej osoby z dysleksją<sup>10</sup>. Warto podkreślić, że czasem dopiero diagnoza dysleksji

---

<sup>8</sup> *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, red. J. Wciórka, American Psychiatric Association, Wrocław 2008.

<sup>9</sup> Zob. *Kwestionariusz Dysleksji u Dorosłych (KDD)* opracowany przez K. Bogdanowicz, M. Łockiewicz, K. Karasiewicz i M. Bogdanowicz [w:] *Dysleksja w wieku dorosłym*, red. M. Bogdanowicz, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 116-119.

<sup>10</sup> *Ibidem* s. 108

w dorosłym życiu pozwala potwierdzić ich podejrzenia i przekonania dotyczące uwarunkowań niezdiagnozowanych problemów z okresu szkolnego. Z własnego doświadczenia terapeutycznego wiem, że nawet tak późne zdiagnozowanie dysleksji pozwala dorosłym nie tylko na świadome opanowanie użytecznych strategii kompensacyjnych, przydatnych w ich aktualnej sytuacji życiowej, ale także oddziałuje terapeutycznie. Prawdopodobnie dlatego, że osiągają oni większą zrozumiałość przyczyn własnych niepowodzeń, co pozwala im – zgodnie z założeniami praktycznego wykorzystania teorii salutogenicznej Aaron Antonovsky’ego – na odzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem, sterowalności, wyzwoleniem zaradności w konkretnych sytuacjach<sup>11</sup>. Tak właśnie, zgodnie z tą teorią, uzyskuje się poczucie koherencji, czyli spójności poznawczo-emocjonalno-motywacyjnej, która pozwala człowiekowi na uzyskanie efektywnej adaptacji w świecie<sup>12</sup>. W ten mechanizm wpisywać się również może diagnoza dysleksji u osób dorosłych wcześniej niediagnozowanych, ale doświadczających różnego rodzaju trudności w zakresie umiejętności czytania i pisania.

Skala występowania dysleksji, rozumianej jako specyficzne trudności w opanowaniu umiejętności czytania i pisania, jest szacowana na ok. 10% populacji, przy dużej rozpiętości wskaźników uzyskiwanych w różnych krajach: od 0,98%<sup>13</sup> do 10-20% w Polsce i innych państwach europejskich. Wydaje się że duży wpływ na to zróżnicowanie mogą mieć czynniki społeczno-kulturowe i inne odniesienia kryterialne w przyjętej diagnozie<sup>14</sup>. Nie są to wskaźniki niezmienne, o czym

---

<sup>11</sup> D. Podgórska-Jachnik, *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, CRZL, Warszawa 2014, s. 146-148.

<sup>12</sup> K. Kirenko, *Globalna orientacja życiowa osób niepełnosprawnych aktywnych i biernych zawodowo*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych” 2006, nr 3-4(7-8), s. 216-224.

<sup>13</sup> R.I. Łalajewa, *Definicje, ujęcie i rozpowszechnienie zaburzeń czytania u dzieci w wieku szkolnym*, [w:] *Chrestmatia Logopedii*, t. II, red. Ł.S. Wołkow, W.I. Sieliworstow, Włados, Moskwa 1997, s. 483.

<sup>14</sup> Prawdopodobnie tak jak w przypadku diagnozy zaburzeń w typie ADHD, rozpoznawanego w przypadku 3-5% populacji w Europie i w 11% w USA, zob. M. Vallée, *ADHD: Biological Disease or Psychosocial Disorder? Accounting for the French-*

świadczy np. liczba uczniów z opinią o dysleksji przystępujących do egzaminu państwowego dla szóstoklasistów: 8,96 % uczniów w Polsce w roku 2007, przy 13,1% w roku 2015<sup>15</sup>. Nie podnoszę przy tym dyskusji nad przyczynami dostrzeganych różnic i zmian, gdyż i tak wskaźniki pokazują, że to stosunkowo powszechne zjawisko, a więc dotyczy dużej populacji dzieci i młodzieży, a potem osób dorosłych. Skalę dysleksji w dorosłości trudno jednak oszacować ze względu na brak powszechnych badań umiejętności czytania i pisanania, jak to było w okresie ich nauki szkolnej. Część „szkolnych dyslektyków” prawdopodobnie wtapia się w społeczeństwo, wybierając np. zawody, w których ich problemy nie będą stanowiły bariery w karierze, część korzysta ze wsparcia technologicznego czy po prostu uczy się funkcjonować w warunkach wycinkowych dysfunkcji, które można często skompensować w inny sposób – i tak zapewne często się dzieje. Jest to szczególnie prawdopodobne przy założeniu, że dysleksja to pewna odmienność funkcjonalna, niewykluczająca posiadania innego profilu zdolności – czasem wybitnych. Stąd np. upowszechnienie przez Davisa i Brauna niezwykle trafnego, a przełamującego stereotyp podejścia opartego na deficycie pojęcia „dar dysleksji”, gdyż w pewnych okolicznościach „oswojony” specyficzny sposób funkcjonowania poznawczego może być traktowany nawet jako atut<sup>16</sup>.

Drugie analizowane w artykule pojęcie kluczowe to depresja. Jest to poważne zaburzenie psychiczne, które objawia się obniżeniem nastroju, smutkiem, utratą zainteresowań i odczuwania przyjemności (anhedonią), ale także poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem zmęczenia i osłabieniem koncentracji. Depresja w sposób znaczący obniża jakość życia pacjentów, jak również zdolność ich funkcjonowania we wszystkich obszarach życia, tak społecznego, jak i zawodowego. Depresja

---

*American Divergence in Ritalin Consumption*, University of California, Berkeley 2009, <http://www.irl.berkeley.edu/culture/papers/vallee09.pdf> [dostęp: 15.03.2017].

