

СДВГ как фактор формирования жизненного сценария

Памяти Марка Виддоусона

Ирина Сергеевна
АНДРЕЙЧЕНКО

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



Irina Sergeevna
ANDREICHENKO

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; 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

ADHD as a Factor in Life Script Formation

In Memory of Mark Widdowson

Аннотация. Статья, посвященная памяти Марка Виддоусона, раскрывает влияние поздней диагностики СДВГ на жизненный сценарий человека. Описание внутреннего опыта клиентов с СДВГ, их переживания горя, гнева и страха отвержения становится ключевым элементом анализа, а также важным аспектом психотерапевтической работы с такими пациентами. В статье приводится пример сессии с клиенткой, страдающей СДВГ, и обсуждается, как её внутренний мир, характеризующийся когнитивным перегрузом, часто воспринимается окружающими как лень и безразличие.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), нейроразнообразие, поздняя диагностика, психотерапевтическая работа, маскинг, горя, личностные сценарии.

Abstract. This article, dedicated to the memory of Mark Widdowson, explores the impact of late ADHD diagnosis on an individual's life script. Describing the inner experience of clients with ADHD, their processing of grief, anger, and fear of rejection, becomes a key element of analysis and an important aspect of psychotherapeutic work with such patients. The article presents a case study of a therapy session with a female client suffering from ADHD and illustrates how her inner world, characterized by cognitive overload, is often perceived by others as laziness and indifference.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), neurodiversity, late diagnosis, psychotherapeutic work, masking, grieving, personality scripts.

«Трудности в повседневной жизни, с которыми сталкиваются люди с нейроотличиями, часто приводят их к необходимости психотерапии», — писал Марк Виддоусон в своей статье «Психотерапия транзактного анализа с клиентами, имеющими нейроотличия: опыт и практические рекомендации» (Bowers, Widdowson, 2023). Статья Клэр Бауэрс и Марка Виддоусона сосредоточена на опыте клиентов с нейроотличиями, которые проходили психотерапию с использованием транзактного анализа, а также на выявлении аспектов хорошей практики в ТА-психотерапии для таких клиентов. Они делали акцент на общем опыте людей с нейроотличиями в психотерапии и возможных адаптациях, которые терапевт может внести в свою работу, чтобы лучше удовлетворить потребности своих клиентов с нейроотличиями.

Марк Виддоусон в статье описывает исследование, которое он проводил совместно с Клэр Бауэрс, направленное на изучение опыта людей с нейроотличиями в психотерапии.

Особый интерес представляло понимание того, как поздняя диагностика влияет на формирование жизненного сценария и какие адаптации психотерапевтического процесса необходимы для эффективной работы с такими клиентами.

Целью их исследования было изучить, что может понадобиться нейроразнообразным клиентам в психотерапии и может ли ТА удовлетворить эти потребности.

Задачи включали:

- Повышение понимания нейроразнообразия среди психотерапевтов;
- Изучение того, могут ли потребности нейроразнообразных клиентов лучше удовлетворяться посредством терапевтического подхода, ориентированного на результат или ориентированного на отношения;
- Выявление проблем, полезных и бесполезных психотерапевтических подходов при работе с нейроразнообразными клиентами;
- Разработка рекомендаций для терапевтов по наилучшей адаптации ТА-терапии к потребностям нейроразнообразных клиентов.

Методология исследования в исследовании приняли участие шесть взрослых человек с нейроотличиями, которые не были диагностированы в детстве. С каждым участником проводилось глубинное интервью продолжительностью 40-60 минут, где они могли свободно делиться своим опытом получения психотерапии и жизни с нейроотличиями. Особое внимание уделялось:

- Личному опыту проживания нейроотличий,
- Влиянию поздней диагностики на жизненный сценарий,
- Опыту психотерапии (как положительному, так и отрицательному),
- Сложностям в социальной адаптации и профессиональной реализации.

Анализ полученных данных проводился с использованием интерпретативного феноменологического подхода, что позволило выявить основные темы и паттерны в опыте участников, а также сформулировать рекомендации для психотерапевтической практики.

Исторический опыт участников исследования таков:

Восприятие их как «слишком сложных», «трудных» и «неправильных». Все шесть участников сообщили о том, что в детстве их воспринимали как «слишком сложных», и выразили чувства грусти, стыда, одиночества и разочарования.

Результаты показали, что это усиливает опыт «непонимания», поскольку сначала воспринималось поведение, а потребности оставались незамеченными.

