

Взгляд на взрослого человека с СДВГ с позиций Транзактного Анализа

Ирина Сергеевна
АНДРЕЙЧЕНКО

Место работы: практикующий психолог в модальности Транзактный Анализ, член Европейской Ассоциации Транзактного Анализа (EATA) и Санкт-Петербургской Организации Транзактного Анализа (COTA); Лейпциг, Германия; ksebe.club@gmail.com
ORCID: 0009-0000-9755-2722, Researcher ID: JPX-5769-2023



Irina Sergeevna
ANDREICHENKO

Place of work: practicing psychologist in the Transactional Analysis modality, member of European Association of Transactional Analysis (EATA) and Saint-Petersburg Organisation of Transactional Analysis (SOTA); Leipzig, Germany; ksebe.club@gmail.com
ORCID: 0009-0000-9755-2722, Researcher ID: JPX-5769-2023

Екатерина Валерьевна
ПОПОВА

Место работы: практикующий психолог в модальности Транзактный Анализ; (город страна); Белград, Сербия; shesterova.kate@gmail.com
ORCID: 0009-0003-9116-3787



Ekaterina Valerievna
POPOVA

Place of work: practicing psychologist in the Transactional Analysis modality; Belgrade, Serbia; shesterova.kate@gmail.com
ORCID: 0009-0003-9116-3787

A View of an Adult Person with ADHD from the Standpoint of Transactional Analysis

Аннотация: В статье рассматривается синдром дефицита внимания и гиперактивности с транзактно-аналитической точки зрения, а именно: какие предписания, драйверы, сценарные процессы и адаптации могут быть у взрослых людей с СДВГ. Мы рассмотрели, как симптомы СДВГ проявляются в детском возрасте, и как они трансформируются у взрослых; что мы, как терапевты, будем наблюдать у себя в кабинете, и как это поможет сделать правильную диагностику.

В статье затрагивается тема сложности диагностики СДВГ в связи с его коморбидностью. Поднимается вопрос о том, подходит ли стандартный терапевтический план лечения для нейронетипичных людей. Также затрагивается вопрос о том, как терапевт и клиент могут почувствовать себя «не ОК», если оба не знают о том, что у клиента может быть нейронетипичный мозг, и, вследствие этого незнания, делают акцент на терапии других расстройств. В этом случае результаты терапии могут быть незначительными, или симптомы могут возвращаться вновь. При наличии подобных маркеров можно сделать предположение о нейронетипичности клиента и рекомендовать ему пройти диагностику на СДВГ, что значительно повысит результаты работы с ним.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, нейроотличность, коморбидность, тревожность, прокрастинация, диагностирование СДВГ

Abstract: The article examines attention deficit hyperactivity disorder from The point of view of Transactional Analysis, namely: what injunctions, drivers, script processes and adaptations adults with ADHD can possibly have. We considered how the symptoms of ADHD manifest themselves in childhood and transform in adulthood; what we, as therapists, will observe in our office, and how it will help to make the correct diagnosis.

The article touches on the topic of the complexity of the diagnosis of ADHD due to its comorbidity. The question is raised whether a standard therapeutic treatment plan is suitable for neuroatypical (neurodiverse) people. The question is also raised about how the therapist and the client may not feel "OK" if both do not know that the client may have a neuroatypical brain, and as a result of this ignorance, they focus on the therapy of other disorders. In this case, the results of therapy may be insignificant, or symptoms may return again. In the presence of such markers, it is possible to make an assumption about the client's neurodiversity and recommend that he or she undergo a diagnosis for ADHD, which will significantly increase the results of working with him or her.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, neuroatypicality, neurodiversity, comorbidity, anxiety, procrastination, diagnosis of ADHD

Все мы знаем три основных постулата ТА:

- все люди — ОК;
- у каждого есть способность думать;
- люди сами решают свою судьбу, и эти решения можно изменить.