<sup>15</sup> T. Wejner-Jaworska, *Uczniowie z dysleksją rozwojową pod koniec szkoły podstawowej w roku 2015*, „Kultura i Wychowanie” 2016, nr 11(1).

<sup>16</sup> R.D. Davis, E.M. Braun, *Dar dysleksji*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.



uznana została przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za czwartą w hierarchii najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie, a jej skala stale wzrasta. Szacuje się, że do roku 2020 może stać się ona drugą najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wynikającej ze stanu zdrowia na świecie<sup>17</sup>.

Istnieje kilka modeli teoretycznych wyjaśniających mechanizm uaktywniania się depresji, jednak z punktu widzenia podjętego tematu, najadekwatniejszy wydaje się model przyczynowy, wpisujący się w paradygmat psychiatrii środowiskowej opracowany przez Toma K.J. Craiga<sup>18</sup>, zaadaptowany do problematyki niepełnosprawności i upowszechniony w Polsce przez Dorotę Podgóorską-Jachnik<sup>19</sup>. Autorka przedstawia go także jako model rozwojowy, motywując to tendencją do kumulacji doświadczeń istotnych w genezie zaburzeń depresyjnych<sup>20</sup>. W modelu Craiga ukazane są dwa pierwotne obszary przyczynowe depresji: jeden z nich to podatność biologiczna, drugi to negatywne doświadczenia wyniesione z dzieciństwa. Jedne i drugie mogą występować częściej wśród osób z dysleksją. W obszarze pierwszym należałoby wziąć pod uwagę różnego rodzaju zaburzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, które mogłyby tłumaczyć ewentualną tzw. współchorobowość depresji i dysleksji<sup>21</sup>. Zaznaczam, że nie dotarłam do żadnych badań, które potwierdzają taki związek, pokazują jedynie jego hipotetyczne współwystępowanie. W obszarze drugim Craig podaje przykłady zaniedbania, przemocy, nie zamyka jednak katalogu tych doświadczeń. Natomiast literatura dostarcza aż nadto przy-

---

<sup>17</sup> *Depresja – podstawowe informacje*, <http://forumprzeciwdepresji.pl/index.php/932/depresja-podstawowe-informacje.html> [dostęp: 10.07.2017].

<sup>18</sup> T.K.J. Craig, *Depression*, [w:] *Principles of Social Psychiatry*, red. C. Morgan, D. Bhurga, Wiley-Bleckwell, Oxford 2010, s. 219.

<sup>19</sup> D. Podgórska-Jachnik, *Problem depresji wśród osób niesłyszących i niewidzących*, [w:] *Nawracające zaburzenia depresyjne: etiologia, diagnoza i terapia*, red. A. Orzechowska, P. Gałęcki, T. Pietras, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> Choć depresji nie możemy uznać za chorobę, pojęcie takie w medycynie oznacza współwystępowanie różnych zaburzeń.

kładów innych negatywnych doświadczeń związanych z dysleksją, szczególnie z funkcjonowaniem szkolnym dzieci i młodzieży, które można wpisać w omawiany model: np. permanentną niepewność, lęk, marginalizację, poniżenie, wykluczenie, odrzucenie z powodu niedostatecznych osiągnięć itd. Zdaniem Craiga czynniki z pierwszego obszaru prowadzą do niskiej samooceny, z drugiego – do trudności w relacjach interpersonalnych. W modelu Craiga negatywne doświadczenia z dzieciństwa prowadzą także częściej do ryzykownych zachowań interpersonalnych (także seksualnych) oraz ryzykownych związków. Może to być związane np. z kompensacją poszukiwania akceptacji, jednak trudno spekulować w tym względzie, gdyż brak badań z tego zakresu dotyczących osób z dysleksją. Istotnym momentem w genezie depresji są jednak pewne poważne wydarzenia (tu np. poważne niepowodzenia szkolne, drugoroczność, niezdanie egzaminów decydujących o przyszłości, zamknięcie drogi na wymarzone studia czy do wymarzonego zawodu), na co również często uskarżają się moi pacjenci, szukający pomocy w doznanej traumie. Idąc tokiem myślenia Podgórskiej-Jachnik, odnoszącej model Craiga do niepełnosprawności, można powiedzieć, że generalnie „czynniki depresji są takie same u tych osób, jak w populacji ogólnej, jednak ich nasilenie czy łatwość powstawania w podmiotowej sytuacji [tu: związanej z dysleksją – dop. T.W.J.] podnoszą ryzyko wystąpienia tej choroby”<sup>22</sup>.

Warto jeszcze dodać, że na poziomie funkcjonalnym można mówić o kilku kategoriach zachowań obserwowanych u osób doświadczających zaburzeń nastroju, które mogą świadczyć o depresji i być kluczowe w jej diagnozie. Przypadek, który chcę opisać, także obejmuje większość z nich. Według Neila Glickmana są to: trudności z koncentracją uwagi, myśli depresyjne, myśli o śmierci, stany depresyjne, utrata nadziei, zaniedbanie czy zaniechanie pewnych rzeczy, utrata zainteresowań, wycofanie się, a także objawy fizjologiczne, jak utrata apetytu lub wręcz przeciwnie – nadmierny apetyt, brak energii, trudności z zasypianiem i ze snem lub spanie przez

---

<sup>22</sup> D. Podgórska-Jachnik, *Problem depresji...*

cały dzień, „ślimaczenie się”, powolne tempo poruszania się<sup>23</sup>. W praktyce pacjenci korzystający z terapii mówią także o problemie z rozpoczynaniem większości prac, tworzeniem się zaległości i niemożności pokonania tych oporów, mimo perspektywy problemów związanych ze zwłoką. Niektórzy – a są wśród nich osoby bardzo odcytane, świadomie poszukujące przyczyn i mechanizmów własnych problemów – mówią wprost o autodiagnozie prokrastynacji. Ten termin ostatnio stał się bardzo popularny, natomiast mnie zastanawia fakt częstego używania tego pojęcia przez osoby z dysleksją korzystające z terapii. Z pewnością jest to jakiś sygnał zaburzeń lub przynajmniej poważnych trudności w sferze emocjonalno-motywacyjnej.