- «Я всегда думаю: „не говори слишком много; ты говоришь слишком много, не перебивай других. У меня в голове появляются множество идей, но я не хочу казаться нарциссичной или болтливой» (Донна)
- «Я усложняла жизнь своему отцу, и врачи говорили, что я делаю это ради внимания... Они все время говорили, что я ипохондрик» (Кэт)
- «Термин „слишком чувствительный“ использовался довольно часто в таких ситуациях» (Мария)

Мы присоединяемся к вышеобозначенным целям и считаем важным повышение образованности психотерапевтов в области нейроразнообразия, так как это вносит значительную корректировку в протокол лечения клиентов с нейроотличиями.

Марк, как и другие авторы статьи, имел и положительный, и отрицательный опыт личной терапии. Анализируя этот опыт, авторы пришли к выводу, что негативные моменты были связаны с недостатком знаний или чувствительности терапевтов к работе с нейроотличиями и отсутствием подходящих моделей работы.

Они также отмечают риски чрезмерной патологии вопросов, связанных с нейроотличиями, когда излишняя фокусировка на "ярлыке" ведет к игнорированию скрытых потребностей и возможностей человека.

Большая проблема заключается в том, что более обширная диагностика СДВГ в детском возрасте началась сравнительно недавно и многие взрослые с СДВГ

не информированы о наличии у них нейроотличия. Будучи взрослым, человек сталкивается с трудностями, с которыми не может справиться самостоятельно и приходит на терапию, не понимая, что с ним происходит и почему на него реагируют так или иначе.

Если терапевт не имеет знаний в области нейроотличий, есть риск неправильной постановки диагноза и неэффективности терапии, что может усугублять состояние человека, ведь ему не смогли помочь. При этом СДВГ часто коморбиден с другими психическими расстройствами у взрослых (Wilensetal, 2002; Ramsay, Rostain, 2005), что усложняет диагностику и выбор стратегии для психотерапии.

«СДВГ часто коморбиден с другими психическими расстройствами у взрослых... Распространенность депрессии (42.28%) и тревоги (44.65%) у взрослых с СДВГ была более чем в 9 раз выше, чем у лиц без СДВГ»

Мы более подробно писали об этом в предыдущей нашей статье «Взгляд на взрослого человека с СДВГ с позиций Транзактного Анализа» (Андрейченко, Попова, 2023)

Предполагаем, что такие высокие показатели наличия депрессии среди людей с СДВГ могут показывать насколько сложно нейроотличным людям справляться. Это наглядный результат чрезмерной адаптации и напряжения в социальных контактах, избегания в общении, непрожитого горевания из-за упущенных возможностей и невозможности быть собой в контакте с другими без страха отвержения. Серьезность ситуации в том, что люди с нейроотличиями могут сталкиваться с этими же переживаниями и в кабинете неинформированных о нейроотличиях специалистов, так и не получив квалифицированную и эффективную помощь.

Марк в своей статье писал: *«Вполне вероятно, что неспособность психотерапевтов распознать недиагностированное нейроотличие, либо отсутствие понимания нейроотличий и соответствующих адаптаций может быть основным фактором, способствующим неэффективности лечения или отказу от него».*

Об этом же писали мы в своей предыдущей статье: *«Если терапевт неправильно поставит диагноз и будет, например, делать акцент на терапии тревожного расстройства или депрессии, то симптомы на какое-то время могут уменьшиться, но обязательно вернуться, 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 менять терапевта, но другой терапевт, скорее всего, тоже не поможет. Тем самым клиент с СДВГ подтвердит свое сценарное убеждение: «Мне никто не может помочь»».

Постановка диагноза во взрослом возрасте

Клэр Бауэрс описывает, как постановка диагноза СДВГ позволила ей осознать природу своих прошлых переживаний, которые включали социальную тревожность и легкие приступы паники в незнакомых ситуациях и при контакте с незнакомыми людьми. Она часто ощущала себя неготовой к пониманию социальных норм.

Находясь в состоянии постоянной гипервнимательности, Клэр наблюдала за окружающей обстановкой, пытаясь определить подходящий способ поведения, а иногда полностью избегала социальных ситуаций. Это вело к нарушениям как в личных, так и в профессиональных отношениях.