А что если понятие «ОК» бывает разное, и мы с вами, не учитывая особенности строения мозга, ставим человека в позицию «не ОК»?

Так, например, Стефф Оутс в своей статье «Что, если мое “Я — ОК, Ты – ОК” отличается от твоего?» (Oates, 2021) говорит о том, что считает упрощением способ преподавания Транзактного Анализа, и ставит под сомнение применение некоторых теоретических моделей, например, симбиоза, поскольку эти модели, вероятно, патологизируют тех, кому необходимо обеспечивать взаимодополняющую функцию через других. Например, находится ли в патологическом симбиозе человек с физическими ограничениями, когда нуждается в помощи другого при подъеме по лестнице? Или находимся ли мы в симбиозе, когда делегируем другому то, в чем сами не компетентны?

У каждого человека мозг работает по-своему: мы по-разному воспринимаем информацию, по-разному регулируем свои аффекты. Эти отличия не влияют на уровень интеллекта. Только крайние формы считаются болезнью, всё остальное — это проявления нейроразнообразия, также, как персональная адаптация не является расстройством личности.

Итак, что же такое СДВГ?

СДВГ, синдром дефицита внимания и гиперактивности, понимается как реально существующее медицинское заболевание, критерии которого можно найти как в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, F90.0), так и в DSM-5 (F90.0).

СДВГ может передаваться генетически, носит пожизненный характер. Его нельзя «перерасти» или «вылечить навсегда». При этом, в зависимости от части спектра, он может компенсироваться медикаментозно и с помощью тренинга навыков.

Выделяется 3 типа СДВГ:

- преимущественно невнимательный (F90.0),
- преимущественно гиперактивный (F90.1);
- смешанный тип (F90.2).

К нам в кабинет такой клиент приходит с симптомами депрессии, тревоги, жалуется на прокрастинацию, утомляемость, раздражительность, неспособность управлять своими эмоциями, невнимательность и проблемы с памятью.

В случае, если терапевт неправильно поставит диагноз и будет, например делать акцент на терапии тре-

возного расстройства или депрессии, то симптомы на какое-то время могут уменьшиться, но обязательно вернутся, так как ключ проблемы был именно в СДВГ.

В этом случае терапевт может начать сомневаться в своих навыках, а клиент, в зависимости от сценарного процесса, либо разочаровывается в терапии, либо начинает чувствовать себя не ОК, раз ничего не помогает. Также клиент может поменять терапевта, но другой терапевт, скорее всего, тоже не поможет. Тем самым клиент с СДВГ подтвердит свое сценарное убеждение: «Мне никто не может помочь».

Сложность в постановке диагноза СДВГ заключается еще и в том, что его симптоматика очень схожа с другими заболеваниями. Так, например, человек в депрессии тоже имеет сложности с вниманием, концентрацией, сном, а спады дофамина при СДВГ похожи на проявления депрессии.

Более того, СДВГ часто коморбиден с другими психическими расстройствами у взрослых (Chen and others, 2018). Исследуемая популяция состояла из 5 551 807 взрослых в возрасте от 18 до 64, проживавших в Швеции 31 декабря 2013 года, из которых 61 129 исследуемым (1.10%) был поставлен диагноз СДВГ на определенном этапе взрослой жизни. Распространенность депрессии (42.28%) и тревоги (44.65%) у взрослых с СДВГ была более чем в 9 раз выше, чем у лиц без СДВГ.

Мало того, изначальное СДВГ может стать причиной появления коморбидных расстройств из-за неприятия людей с СДВГ в обществе. Проявления СДВГ во взрослом возрасте часто игнорируются психологами и психиатрами, так как как существовало заблуждение, что СДВГ — это «детский диагноз», и во взрослом возрасте человек его «перерастает», или на первый план выходит другое расстройство. Это заблуждение было распространенным довольно долгое время, так как проявленная симптоматика гиперактивности с возрастом может значительно уменьшаться и не так мешать социуму, а другие симптомы СДВГ, такие, как невнимательность, забывчивость, отвлекаемость, импульсивность, списывали скорее на проявление личностных особенностей или другое расстройство.