Aby wyjaśnić ewentualny związek między dysleksją a depresją, sięgnęłam po model teoretyczny patomechanizmu dysleksji w ujęciu Marty Bogdanowicz. Autorka wyróżnia w nim trzy poziomy: biologiczny, poznawczo-ruchowy oraz emocjonalno-motywacyjny właśnie, co potwierdza, iż takie ujęcie teoretyczne ma moc objaśniająca analizowany problem.

Na poziomie biologicznym autorka sięga bardzo głęboko, bo aż do czynników działających przed zapłodnieniem (m.in. nieprawidłowości w genach 1., 6. i 15.), w okresie prenatalnym (m.in. nadprodukcja testosteronu, niedożywienie lub niedotlenienie płodu) i w okresie okołoporodowym (m.in. wcześniactwo, niska waga urodzeniowa, niedotlenienie, urazy okołoporodowe). Wymienione czynniki patogenne przekładają się na nieprawidłowości w strukturze ośrodkowego układu nerwowego oraz jego funkcjonowanie. Te skutki Bogdanowicz lokalizuje już na poziomie określonym jako poznawczo-ruchowy, akcentując przy tym jedność psychomotoryczną czynności takich jak czytanie i pisanie. Wymienia na tym poziomie zaburzenia pierwotne funkcji poznawczych i ruchowych, a także zaburzenia integracji percepcyjno-motorycznej (wzrokowo-

---

<sup>23</sup> N. Glickman, *Cognitive-Behavioral Therapy for Deaf and Hearing Persons With Language and Learning Challenges*, Routledge, Taylor & Francis Group, New York 2009.

przestrzennej i słuchowo-językowo-motorycznej) oraz izolowane trudności w czytaniu i pisaniu dostrzegalne w klasach młodszych. Trzeci poziom, emocjonalno-motywacyjny, obejmuje wtórne zaburzenia emocjonalno-motywacyjne, jak np. lęk przed szkołą czy niechęć do nauki. Model teoretyczny Bogdanowicz dotyczy bowiem problemu dysleksji dzieci i młodzieży. Można jednak z dużą dozą prawdopodobieństwa dokonać transpozycji tych problemów na doświadczenia pozaszkolne, w tym w życiu dorosłym (np. lęk przed pracą z tekstem w związku z wykonywanym zawodem, niechęć do czytania itp.). Wtórne zaburzenia ok. IV klasy (w wieku ok. 10 lat) zaczynają uruchamiać mechanizm „błędnego koła”, gdyż pojawia się wtedy u uczniów uogólnione poczucie niepowodzenia szkolnego oraz wtórne zaburzenia nerwicowe i zaburzenia zachowania. Do tego uruchamia się jeszcze „mechanizm spirali”, który powoduje poszerzenie się tych doświadczeń (zaburzeń) na sferę rozwoju osobowości. Jak twierdzi Bogdanowicz, na tym poziomie skutkami dysleksji mogą być – i najczęściej są – niska samoocena, omawiana w tym artykule depresja, wyuczona bezradność, fobia szkolna, myśli i czyny samobójcze<sup>24</sup>. Większość tych problemów może przenieść się także do dorosłego życia osoby z dysleksją. Opisany patomechanizm dysleksji wyjaśnia więc bardzo dokładnie, skąd u osób z dysleksją lęki, depresje, zaburzenia nastroju wymagające interwencji klinicyści.

### **Doświadczenie depresji przez dorosłą osobę z dysleksją w świetle indywidualnego przypadku**

Mimo istnienia teoretycznych przesłanek do łączenia dysleksji i depresji, w literaturze naukowej trudno jest znaleźć wyniki badań empirycznych, które ilustrują ten związek. Dlatego chciałabym przedstawić studium indywidualnego przypadku młodego mężczyzny w okresie wczesnej dorosłości, który doświadcza i jednego,

---

<sup>24</sup> M. Bogdanowicz, *Specyficzne trudności w uczeniu się...*, s. 24.

i drugiego zaburzenia<sup>25</sup>. Dysleksję zdiagnozowano u niego już w szkole podstawowej. Przez cały okres nauki korzystał ze wsparcia terapeutycznego, które pozwoliło na ukończenie szkoły, nawet podjęcie studiów, ale nie było ono najlepiej dobrane do potrzeb ucznia, gdyż nie uchroniło go przed wtórnymi skutkami dysleksji. Jako chłopiec opisywany mężczyzna często uzyskiwał niestabilne oceny jego własnych możliwości: z jednej strony komunikowano mu jego wysokie możliwości intelektualne, z drugiej doświadczał typowych sytuacji szkolnych, jak opisane w poprzedniej części artykułu, które świadczyły o jego szkolnej niekompetencji. Doświadczał zarówno negatywnych reakcji nauczycieli, jak i rówieśników, co potwierdza łańcuch zdarzeń w modelu Craiga, prowadzący do depresji. Dysleksja i będącej jej skutkiem doświadczane niepowodzenia, doprowadziły u młodego, inteligentnego, wrażliwego chłopaka do kryzysu emocjonalnego, z komponentami lęku i depresji, które zdiagnozowano jako fobię szkolną. Przez większą część okresu nauki szkolnej chłopak korzystał z nauczania indywidualnego. Mimo trudności w czytaniu i pisaniu, ukończył szkołę, podjął studia wyższe, wybierając tzw. nauki ścisłe. Kluczowe okazało się dla niego korzystanie z technologii informatycznych. Aktualnie otworzył własną firmę oferującą usługi z tego zakresu. Wygrał pewien prestiżowy konkurs międzynarodowy potwierdzający wysoki poziom posiadanych kompetencji zawodowych oraz kreatywności. Niestety, nie uchroniło go to od doświadczenia zwątpienia w siebie i od depresji, z którą zмага się pod opieką lekarza. Jednocześnie szuka ciągle wsparcia psycho-pedagogicznego, co świadczy z jednej strony o wysokim poziomie samoświadomości, co do doświadczanych (nadal) problemów natury emocjonalno-społecznej, z drugiej o zadaniowym potraktowaniu adaptacji do depresji.