У Марка Виддоусона также был диагностирован СДВГ во взрослом возрасте, и вот что он об этом пишет: *«Я испытал не только чувство огромного облегчения, так как жизненные проблемы начали обретать смысл, но также глубокое чувство грусти и гнева. Грусть из-за упущенных возможностей и стольких лет патологизации и недопонимания со стороны себя и других, и гнев из-за того, как со мной раньше обращались, и из-за недостатка понимания и эмпатии, которые я неоднократно испытывал».*

(...) С одной стороны, диагноз приносит чувство освобождения и понимание природы своих проблем, позволяя избавиться от глубоко укоренившихся сценарных убеждений о том, что "я недостаточно хорош", "ленивый", "глупый", "сумасшедший" или "странный". С другой стороны, возникает сильное чувство гнева из-за того, как с ними несправедливо обращались всю жизнь, и глубокая скорбь о том, что могло бы быть, если бы диагноз был поставлен раньше»

Мы находим схожую динамику с нейроотличными клиентами. Они часто говорят о стыде и о страхе отвержения, который постоянно испытывают в контакте с другими людьми, пытаясь как можно тщательнее скрыть свои особенности за маской нейротипичности.

Работая с нейроотличными людьми, мы наблюдаем склонность к чрезмерной адаптации. Они как будто всегда проверяют — «достаточно ли я сейчас «нормальный», чтобы ты меня принял и не отверг». Такое чрезмерное напряжение в социальных контактах часто приводит к избеганию в общении, несмотря на огромную потребность в близости.

В связи с этим, мы считаем, что большей частью работы с нейронетипичными людьми, которые были диагностированы во взрослом возрасте, будет проживание горевания из-за упущенных возможностей, невозможности быть собой в контакте с другими без страха отвержения. Также важна работа с гневом, который возникает как реакция на несправедливость.

Из протокола сессии с клиенткой с СДВГ

Приведем пример, иллюстрирующий вышесказанное: на сессии клиентка (51 год) говорила о своем опыте гиперактивности, который сильно отличается от привычных представлений. Вместо двигательной активности она ощущает это состояние как бурный и непрерывный поток мыслей.

Она описывает, как эти мысли наслаиваются, переплетаются и путаются, напоминая радио, которое хаотично переключается между станциями. Но вместо музыки там звучат ее собственные идеи, воспоминания, планы — все сразу и одновременно. Этот умственный хаос может быть настолько изматывающим, что она иногда буквально "зависает".

Внешне такие моменты могут казаться ленью или безучастием, но в реальности ее сознание оказывается перегружено до такой степени, что справиться с этим потоком становится невозможно.

Ей трудно объяснить окружающим, что за этим состоянием стоит не нежелание действовать или не быть в контакте, а интенсивная внутренняя работа, которую никто не видит. И так как сложно увидеть ее внутренние процессы, то окружающие люди считают такое состояние, как нежелание действовать, лень, безучастность и безразличие. И могут напрямую говорить ей о том, что она "ленивая, странная, и вечно летающая не здесь".

Клиентка также делится тем, как даже незначительные ситуации, вроде шуток от другого человека, могут погружать ее в долгий анализ. Она начинает разбирать, не обидела ли кого-то своей реакцией, правильно ли себя повела и внутри себя перечисляет множество вариантов, как ей действовать по-другому.

Также клиентка отмечает, что даже если почувствует себя достаточно комфортно, чтобы быть собой, ее охватывает сильный страх. Она боится, что, узнав ее настоящую, люди изменят свое отношение.

Ее история включает переживания, связанные с постоянным ощущением чуждости. С детства она слышала, что она «не такая», странная или слишком прямолинейная.

Это заставляло ее постоянно задумываться, насколько она «нормальна», как воспринимают ее окружающие. Общение, вместо того чтобы приносить радость, становилось для нее источником боли. Она понимала, что люди принимали не ее настоящую, а тщательно выстроенный образ, который она создала, чтобы соответствовать чужим ожиданиям.

За маской, которую клиентка создала, подстраиваясь под нейротипичный мир, она чувствовала потерю своей идентичности и невозможности быть собой без страха отвержения, следуя приказанию «Не будь собой» и «Не принадлежи».

Таким образом неправильная постановка диагноза может привести к:

1. Сомнениям терапевта в своей компетентности
2. Разочарованию клиента в терапии
3. Усилению у клиента чувства "не-ОКейности"
4. Подтверждению негативных сценарных убеждений клиента».

То есть, отсутствие информированности психологов и психотерапевтов об особенностях нейроразличий и некорректная диагностика могут привести к значительным последствиям, вплоть до отказа нейроразличных людей от психологической помощи. При этом, сама диагностика усложняется наличием значительной коморбидности СДВГ с другими психическими расстройствами, особенно во взрослом возрасте

Терапия СДВГ

В настоящее время основным признанным Национальной службой здравоохранения (NHS) протоколом работы со взрослыми людьми с СДВГ является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Она включает в себя психообразование и помогает людям с СДВГ «справляться с жизнью» и «вознаграждать себя за позитивное поведение».