Приведем примеры того, как симптоматика СДВГ может трансформироваться с возрастом. Это то, на что стоит обращать внимание при исследовании истории клиента, и то, что мы будем наблюдать у себя в кабинете.

Гиперактивность

В детстве: общая двигательная расторможенность и часто невозможность усидеть на месте, чрезмерная разговорчивость, особенно в тихие моменты, трудности с засыпанием, трудность с ожиданием своей очереди в играх или активностях, часто опережающее сверстников физическое развитие.

Во взрослом возрасте: с возрастом гиперактивность может проявляться не внешне, а переходить во внутренние процессы, такие, как тревога, хаотичные мысли, раздражительность и невозможность сфокусироваться на чем-то одном.

Если гиперактивность остается выраженной внешне, то это будет проявляться как ажитация, излишняя двигательная активность, суетливость.

В кабинете психотерапевта: клиент постоянно что-то крутит в руках (салфетку, волосы), перебирает пальцами, двигает ногами, часто меняет положение на стуле, покусывает и сжимает губы, двигает челюстями.

Эту симптоматику легко спутать с проявлениями тревоги или обсессивно-компульсивными проявлениями.

Импульсивность

В детстве: частые прерывания других, «вторжение», прерывание игр других детей, импульсивное выкрикивание ответов на уроках, совершение рискованных поступков без размышления, непредсказуемые перепады настроения, низкая толерантность к неудачам, эмоциональные взрывы, драки, конфликты со сверстниками.

Во взрослом возрасте: импульсивные траты, вспышки гнева, перебивания собеседника, невозможность дослушать до конца, невозможность дождаться своей очереди; сложно отказывать себе в сиюминутном получении удовольствия, цели перестают быть интересными, если нет немедленного вознаграждения; частая смена увлечений, мест и сфер работы, виктимность.

В кабинете психотерапевта: нарушение границ терапии, перебивание терапевта или участников группы, ответ раньше, чем задан вопрос, могут быть агрессивные реакции, внезапная смена терапевта.

Наблюдая данную симптоматику, мы можем предположить, что у клиента антисоциальная адаптация. Но есть основное отличие: клиент с СДВГ не преследует цели соблазнить и использовать, а поведение, описанное выше, объясняется дефицитом ингибирующего контроля и проблемой с дофамином.

Невнимательность

В детстве: частая потеря личных вещей вне зависимости от их ценности, трудности со следованием инструкциям, забывчивость и невнимательность в повседневных делах, трудности с сосредоточением на одной задаче.

Во взрослом возрасте: трудности с организацией, с последовательным выполнением и завершением заданий, внимание «скачет» с одной задачи на другую; потеря вещей вне зависимости от их ценности, забывчивость (от дат и имен до данных обещаний), трудно-

сти с произвольным переключением внимания, трудности с отслеживанием времени, опоздания, срывы дедлайнов.

В кабинете психотерапевта: переключение с одной темы работы на другую, сложности с заключением контракта; отклоняющиеся транзакции, выход из контакта во время сессии (зависание взглядом); забывает мысли, не успев их озвучить; пропуск сессий и опоздания.

Видя данную симптоматику, мы можем предположить, что работаем с шизоидной адаптацией и/или избегающим типом привязанности, и наше предположение может оказаться верным. При этом, если мы не будем брать во внимание симптоматику СДВГ, наша терапия не будет эффективной.

Игры, адаптации и приказания у людей с СДВГ

Говоря про адаптации у людей с СДВГ, мы хотим обратить внимание, что они могут быть разными. При этом симптоматику может усугублять именно нейроотличность. Симптомы не будут уходить или будут возвращаться, если наша работа не будет направлена в том числе на СДВГ. Так же, как при коморбидных расстройствах, учитывать нужно и то, и другое.