Zdecydowałam się ujawnić część naszej korespondencji, gdyż zawarte tam narracje są żywym dowodem przeżywania doświad-

---

<sup>25</sup> W charakterystyce pomijam, kierując się etyką terapeuty oraz ochroną danych osobowych, szczegóły ułatwiające identyfikację mężczyzny. Nie są też one istotne dla naświetlenia głównego problemu artykułu, dlatego pozostają na poziomie charakterystyki ogólnej.

czeń depresji wynikających z dysleksji. Jednocześnie chciałabym pokazać bardzo wysoki poziom osiągniętych kompetencji językowych, co nie jest jednak dowodem na pozbycie się wszystkich ograniczeń wynikających z dysleksji, ale na wypracowane umiejętności radzenia sobie z nią w codziennym życiu.

Diagnoza dysleksji w dorosłości została potwierdzona u badanego mężczyzny Kwestionariuszem KDD, K. Bogdanowicz, M. Łockiewicz, K. Karasiewicz i M. Bogdanowicz, opisanym w części teoretycznej artykułu. Ciekawe jest jednak, jakie znaczenie miało to badanie dla samego badanego, czym potwierdzić można przytoczone także stanowisko teoretyczne o roli takiej diagnozy u dorosłych w odzyskiwaniu poczucia zrozumienia, samokontroli i koherencji. Do diagnozy problemów z dysleksją nawiązują jego słowa (w cytatach przytaczam zapisy oryginalne):

*Szczerze mówiąc myślałem długo o tamtym spotkaniu organizacyjnym, a dokładnie o jednym jego aspekcie – gdy robiłem ćwiczenie o znalezieniu różnic w wypowiedzianych wyrazach, a ja nie umiałem tego zrobić. Przyjrzałem się sobie i otoczeniu i faktycznie jest to problem, z którego zupełnie nie zdawałem sobie sprawy, a raczej zrzucąłem go na warunki i otoczenie. Naprawdę mam problem z rozumieniem głosu ludzi, zarówno na żywo (mój lekarz pierwszego kontaktu ma wadę wymowy, ale ja nie jestem praktycznie w stanie zrozumieć słowa z jego wypowiedzi – gdy spytałem o to mamę która również korzysta z jego usług dowiedziałem się że nie ma szczególnego problemu z rozumieniem pana doktora), jak i telefonicznie (tutaj jest gorzej, mam analogię że tak jak ludzie niedowidzą i próbują pokonać problem mrużąc oczy, tak ja nie rozumiem ludzi przez telefon i staram się słuchać maksymalnie uważnie). Szczerze mówiąc dochodzi do sytuacji, w której gdy ktoś dzwoni muszę zrzucić winę za jego niezrozumienie trzaskom w eterze albo prosić by wysłali mi maila... Przyznam że problem dotyczył też naszej ostatniej rozmowy telefonicznej, z której (zwłaszcza drugiej części) nie rozumiałem zbyt wiele. Zastanawiam się na ile jest to związane z fizycznym problemem ze słuchem (aczkolwiek to mało prawdopodobne, gdyż słyszę dobrze drobne, ciche dźwięki dochodzące z dru-*

*giego pokoju przez zamknięte drzwi), czy też może wynikać to z dysleksji (tutaj jestem całkowicie pozbawiony tropu, bo nie mam pojęcia czy to w ogóle może być objaw dyslektyczny – do momentu tego testu w Polskim Towarzystwie Dyslektycznym nigdy nie łączyłem problemów z rozumieniem mowy z jakimkolwiek zaburzeniem dyslektycznym). Zastanawia mnie też czy może to być wina leków neuroleptycznych i na pewno poruszę ten temat jutro z moim lekarzem [...].*

Większość zamieszczonych niżej fragmentów pozornie nie zdradza poważnych problemów dyslektycznych w budowaniu wypowiedzi na piśmie. Widać bogate słownictwo, zaawansowany poziom posługiwania się językiem. W tekście nie ma błędów ortograficznych (to w dużym stopniu zasługa edytora tekstu w pracy współczesnych osób z dysleksją), stosunkowo niewiele jest też błędów językowych, wiele fraz okraszonych jest emotikonami, charakterystycznym dla stylu porozumiewania się w internecie. Zdania są refleksyjne, złożone, zdradzają odczytanie i szeroką wiedzę autora. Jedyнным wyraźnym problemem wydaje się tu interpunkcja (cytowane teksty nie były poprawiane). Aby więc pokazać, że naprawdę mężczyzna uczestniczący w terapii odczuwa problemy z dysleksją w codziennym życiu, warto przytoczyć jego własne słowa:

*Kiedy Pani wraca do Polski? Pytam też w kontekście podjęcia terapii – niestety czytanie nadal jest problemem, w dodatku bardzo ekspansywnym, rozwijającym się. Doszedłem do takich absurdów na tym polu, że nie jestem w stanie zrobić korekty tekstowi który napisałem chwilę wcześniej (pisanie jest dużo prostsze!), albo przeczytać ze zrozumieniem polecenia w zadaniu z matematyki – nie odciska się dostatecznie głęboko w pamięci; Rozwiązując dane zadanie zdarza mi się zgadywać o co mnie pytają na podstawie udostępnionych danych. Doświadczenie z konkursów robi swoje i nadal nic nie zawalam na studiach, ale muszę przyznać – zaczynam być sytuacją przerażony. Trzymam się jeszcze idei że może zwyczajnie niedowidzę, jutro idę do okulisty – okulary to wciąż nowość dla mnie i nie bardzo ogarniam po czym poznać że powinienem je wymienić.*