Протокол лечения КПТ, исходя из нашего личного опыта и опыта наших клиентов, действительно помогает справляться с проблемами, изменяя способ мышления и поведения. При этом есть одна большая ловушка, о которой так же упоминает Марк, которая может усиливать маскинг и сверхадаптацию. Он пишет об этом так: *«Рекомендации Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE) (2021) также включают КПТ как немедикаментозное лечение СДВГ и программы социального обучения для лиц с РАС. Соланто (2013) отмечает, что программы КПТ, используемые при лечении СДВГ, могут «устранять критические дефициты в повседневном управлении своей жизнью, включая управление временем, организацию и планирование»».*

Мы, предварительно пройдя обучение протоколу тренинга навыков для взрослых людей с СДВГ (Safren et al., 2017), проводили данный тренинг. Группа состояла из 7 человек, продолжительность тренинга составляла 8 занятий по 2,5 часа, встречи проходили 1 раз в неделю. Последние 30 минут каждого занятия мы оставляли на рефлексии, для того чтобы участники тренинга могли анализировать, как полученные навыки влияют на их жизнь.

Наблюдаемые результаты

На начальных этапах участники отмечали значительные улучшения и снижение симптомов СДВГ: жизнь стала более управляемой и подконтрольной, уменьшился уровень тревоги, связанной с тем, что

можно что-то потерять или забыть о встрече, стало легче с эмоциональной регуляцией, отношения с людьми стали улучшаться, значительно снизился уровень прокрастинации, стали выполнять задачи, которые давно откладывали.

Клинические особенности

Ближе к концу тренинга мы стали наблюдать усиление драйверного поведения:

- «Будь сильным» — участники выполняли задачи, не обращая внимания на свои чувства
- «Будь совершенным» — вдохновленные тем, что у них наконец что-то начало получаться, они стали стремиться делать лучше и больше, что в дальнейшем могло привести к истощению нервной системы
- «Радуй других» — участники стали меньше забывать о встречах, не пропускать дни рождения и находить время на друзей, при этом забывая, что нервная система людей с СДВГ гораздо быстрее утомляется.

То есть, одной только работы в КПТ-протоколе оказалось недостаточно, новые навыки использовались для продолжения следования сценарию.

При этом важно заметить, что на курсе отдыху и отслеживанию своего состояния посвящены отдельные темы. Участники делились тем, что тема "отдых" далась им наиболее тяжело, так как у многих из них есть послание: "Уработайся до смерти", и во время отдыха их уровень тревоги сильно увеличивался.

Наблюдение за сценарными процессами

Наблюдая за участниками тренинга, мы стали замечать усиление приказаний:

- «Не достигай» — когда система планирования начинала работать, появлялась тревога и саботирование появившихся достижений, т.к. не было разрешения от внутреннего Родителя
- «Не думай» — при следовании новым техникам организации, некоторые участники начали "зависать" даже в простых инструкциях, хотя до этого могли их выполнять с большей легкостью
- «Не принадлежи» — даже в группе людей с СДВГ некоторые участники продолжали настаивать на своей "неправильности" и отличии от других
- «Не будь близким» — при улучшении навыков планирования и социального взаимодействия появлялись новые причины для избегания более глубоких отношений: «общение становится более протокольным, в приоритет ставятся выполнение социальных норм в нужный срок, в ущерб аутентичному близкому общению»
- «Не расти» — несмотря на видимый прогресс, некоторые участники находили способы

вернуться к привычным, хоть и неэффективным паттернам поведения

- «Не будь собой» также мог бы усугубиться как сильное проявление маскинга в стремлении быть как нейротипичный человек и скрывать свои особенности, однако благодаря отношенческому и психотерапевтическому подходу, который мы включили, тренинг позволил участникам отследить, когда в погоне за желанием «быть нормальными», они используют предложенные техники для маскинга, а когда как инструмент удовлетворения своих глубинных потребностей.

Участники также стали говорить о появлении тревоги другого рода: что, если остановиться и хоть немного снизить контроль, то все разрушится, и, как в сказке, "каре́та превратится вновь в тыкву".