Важно отметить, что трудности с вниманием не означают отсутствие концентрации внимания вообще. То есть внимание либо трудно сконцентрировать, либо трудно переключить с интересной задачи на необходимую; это называется «гиперфокус». В гиперфокусе человек с СДВГ не может отвлечься даже на базовые потребности и сигналы тела, что выглядит как отсутствие контакта с соматическим Ребенком.

Также, наблюдая за клиентом с СДВГ, мы можем видеть сильно выраженного Свободного Ребенка как с плюсом, так и с минусом. Свободный Ребенок с плюсом очаровывает своей непосредственностью, креативностью, идеями, стремлением к жизни, в то время как Свободный Ребенок с минусом может «подставлять» клиента импульсивностью в поведении, в чрезмерном сиюминутном следовании своим «хочу» и невозможности следовать «надо». Перечисленное также объясняется дефицитом ингибирующего контроля.

В другом случае мы можем наблюдать подавление Свободного Ребенка сверхадаптацией: если желания невозможно удовлетворить сиюминутно, и фрустрация в связи с этим настолько сильна, то легче диссоциировать от себя эту часть. В этом случае клиент придет к нам с симптомами депрессии.

Продолжая говорить о функциональной модели эго-состояний, мы обратим внимание на яркое проявление Критикующего Родителя с минусом. Ребенок с СДВГ очень неудобный. Своим поведением он может мешать и раздражать значимых взрослых, в связи с этим его часто наказывают и критикуют. И, ко-

нечно, это интроецируется внутрь психики. Ребенок подтверждает для себя послания «Не будь собой», «Не проявляйся», «Не будь ребенком», «Не расслабляйся», а также жизненную позицию «Я — не ОК».

Также мы наблюдаем Заботливого Родителя с минусом, когда взрослые понимают, что ребенок не справляется со своими задачами, и вместо того, чтобы помочь ему приобрести необходимые навыки, они начинают всё делать за него. Ребенок подтверждает для себя послания «Не достигай», «Не думай», «Не расти», «Не делай», «Не отделяйся», «Не будь успешным», «Не будь здоровым».

Во взрослом возрасте такой человек с большой вероятностью будет играть в игры: «Бедняжечка», «Пни меня», «Нуждающийся», «Я тоже», «Посмотри, что ты заставил меня сделать», «Шлемень» («Простофиля»), «Дурачок», «Оптимист навсегда», «Расскажи мне об этом», «Я им покажу», «Какой ты замечательный». Людям с СДВГ свойственно играть и в другие игры, мы называли самые часто встречающиеся.

При этом, говоря об играх, мы также можем допустить терапевтическую ошибку. Нам важно понимать, когда это, например, еще игра в «Бедняжку», а когда человек реально не способен что-либо сделать в связи с особенностями нейрофизиологии его мозга. И тогда нашей задачей будет предложить ему пройти специализированную диагностику и направить к психиатру за медикаментозной поддержкой, а также пройти тренинг навыков для людей с СДВГ.

Принимая во внимание все вышесказанное, мы понимаем, что для нейронетипичных людей, а в частности для взрослых людей с СДВГ, требуется другой протокол терапевтического плана, который бы учитывал их индивидуальные особенности.

Список литературы

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Chen Q., Hartman C.A., Haavik J., Harro J., Klungsøyr K., Hegvik T.A., Wanders R., Ottosen C., Dalsgaard S., Faraone S.V., Larsson H. (2018) Common Psychiatric and Metabolic Comorbidity of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cross-Sectional Study // PLoS One. 13 (9): e0204516. DOI: 10.1371/journal.pone.0204516.
3. Oates S. (2021) What If My "I'm OK, You're OK" Is Different From Yours? Could the Inherent Optimism in Transactional Analysis Be a Form of Compulsory Ableism? // Transactional Analysis Journal. 51 (1). P. 63-76.