Treść korespondencji wysycają liczne informacje o nawracających zaburzeniach nastroju. Odpowiedź na pytanie o stan psychiczny nie pozostawia wątpliwości co do charakteru i nasilenia objawów:

*Uch, to z pewnością złe pytanie w obecnej sytuacji :-). Jak w grudniu pisałem że mam nawrót depresji tak mam ją po dziś dzień – tylko dużo bardziej nasiloną, do stopnia w którym wycofałem się już z wszelkich aktywności bo ból jest zbyt silny. Jestem pod stałą opieką lekarza, ale leki nadal nie działają i być może będzie potrzebna zmiana (co oznacza kolejne 5 tygodni chorowania). Nie wiem tylko co ze studiami.*

Też o depresji jako barierze motywacyjnej i czynniku krzyżującym podejmowane plany potwierdzają słowa zawarte w innym mailu:

*Szczerze mówiąc muszę się wycofać z mojej pierwotnej chęci zaangażowania – przynajmniej na razie. Z jednej strony mam nawrót depresji klinicznej który strasznie zjada moją chęć do angażowania się w cokolwiek (aczkolwiek przyznaję że ta przeszkoda prawdopodobnie rozwiąże się za kilka tygodni, dostałem już od lekarza odpowiednie leki, teraz potrzeba czasu), z drugiej zaś strony – jak tylko dojdę do siebie chciałbym maksymalnie skupić się na własnej działalności gospodarczej; Póki co choroba dość skutecznie daje mi w kość i spowodowała dostatecznie dużo opóźnień... w moim harmonogramie wynikł spory niedoczas który będę próbował w miarę możliwości nadgonić, niestety kosztem [...] zajęć dodatkowych.*

Mężczyzna sygnalizuje, jak bardzo potrzebuje w tych warunkach wsparcia terapeutycznego. W mailach pojawia się wielokrotnie pytanie o możliwość spotkań, kontynuacji terapii. Jednocześnie widać, jak dużą wagę przywiązuje on tak do potrzeby terapii depresyjnej, jak i do dysleksji<sup>26</sup>. Co więcej, widzi, gdzie oba problemy nakładają się na siebie, ale potrafi je od siebie odróżnić:

---

<sup>26</sup> Jednocześnie do spotkań z pedagogiem terapeutą mężczyzna korzystał z pomocy psychologa oraz lekarza psychiatry.



*Pytanie brzmi czy ma pani pomysł na ewentualne ćwiczenia, terapię czy inną formę pomocy w ramach problemu dysleksji właśnie? Miną przynajmniej jeszcze 2 tygodnie zanim leki które dostają będą miały szansę pomóc, więc nie jest to sprawa bardzo pilna – w tym stanie na pewno nie podjąłbym się wyprawy na Marsa, ups, literówka, chciałem napisać do śródmieścia. Tym niemniej chętnie widziałbym jakieś opcje, bo to co w tej chwili robię to technika znana programistom jako brutalna siła, czyli próba zmuszania się do lektury bez względu na koszty emocjonalne i wysiłkowe. Pomaga do pewnego stopnia, tylko cena jest diablo zbyt wysoka...*

Inne fragmenty świadczą o cyklicznym charakterze pojawiających się problemów depresyjnych, wyraźna jest świadomość cyklu chorobowego i terapeutycznego, a także tego, że to konieczne, by tę prawidłowość uwzględniać we własnym życiu i w pracy zawodowej. W takim kontekście pojawia się w trzecim z przedstawionych niżej fragmentów pomysł na samozatrudnienie:

*Niestety dziś choroba ze mną wygrała, czuję się dużo gorzej i odwołałem wizytę u okulisty nie mogąc się zebrać żeby pojechać. Postaram się umówić na kolejny najbliższy termin.*

*Szczerze tak obawiana przeze mnie kolejna zmiana leków może okazać się złą, bo od tygodnia czuję się wyraźnie lepiej i zacząłem się wykopywać z mojej małej czarnej dziury. A jest sporo rzeczy do nadrobienia! Muszę ogarnąć studia, ale przy odrobinie szczęścia i inteligentnej gadaniny nie stracę stypendium w przyszłym roku akademickim – poprzedni semestr skończyłem z rekordową średnią 5,0 ze wszystkich przedmiotów, mam więc margines błędu na jaki mogę sobie pozwolić (aby utrzymać stypendium na obecnym poziomie średnia za cały rok musi wynieść powyżej 4,5).*

*Moje życie powoli zaczyna się układać. Wiem dobrze, że ze względu na nawroty choroby nigdy nie będę pracował równie wydajnie jak osoba zdrowa, ale być może nie będę też musiał. Ciężko przekonać szefa że potrzebny mi tydzień czy miesiąc lżejszej pracy nad projektami*

*zdecydowanie bardziej self-rewarding. Że terminy harmonogramów muszę mnożyć przez cztery co tylko drażni – bo chciałbym pracować szybciej, ale niestety nie jest to możliwe. Pracuję za to dobrze. I wszystko to ma szansę zagrać, gdy sam stanę się swoim szefem.*

Warto zwrócić też uwagę na to, jak ważne jest dla młodego mężczyzny weryfikowanie i wcielanie w życie ustaleń wynikających z przebiegu terapii oraz związana z nimi autorefleksja:

*Pani rada na depresję w formie uśmiechania się do lustra (by zanotowały to neurony lustrzane) działa nadzwyczaj dobrze i daje tak potrzebną ulgę gdy potrzeba. Muszę sprzedać ten patent mojemu lekarzowi podczas następnej wizyty – niech inni pacjenci też skorzystają :-).*

Mężczyzna przedstawia refleksyjnie napotykanne ograniczenia poznawczo-motywacyjne. Ciekawe jest przytoczenie tych słów, gdyż przeczą stereotypowi, że osoba z dysleksją unika pracy pisarskiej. Wręcz przeciwnie, widać, że przy uświadomionych trudnościach nie rezygnuje on ze stawianych przed sobą zadań, choć surowo ocenia własne postępy w tym zakresie:

*I niestety mało piszę ostatnio – paradoksalnie nie dlatego że nie mam czasu, robię sobie uczciwie wolne weekendy na moją manię pracoholizmu. Problem w tym że mam małego literackiego art-blocka; Usiłowałem ruszyć [coś, co zacząłem – dop. T.W.J.] pisać kilka lat temu [...]. Problem leży w tym że słowa mi się nie składają, wątki urywają w pustkę, a postaci nie żyją i nie mówią własnym głosem. Cóż, może kiedy indziej będzie lepiej. Miałem już takie przestoje i nic nie wskazuje na to że teraz będzie inaczej, tj. że nie przejdą same bez żadnej ingerencji.*

Na szczęście blokady udaje się pokonać, przy pełnej świadomości istoty utrzymujących się podwójnych problemów:

*Co do samego meritum sprawy czyli dysleksji właśnie... To były bardzo dziwne wakacje. Z jednej strony mam na koncie 2 książki, to spory krok naprzód w porównaniu do wiosny, z drugiej jednak – ciągle czy-*

*tanie to walka ze sobą i zmuszanie rozlazłych myśli do skupienia się na słowach. Zwłaszcza ostatnio mam spory problem z koncentracją, choć tu przyznaję że winna jest najprawdopodobniej wspomniana depresja, programować także nie jestem w stanie (w zasadzie nic nie jestem w stanie, to za bardzo boli...)*

W opisach przeplatają się wzloty i upadki, nadzieje i zwątpienia. Determinacja dotycząca samozatrudnienia, jako drogi poradzenia sobie w życiu w warunkach doświadczanych ograniczeń wzmacniana jest poczuciem sukcesu, niewystarczającym jednak, by pokonać w pełni istniejące blokady emocjonalno-motywacyjne:

*Założyłem właśnie działalność gospodarczą, póki co – jednoosobową. Przeszedłem proces certyfikacji jako partnera [pewnej znaczącej na świecie firmy – dane ukryte; dop. T.W.J.] mam zielone światło [tu opis przedsięwzięcia – dop. T.W.J.], [...] może się to trochę przesunąć bo po pierwszej fali „O rany, spełniłem jedno ze swoich największych marzeń życiowych!”, przeszedłem płynnie do „Kurczę, znów jestem rozbity bez żadnego powodu i znów wynika to z chorej chemii neurotransmiterów w mózgu”, ale nadal – nie zostało już wiele pracy. Jestem zdecydowanie szczęśliwy jakkolwiek mój umysł przez chwilę się z tym nie zgadza.*

Zwracam uwagę szczególnie na ostatnie zdanie, gdyż ukazuje jednocześnie dwoiste podejście: poznawcze i emocjonalne, do oceny pojawiających się zdarzeń życiowych. Ten rodzaj kontroli to także pewna strategia adaptacyjna mężczyzny wobec depresji. Mężczyzna opisuje swój wielki sukces w międzynarodowym konkursie informatycznym, ale znamienne jest, że jednocześnie uskarża się na koszty psychiczne wynikające z podjęcia wyzwania w warunkach prowadzonej farmakoterapii zaburzeń depresyjnych:

*W sumie byłoby naprawdę super, gdyby nie zdrowie – już miałem nadzieję że będzie ok (bo było ok!), ale musiałem po raz kolejny zmienić leki ze względu na skutki uboczne. Standard zmian: koszmary sennie i nudności, plus dwa do trzech tygodni całkowitego rozbitcia. Szczęśli-*

*wie jestem na bieżąco ze wszystkimi swoimi obowiązkami, więc nic w ten sposób nie zawalę – mogę sobie pozwolić na słabszy okres :-*

Odnoszone sukcesy odgrywają wyraźnie rolę samoregulacyjną, okazują się kluczowe w radzeniu sobie z depresją na poziomie poznawczym, choć nie są remedium na wszystkie dolegliwości. Mężczyzna jest jednak świadomy tego, jaka może być dalsza dynamika choroby, ale i wychodzenia z niej:

*Dostałem stypendium rektora, i to to wyższe (średnia [...] powyżej 4,5, dokładniej 4,92) – mając zastrzyk gotówki przed świętami wybrałem się do mojego ulubionego antykwariatu z fantastyką zapolować na białe kruki które zawsze chciałem mieć [...]. Poza tym wreszcie leki antydepresyjne zaczynają pomagać (choć nie aż tak jakbym chciał), więc żyję już bez bólu psychicznego, choć wciąż zdemotywowany do robienia czegokolwiek. Mimo to jest lepiej, a będzie jeszcze lepiej! :-)*

Bardzo ciekawe są fragmenty opisujące zakończone sukcesem postępowanie rekrutacyjne na prestiżowe zagraniczne studia, ze stypendium fundowanym i atrakcyjnym kilkuletnim kontraktem (ostateczna decyzja ma być podjęta po zakończeniu obecnych studiów w Polsce). Mężczyzna osiągnął do tego w czasie rekrutacji jeden z najwyższych wyników w kraju. Z żalem nie przedstawiam jednak tej interesującej części korespondencji ze względu na wysycenie go zbyt dużą liczbą szczegółów identyfikacyjnych. Przedstawię natomiast, jakie znaczenia samopotwierdzające mają podobne sukcesy dla osoby z dysleksją:

*Jest to o tyle zabawne że nie dalej jak dwa tygodnie wcześniej powiedziałem psychologowi w ramach terapii, że dawno nie miałem dużego osiągnięcia (w związku z chorobą) i brakuje mi jakiegoś potwierdzenia z zewnątrz mojej wartości intelektualnej. Tzn. tak, ja wiem że jestem zdolny i mam ogromne możliwości, ale w momencie gdy słabsi znajomi coś osiągnają a ja nie, moja samoocena zaczęła nieznacznie się pogarszać. Teraz jednak znów całkowicie wierzę w siebie :-)* To zresztą nie

*jedynę osiągnięcie w ostatnich tygodniach [tu opis innego międzynarodowego sukcesu – dop. T.W.J.]. To jednak nie było to aż tak budujące [...].*

Aktualny stan pacjenta i jego sytuację życiową należy ocenić pozytywnie. Tak też ocenia go sam mężczyzna, podkreślając okresową zbieżność lepszej kondycji psychicznej z mniejszą odczuwalnością problemów związanych z dysleksją:

*Och, naprawdę dużo pozytywnie się dzieje! :-)* Założyłem własną działalność gospodarczą, [tu opis przedsięwzięcia – dop. T.W.J.], zdobyłem średnią 5,0 na uczelni po raz kolejny i wreszcie – WRESZCIE – dosłownie przed kilkoma dniami wybierałem się z depresji (klinicznej) z której leczyłem się od początku grudnia lekami serotoninowymi. Prawdziwa droga przez mękę, ale to jest doprawdy niesamowite prawo kontrastu. W kontrze do szarości teraz świat jest cieplejszy, żywszy, szerszy; Dosłownie wspanialszy. I z takim nastawieniem nadrabiam zaległości których przez moje 2,5 miesiąca praktycznie w łóżku się strasznie narobiło... :-) Nawet mam wrażenie że na froncie dysleksyjnym jest lepiej, bo nadrabiam literaturę i idzie to całkiem niezłe, lepiej niż ostatnio. Chyba właśnie rozpoczyna mi się lepszy okres życia i dobrze byłoby go sensownie wykorzystać :-)

Na koniec chciałabym zamieścić jeszcze próbkę możliwości pisarskich mężczyzny, ale także jego spojrzenie na cierpienie spowodowane chorobą. To tylko fragment obszerniejszego opowiadania poświęconego właśnie depresji. Jakże jest on jednak znaczący, szczególnie gdy narzędziem ekspresji i autoterapii zarazem staje się tekst, którego budowanie przynosi mężczyźnie wyraźną ulgę, ale którego odbiór (czytanie) staje się czasem prawdziwym cierpieniem – być może i źródłową przyczyną innych doznawanych cierpień psychicznych (depresji). Niech zatem opowiedzą o depresji własne słowa młodego człowieka:

*Zegarek w komórce wskazywał pół do drugiej w nocy. Byłem praktycznie wrakiem człowieka, na wpół martwym strzępem dawnego sie-*

*bie. Wyłem z bólu, tego psychicznego, bólu który palił skuteczniej od prawdziwego ognia, skręcał wnętrzności, druzgotał wolę. Rozglądałem się wokół wzrokiem rozrywanego na strzępy sępa, poszukującego choć odrobiny ulgi, odetchnięcia od cierpienia które go trawiło w środku. Mogłem oczywiście iść spać. Położyć się i pożegnać cierpienie tego dnia, przywitać z odrobiną ulgi świt dnia kolejnego. Było to nieco tylko łatwiejsze od zimowej wspinaczki na K2. Jadłem gorzką czekoladę, taką jaką zawsze lubiłem. Niezwykle słaby to antydepresant jeżeli rozpatrywać chemicznie, ale najlepszy jaki mam. Choć miałem wrażenie że z równą skutecznością mógłbym nosić naparstkiem wodę do gaszenia pożaru tysięcy hektarów lasu. Ból rozdzierał na strzępy, wgrzyzał się w duszę, palił zimnym ogniem. Hah, słowa te są tak słabe, blade, puste. Nie są w stanie oddać nawet w przybliżeniu tego co odczuwałem. Czy raczej odczuwam, bo zdawałem sobie sprawę że trwałą ulgę poczuję najwcześniej za kilka tygodni, zakładając że leki chwycą szybko. Ot, i radosna perspektywa, nic tylko skoczyć z wieżowca. Szczęściem nie było wieżowców w pobliżu. Czekolada się skończyła. Tyle, jeżeli chodzi o jej skuteczność [...].*

Jak napisałam – to tylko fragment tekstu, w którego dalszej części mężczyzna wypowiada znamienne słowa:

*To jest istota depresji. Ona nie zmienia świata, ona zmienia ciebie. Wysysa siłę, a za nią nastrój.*

Tak jest faktycznie, ale w opowiadaniu pojawia się ktoś, kto chce pomóc i pokazuje drogę przemiany. Opowiadanie ukierunkowane jest na zmianę, pozytywną zmianę. Autor kończy je słowami:

*Siedziałem znów w swoim pokoju, sam. Patrzyłem w monitor, duszę znów palił nieznośny ból, położenie się spać wymagało heroicznego wysiłku. Ale ja nie chciałem się kłaść. Zbierałem siły by zrobić coś bardzo innego, coś co miało mi pomóc...*

Wierzę, że mój bohater dokona tego heroicznego wysiłku.