Марк Виддоусон также упоминал это в своей статье: *«Не отрицая доказательную эффективность КПТ в лечении СДВГ и нейроотличий, нас беспокоит, что устранение дефицитов может привести к управлению нейроотличиями, основанному на наблюдаемых изменениях, а не на отношениях и снижении стыда, и может вызвать чрезмерную адаптацию и срыв.»*

Далее он цитирует Оутс: *«в нашем стремлении к измеримым и наблюдаемым изменениям... мы можем спровоцировать дальнейший маскинг... а также укрепить внешние проявления, которые скрывают беспокойный внутренний мир».* (Oates, 2021)

«Как обсуждалось в обзоре литературы, «маскинг» является обычным явлением для людей с нейроразнообразием, поэтому авторы не были удивлены этой теме. Однако Кэт говорила о том, насколько бессознательным является процесс «маскинга». Миша отметила, что ее маскинг стал такой частью ее сущности, что она не была уверена, кто она на самом деле. Все участники подробно обсуждали чрезмерную адаптацию и причины этого.»

Марк упоминал: *«Гиббс (2021) утверждает, что длительный маскинг может привести к «полному коллапсу нашей способности функционировать».* Исследования показывают связь между СДВГ и хроническим синдромом усталости, с паттернами перегрузки, за которыми следует сильная усталость. Оба автора, живя как не диагностированные люди с СДВГ, часто испытывали чувство истощения, стыда и десятилетия использовали маскинг, чтобы попытаться вписаться в нейротипичный мир.» (Gibbs, 2021)

Мы согласны с авторами статьи и видим это подтверждение в своей практике.

Клинический случай

Например, клиентка Екатерины Н. начала получать медикаменты и рекомендации из КПТ-протокола, появилось ощущение «я могу» и усилился ее драйвер

«Спешу» и «Будь совершенной», а также приказания «Не будь собой», «Не добивайся успеха», «Не принадлежи», «Не будь ребенком». Она использовала это снижение дефицита исполнительных функций не для того, чтобы спокойнее проживать каждый день и быть собой, а для того, чтобы привычно изо всех сил делать как можно больше. Таким образом, мы видим как поздняя диагностика и получение помощи в компенсации СДВГ только во взрослом возрасте могут проявлять сценарий жизни человека, который сформировался под влиянием некомпенсированного СДВГ. Сценарный паттерн клиентки остался тем же, разница была лишь в том, что при больших возможностях выросли ее внешние проявления сценария, «маркеры успеха», — значимые для окружающих результаты.

Для нас это также говорит о том, насколько окружающие могут недооценивать количество усилий, прикладываемых нейротипичным человеком для выдерживания социальных ожиданий, маскинга и подстройки.

Клиентка начала больше работать, набирать все больше дел и задач и справляться с ними во много раз лучше. Однако мы видим это не положительной динамикой психотерапии, а усилением сценария или более ярким, явным его проявлением: драйверов, приказаний, вплоть до работы с третьим тупиком и трансгенерацией.

Как когда человек выигрывает в лотерею — деньги усиливают то, что уже есть: и чувства внутри, и те стратегии распределения и использования ресурсов, которые уже есть. Так же и тренировка навыков через КПТ-протокол, медикаментозная терапия и классическая психотерапия без учета нейроотличности — инструменты, способные усилить и проявить сценарий, адаптации клиента, усугубить состояние клиента, маскинг, истощить нервную систему, привести к усилению обсессивно-компульсивной динамики, к усугублению тревожного расстройства, депрессии и их рецидиву.

Однако эти же инструменты способны действительно помочь клиенту, если учитывать нейроотличность и делать акцент не только на уровне компенсации «неудобного для других поведения», но и на клиент-терапевтических отношениях, внутренних переживаниях и глубинных потребностях самого клиента, дополняя терапию глубоким пониманием внутреннего мира клиента и особенностей его каждодневных трудностей и проживания жизни в нейротипичном мире.

О чем и пишет в своей статье Марк:

Maté (1999) утверждает, что взрослым с СДВГ нужны «не только организационные инструменты и методы модификации поведения» (с.272) — то есть не просто «выставлять напоказ что-то новое», рискуя оставить «уязвимый внутренний мир клиента» (Oates, 2021, с.66) без внимания.

Если помнить об этом важном осознании, вопрос становится не столько «Почему ты так себя ведешь?», сколько «Что тебе нужно прямо сейчас?». Erskine и Trautmann (Erskine, Trautmann, 1999) отмечают в своем введении, что «по мере того, как люди переживают неизбежные травмы жизни... они развивают способы защиты от боли. Эти самозащитные паттерны, полезные... в момент их появления, могут стать разрушительными, когда человек переходит на новые этапы жизни... то, что было усвоено как реакция на конкретную травматическую ситуацию, имеет тенденцию к обобщению... способность к полному контакту ослабевает».

Использование разрешения и защиты для облегчения снятия маски.

«Эта подтема указывает на важность того, чтобы участники чувствовали себя достаточно безопасно, чтобы показать свои «настоящие» я. Кэт, Фран и Мария нашли это разрешение у других людей с нейроразнообразием, но все участники отметили важность того, чтобы терапевты давали достаточное разрешение (Crossman, 1966) на проявление истинных «я» без необходимости маскинга и не приглашали их соответствовать их представлениям о норме (Oates, 2021)».

«Я научилась снимать свою маску. Я даже не знала, что ношу маску, пока не начала консультироваться и не смогла исследовать, как я себя чувствую» (Кэт).

«Я не должна была вписываться в их компанию, потому что они другой формы, чем я. Если представить это как пазл: они размером на тысячу деталей, а я — на пятьдесят, или что-то вроде того. Я пазл другого размера. Я не собираюсь вписываться в их коробку. Я... я собираюсь вписаться в свою коробку с другими «нейроотличными»». (Кэт).

«Я помню, как мой терапевт сказал мне: "Тебе совсем не обязательно плакать, чтобы терапия работала", — и я почувствовала это разрешение быть собой. Разрешение. Но потом я все-таки заплакала, не на том сеансе, но стало понятно, что для того, чтобы терапия работала, не нужно было придерживаться каких-то правил. Мне не нужно было следовать установленным нормам.» (Донна).

Так же Марк выделял страх отвержения в своем исследовании:

«Из-за восприятия их как «слишком сложных» или отличающихся, участники сообщали о переживании отторжения и осуждения. Фран и Миша говорили о защитных реакциях — или механизмах копинга — которые они адаптировали, чтобы избежать этого.»

«Мы не можем ее контролировать — плохое воспитание... Они просто сказали „мы ее исключим [из старшей школы]» и меня исключили» (Кэт).

ЯЗЫКОМ НАУКИ / SCIENTIFIC POINT OF VIEW

Ирина Сергеевна АНДРЕЙЧЕНКО, Екатерина Валерьевна ПОПОВА
СДВГ как фактор формирования жизненного сценария. Памяти Марка Виддоусона

- «Я очень эмоциональна, и я могу почувствовать себя покинутой [моим мужем], когда я эмоциональна» (Донна)
- «Он [учитель] сказал „можешь перестать поднимать руку все время? Потому что нам нужно оставить место и для других людей в классе.“ И это полностью остановило меня — это осталось со мной навсегда, и я сделала все возможное, чтобы не лезть вперед других» (Фран)

Мы здесь можем увидеть детское решение “Я буду делать все возможное чтобы не лезть вперед других” в ответ на приказание: «Не высовывайся», «Не будь собой», «Не будь успешным».

Рекомендации

Исходя из этого, мы планируем включить в тренинг навыков отдельную групповую терапию для того, чтобы уменьшить влияние сценарных процессов на результаты тренинга. И, конечно, мы рекомендуем всем участникам тренинга проходить дополнительно личную терапию с СДВГ-информированным специалистом.

Марк предлагал в терапии людей с нейроотличиями следующие элементы (Рисунок 1).