## Podsumowanie

W artykule przedstawiłam narrację młodego mężczyzny wkraczającego aktywnie w okres wczesnej dorosłości z bagażem ciężkich doświadczeń związanych z dysleksją, ale także z depresją kliniczną. W świetle przytoczonych teorii wysoce prawdopodobne jest, że to dysleksja i wynikające z niej trudności edukacyjne – w tym fobia szkolna – przyczyniły się do pojawienia się zaburzeń depresyjnych. Jednocześnie ani jedno, ani drugie nie przekreślały szansy na samo-realizację, na spełnienie się w wymarzonym zawodzie, nawet na osiągnięcie obiektywnych sukcesów.

Charakterystycznym rysem dla przedstawionego przypadku jest duża świadomość własnych ograniczeń, ale i sposobów zarządzania nimi. Zaburzenia wynikające z dysleksji i z depresji łączą się ze sobą, czego mężczyzna jest świadomy, a nawet zdają się wzajemnie warunkować swój poziom przy okresowych lub sytuacyjnych wahaniach. Można powiedzieć, że w opisanym przypadku **dysleksja „stawia wyzwania”, a depresja kształtuje wrażliwość na świat własnych przeżyć, obie zaś kształtują nie tylko emocjonalność, ale także sposób funkcjonowania poznawczego i tożsamość mężczyzny.** W mojej osobistej ocenie młody człowiek dostarczył mi niezwykle cennego materiału do zobrazowania samego siebie i doświadczonego problemów. Ponieważ tak mało jest literatury dotyczącej związków dysleksji z depresją i ich wpływu na dorosłe życie, uznałam, że stratą byłoby trzymanie tych tekstów jedynie dla siebie. Depresja jest zaburzeniem o charakterze nawracającym, ale na jej powroty człowiek może być przygotowany doświadczeniami z poprzednich faz aktywności choroby i jej remisji. Może stawać się silniejszy i skuteczniejszy. W opisanym przypadku, mimo poważnych problemów w sferze emocjonalno-motywacyjnej, zachowany został wysoki poziom aspiracji, a czynnikiem wspierającym pozostaje terapia pedagogiczna, jak również odnoszone sukcesy. To wyraźne wskazanie kierunku pracy terapeutycznej i wspomagającej rozwój osobisty dorosłych osób z dysleksją i z jej wtórnymi skutkami.

## Bibliografia

- Bogdanowicz M., *Dysleksja i paradoksy*. „Forum Nauczycieli. Nauczanie Zintegrowane” 2002, nr 1.
- Bogdanowicz M., *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2005.
- Bogdanowicz M., *Specyficzne trudności w uczeniu się czytania i pisania – dysleksja, dysortografia, dysgrafia*, [w:] *Dysleksja rozwojowa – fakt i tajemnica w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej*, red. M.B. Pecyna, WSZiA w Opolu, Opole 2011.
- Dysleksja w wieku dorosłym*, red. M. Bogdanowicz, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.
- Craig T.K.J., *Depression*, [w:] *Principles of Social Psychiatry*, 2nd Ed., red. C. Morgan, D. Bhurga, Wiley-Bleekwell, Oxford 2010.
- Davis R.D., Braun E.M., *Dar dysleksji*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Depresja – podstawowe informacje*, <http://forumprzeciwdepresji.pl/index.php/932/depresja-podstawowe-informacje.html> [dostęp: 10.07.2017].
- Dysleksja rozwojowa. Perspektywa psychologiczna*, red. G. Krasowicz-Kupis, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2006.
- Glickman N., *Cognitive-Behavioral Therapy for Deaf and Hearing Persons With Language and Learning Challenges*, Routledge, Taylor & Francis Group, New York 2009.
- ICD-10. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. X Rewizja*, Tom I, WHO, Genewa 2008.
- Kirenko K., *Globalna orientacja życiowa osób niepełnosprawnych aktywnych i biernych zawodowo*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych” 2006, nr 3-4(7-8).
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, red. J. Wciórka, American Psychiatric Association, Wrocław 2008.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, red. P. Gałęcki, Ł. Świącicki, Wydawnictwo ELSEVIER URBAN & PARTNER, Wrocław 2015.
- Łałajewa R.I., *Definicje, ujęcie i rozpowszechnienie zaburzeń czytania u dzieci w wieku szkolnym*, [w:] *Chrestmatia Logopedii*, t. II, red. Ł.S. Wołkow, W.I. Sieliworstow, Moskwa 1997.
- Lockiewicz M., Bogdanowicz M.K., *Dysleksja u osób dorosłych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
- Podgórska-Jachnik D., *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, CRZL, Warszawa 2014.
- Podgórska-Jachnik D., *Problem depresji wśród osób niestyszących i niewidzących*, [w:] *Nawracające zaburzenia depresyjne: etiologia, diagnoza i terapia*, red. A. Orzechowska, P. Gałęcki, T. Pietras, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017.
- Reid A., Szczerbiński M., *Studium przypadku dorosłej osoby z dysleksją rozwojową*, Plakat na Konferencji Psychologii Rozwojowej, PTP, UJ, Kraków 2003.



- Rusiniak M., Lewandowska M., *Przegląd wybranych koncepcji dysleksji rozwojowej – perspektywa genetyczna, neuropsychologiczna i lingwistyczna*, „Nowa Audiofonologia” 2014, 3(1).
- Vallée M., *ADHD: Biological Disease or Psychosocial Disorder? Accounting for the French-American Divergence in Ritalin Consumption*, University of California, Berkeley 2009, [online] <http://www.irlle.berkeley.edu/culture/papers/vallee09.pdf> [dostęp: 15.03.2017].
- Wejner-Jaworska T., *Uczniowie z dysleksją rozwojową pod koniec szkoły podstawowej w roku 2015*, „Kultura i Wychowanie” 2016, nr 11(1).
- Wszeborowska-Lipińska B., *Dysleksja jako indywidualny wzorzec trudności i zdolności*, [w:] *Dysleksja w wieku dorosłym*, red. M. Bogdanowicz, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.