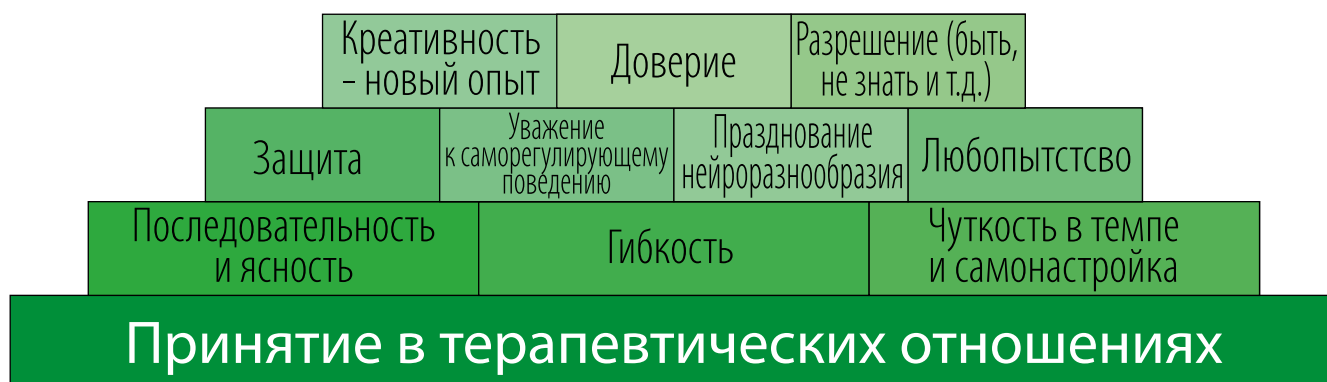


Рисунок 1. Модель терапии, предложенная в оригинальной статье

Акцент психотерапии клиентов с нейроотличиями строится на фундаменте терапии отношениями и необходимостью баланса между приемлемой заботой и приемлемой структурой.

Эта тема связана как с историческими, так и с терапевтическими отношениями. В значительной степени исследуется важность того, чтобы клиенты научились расширять свое Окно Толерантности (Siegel, 2020).

Необходимость тщательной настройки и исследования телесного (соматического) опыта для расширения окна толерантности

Участники размышляли о том, как отношения могут казаться «слишком интенсивными» и «подавляющими».

Важность любопытства, креативности и нового опыта

Участники говорили о важности того, чтобы психотерапевт оставался любопытным, чтобы избежать того, чтобы клиент чувствовал себя непонятым (Тема 1) или чтобы предположения о поведении и основных потребностях не были упущены. Миша, Кэт и Фран также говорили о важности креативных методов, включая письмо, рисование, использование художественных работ и музыки для предоставления «терпимых» способов настройки на клиентов с нейроразнообразием.

Необходимость гибкости и осведомленности терапевта

Эта подтема связана с тем, насколько хорошо, по мнению участников, их терапевты понимают нейроотличия. Участники обсуждают разочарование по поводу предположений, которые о них делают, что приводит к маскировке и принуждению соответствовать чужому представлению о норме (Oates, 2021). Участники также размышляли о разочаровании как из-за чрезмерно жестких терапевтических стилей, так и из-за недостатка понимания со стороны терапевтов, что может приводить к повторяющимся разрывам в отношениях (как личных, так и терапевтических).

Важность доверия, ясности и последовательности в терапевтических отношениях

Участники размышляли о том, как их доверие к поддерживающим отношениям было подорвано за годы из-за повторяющихся разрывов в отношениях.

Обсуждение и последствия для практики психотерапии транзактного анализа

Анализ исследовательских тем указывает на три основные ловушки при работе с нейроразнообразными клиентами:

- Недостаток понимания (и патологизация) адаптивного поведения или защитных механизмов;
- Чрезмерная зависимость от терапии, ориентированной на изменения или результат, что приводит к сверхадаптации и маскировке;

- Предположения о потребностях, способностях, интересах и т.д. нейроразличных людей, основанные на поведении.

Мы считаем, что эти ловушки могут привести к появлению стыда, упущенным возможностям для отношений, разрыву в отношениях, а также к социальному, эмоциональному и физическому истощению.

В статье приводятся рекомендации по терапии нейронетипичных людей.

«Полезные адаптации психотерапии при СДВГ включают интерактивный, полуструктурированный стиль терапии, мягко помогающий клиентам возвращаться к фокусу на целях контракта или текущей сессии (Ramsay and Rostain, 2005). Психообразование рассматривается как важнейший аспект терапии взрослых с СДВГ. Хотя терапевту не обязательно быть экспертом по СДВГ, разумно ожидать от терапевтов некоторого базового понимания специфических трудностей, с которыми сталкиваются взрослые с СДВГ».

Возможные терапевтические ошибки:

Нередко терапевты дают благонамеренные, но ошибочные советы клиентам. Например, терапевт может предложить клиенту с СДВГ, который постоянно опаздывает на встречи, просто выходить раньше. Такие комментарии демонстрируют непонимание специфических трудностей с исполнительными функциями и могут усилить чувство неудачи у клиента, который просто не может следовать этому совету (Ramsay and Rostain, 2005).

Основные потребности нейроразнообразных клиентов:

1. Понимание и принятие
 - Осознание того, что они не «слишком сложные» для терапевта
 - Уверенность в отсутствии риска отвержения или осуждения
 - Принятие их нейроразнообразия
 - Травмоинформированный терапевт, готовый понять жизненный опыт своих нейроразличных клиентов
 - Готовность к адаптации терапевтической среды
2. Безопасные терапевтические отношения:
 - Отсутствие «правильного» или «неправильного» способа поведения
 - Разрешение проявлять «немаскированные» паттерны
 - Разрешение «не понимать», делать что-то «неправильно» и испытывать «неуверенность»
 - Терапевт, который достаточно осознан и квалифицирован, чтобы не провоцировать адаптацию

- Защита испуганных Детских эго-состояний, которые боятся отвержения
3. Баланс структуры и поддержки:
 - Внимательное отслеживание реакций
 - Уважение к саморегулирующему поведению
 - Творческий подход к терапии
 - Тщательный выбор темпа
 - Открытый диалог о структуре
 4. Терапия, отличная от травмирующего опыта:
 - Отсутствие предположений на основе нейроразнообразия
 - Гибкость в зависимости от состояния
 - Ясность в отношениях
 - Понимание специфики нейроразнообразия
 - Стабильность и надежность терапевта

Выводы

Из вышесказанного мы пришли к выводу, что тренировка навыков дает ощутимые результаты, которые помогают человеку контролировать свою жизнь и добиваться измеримых результатов в их профессиональной деятельности, а также улучшать взаимодействия с окружающими, но это будет лишь работой на симптом без дополнительной личной психотерапии с учетом нейроразличности. Отсутствие такой терапии может усугубить сценарные процессы, что в дальнейшем может привести к усилению симптомов СДВГ и других коморбидных ему расстройств: депрессии, тревожного расстройства, зависимостей.

Относительно гипотезы о связи формирования жизненного сценария и СДВГ мы видим, что она есть. Шкала предписаний оказалась наиболее показательной в этом контексте. Наличие СДВГ влияет на идентичность и личность, что отражено не только количественно большими показателями по самой шкале предписаний для приказаний «Не будь собой» и «Не существуй», но и силу влияния этих приказаний по результатам наличия депрессии в группе СДВГ, особенно в тяжелой и крайне тяжелой форме. Считаем необходимыми дальнейшие исследования в корреляции связи жизненного сценария и наличия СДВГ.

Список литературы

1. Bowers, C., Widdowson M. (2023) Transactional Analysis Psychotherapy with Clients who are Neurodivergent: Experiences and Practice Recommendations // International journal of transactional analysis research. 14(1). pp. 32-54. doi: <https://doi.org/10.29044/v14i1p32>

ЯЗЫКОМ НАУКИ / SCIENTIFIC POINT OF VIEW

Ирина Сергеевна АНДРЕЙЧЕНКО, Екатерина Валерьевна ПОПОВА
СДВГ как фактор формирования жизненного сценария. Памяти Марка Виддоусона

2. Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer, T.J. (2002) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan // Annual Review of Medicine. 53(1). pp. 113-131. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.med.53.082901.103945>
3. Ramsay, J.R., Rostain, A. (2005) Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder // Psychotherapy. 42(1). pp. 72-84.
4. Андрейченко, И.С., Попова, Е.В. (2023) Взгляд на взрослого человека с СДВГ с позиций Транзактного Анализа // Транзактный Анализ в России. 3(3). С. 32-35. doi: [10.56478/taruj20233332-35](https://doi.org/10.56478/taruj20233332-35)
5. Safren, S.A., Sprich, S.E., Perlman, C.A., Otto, M.W. (2017) Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program, Therapist Guide. Oxford University Press.
6. 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). pp. 63-76.
7. Gibbs, S. (2021) Drama Queen: One Autistic Woman and a Life of Unhelpful Labels. Headline.
8. Maté, G. (2019) Scattered Minds: The Origins and Healing of Attention Deficit Disorder. International edition. Vermilion.
9. Erskine, R.G., Moursund, J., Trautmann, R.L. (1999) Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-relation. Psychology Press.
10. Crossman, P. (1996) Permission and protection // Transactional Analysis Bull. 5(19). pp. 152-4.
11. Siegel, D.J. (2020) The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. Guilford Publications.
12. Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., et al. (2005) The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population // Psychological Medicine. 35(2). pp. 245-56.
13. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure // J Gen Intern Med. 16(9). pp. 606-613.
14. Drego, P. (1994) Happy family: Parenting through family rituals. Bombay: Vision Wordtronic Ltd.
15. Dusay, J.M. (1977) Egograms: How I See You and You See Me. Harper & Row.
16. Joines, V., Stewart, I. (2002) Personality adaptations: a new guide to human understanding in psychotherapy and counselling. Nottingham: Lifespace.
17. Cox, M. (2001) Driver questionnaire. In: Workshop Handout.
18. Moores, J., Oates, S. (2025) Ordinary people, extraordinary protections: neurodivergence in TA therapy. Onlinevents.